

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente número da OMNIA é o último de 2019 e, como habitualmente, integra textos inéditos ligados a vários domínios científicos numa perspetiva interdisciplinar.

A partir de agora, incluem-se também depoimentos antológicos que merecem ser revisitados devido ao seu valor e intemporalidade. Neste caso, trata-se de um de um documento clássico da História da Psicologia, o artigo do psiquiatra Thomas Szasz – *The Myth of mental disease* – publicado em 1960 pela revista *The American Psychologist*, o qual foi traduzido para a língua portuguesa.

Destaque-se igualmente, na sequência dos recentes reajustamentos da equipa editorial, o assumir de funções como Diretora Adjunta da Doutora Ana Maria Albuquerque, Professora Coordenadora aposentada do Instituto Politécnico de Coimbra.

Finalmente, não queremos deixar de expressar o nosso reconhecimento aos especialistas nos temas abordados nos escritos submetidos para publicação, os quais nos honraram com a sua revisão científica cuidada e proficiente.

Helena Ralha-Simões

FICHA TÉCNICA

OMNIA

Revista Interdisciplinar
de Ciências e Artes

Volume 9, n.º 2, outubro 2019

ISSN: 2183-8720

e-ISSN: 2183-4008

Tema livre

Coordenação:

Artur Ribeiro Gonçalves
Teresa Salvado de Sousa

Diretor:

Carlos Marques Simões

Diretora Adjunta:

Ana Maria Albuquerque

Conselho Editorial:

Carlos Marques Simões
Ana Maria Albuquerque
Helena Ralha-Simões
Artur Ribeiro Gonçalves
Carla Fonseca Tomás
Cláudia Ribeiro de Almeida
Joaquim Pastagal do Arco
Luís Sérgio Vieira
Maria Helena Martins
Teresa Salvado de Sousa

Assistente Editorial:

Rute Béjinha

Propriedade:

Carlos Marques Simões
NIF: 162864612

Edição:

GREI – Grupo de Estudos
Interdisciplinares

Editora:

Helena Ralha-Simões
Sede da Redação/Edição:
Rua Vergílio Ferreira, 11
8005-546 Faro
grupo@grei.pt - www.grei.pt

Impressão:

VRI - Várzea da Rainha Impressores
Rua Empresarial, 19
Zona Industrial da Ponte Seca
2510-752 Gaeiras Óbidos
geral@vri.pt
www.varzeadarainha.pt

Tiragem:

Print-on-demand

N.º da ERC: 126568

Depósito Legal: 388238/15

Índice

NOTA INTRODUTÓRIA	1
<hr/>	
PODER, POPULISMO E PARANOIA <i>NOM</i> ou a vã glória de mandar <i>Carlos Marques Simões</i>	5-16
<hr/>	
A ROTA LITERÁRIA DO ALGARVE Itinerários, desafios e estratégias do processo de tradução para francês <i>Catherine Pasquier, Catherine Simonot, Rita Baleiro e Sílvia Quintero</i>	17-24
<hr/>	
UM REFÚGIO SAGRADO Representações de Deus e vinculação ao Divino <i>Carla Fonseca Tomás</i>	25-34
<hr/>	
ENVELHECIMENTO ATIVO Recomendações para além do exercício físico <i>Ana Tomé</i>	35-44
<hr/>	
REABILITAÇÃO VIRTUAL Projeto de Intervenção de Apoio à Comunidade <i>António Duarte, Marco Mendonça e Vera Pequito</i>	45-52
<hr/>	
CLÁSSICOS DA HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS O Mito da Doença Mental <i>Thomas Szasz</i>	53-60
<hr/>	



Carlos Marques Simões¹

Recebido 25-9-2019
Aprovado: 7-10-2019
Publicado: 10-10-2019

PODER, POPULISMO E PARANÓIA² **NOM ou a vã glória de mandar**

Resumo: No quadro da crise da sociedade contemporânea, a emergente análise dos movimentos designados como populistas “menoriza” a sua dimensão histórica, iludindo o carácter manipulatório das teias de influência daqueles que tendem a perpetuar o domínio de uma ultra-minoria, designada plutocracia por Christa Freeland, cujos dogmas sócio-políticos se destacam quando se analisam certas estruturas e instituições “crípticas”.

Como contraponto a esta estratégia, que pretende atingir a “vã glória” do poder absoluto através de uma Nova Ordem Mundial (NOM), opta-se por uma perspectiva que recusa qualquer visão redutora deste fenómeno, procurando compreender os seus significados implícitos, nomeadamente através do evidenciar de abordagens designadas pejorativamente como “conspiracionistas”.

Complementarmente, a partir de uma epistemologia da complexidade, é assumido um enfoque holístico – de pendor interdisciplinar e filosófico – alicerçado em reflexões anteriores de natureza sócio-psicológica e eco-sistémica, o qual define como horizonte as ideias sobre doença mental assumidas por Thomas Szasz e pela antipsiquiatria.

Palavras-chave: Doença mental, loucura, poder, populismo, paranóia, teorias da conspiração.

POWER, POPULISM AND PARANOIA **NWO or the commanding vain glory**

Abstract: In the context of the crisis of contemporary society, the emerging analysis of movements designated as populist “diminishes” their historical dimension, eluding the manipulative character of the webs of influence underlying the strategies of those who tend to perpetuate the dominance of an ultra-minority, named as Plutocracy by Christa Freeland, whose socio-political dogmas stand out when we analyze certain “cryptic” structures and institutions.

As a counterpoint to this strategy – which aims to achieve the “vain glory” of absolute power, through a New World Order (NWO) – we assume the option from a perspective that refuses any reductive view of this phenomenon, seeking to understand its implicit meanings, namely through the evidence of pejoratively designated approaches as “conspiracyists”.

Furthermore, from an epistemology of complexity, we assume a holistic approach – with an interdisciplinary and philosophical inclination – based on previous reflections of a socio-psychological and eco-systemic nature, which defines as horizon Thomas Szasz and antipsychiatry ideas on mental illness.

Keywords: Mental illness, madness, power, populism, paranoia, conspiracy theories.

¹ **Professor Coordenador Aposentado da Universidade do Algarve**
Coordenador do GREI – Grupo de Estudos Interdisciplinares
ORCID ID: 0000-0002-8239-5565 (e-mail: grei.carlosms@gmail.com)

² O texto do autor não segue o Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa

Introdução

Desde há muito que o nosso planeta vive uma mentira colossal. Reféns de dogmas erigidos em doutrina pelos servidores de poderes pouco transparentes, os povos do mundo “livre” são subjugados por concepções de irracionalidade económica – envoltas no manto diáfano da democracia e da liberdade – que visam perpetuar artificialmente um mundo ilusório. De facto, os actuais conceitos de trabalho e de desemprego já não fazem sentido e servem somente para manter o desespero de milhões de indivíduos sujeitos a um destino atroz. Com efeito, sendo certo que a sociedade globalizada e o avanço tecnológico acabarão por determinar o desaparecimento do trabalho humano, esta simples ocorrência eclipsa um terrível acontecimento histórico: a inutilidade de milhões de almas que, depois de exploradas e escravizadas, vão assistir narcotizadas ao delinear de um futuro iníquo que fará o presente parecer algo aceitável. Perante a horrível circunstância de já não serem exploráveis, passarão da servidão à exclusão; e, depois, da exclusão à eliminação.¹

O encobrimento deste evidente horror tem como consequência propagar uma impostura generalizada, isto é, a necessidade de edificar uma nova e bárbara civilização, na qual, exercendo o poder através do controlo técnico e informacional, apenas uma elite ultra-restrita – que hoje se vislumbra sob as roupagens da plutocracia, irá condicionar, manipular e dominar a sociedade humana e os seres que dela fazem parte.²

Para que este desiderato não se cumpra, torna-se indispensável evidenciar o carácter hipocritamente moderado das narrativas dos políticos instalados no Poder que, sob a máscara de um pretenso paternalismo, nos encobrem os sinais de um mundo condenado a ser uma jaula doirada em que a ética e a moral serão superfluas. Na verdade, em nome de uma pseudo-racionalidade de inspiração tecno-científica, os serventuários deste apocalipse social e político, vão-nos mentindo e ludibriando, em nome do combate a certos “espantalhos” ideológicos, como é o caso notório dos ataques ao populismo, erigido como símbolo “maléfico” que impedirá a concretização das falsas promessas dos “amanhãs que cantam”. Como diz o povo: “com papas e bolos se enganam os tolos...”.³

Nesta perspectiva, pode, contudo, assumir-se que nem tudo está perdido. Por vezes, exigir o impossível é sinónimo de realismo. Dado que

tal empreendimento não é tarefa fácil, torna-se essencial buscar o horizonte perdido na espuma dos dias. Para isso é preciso invocar conceitos como *profecia*, *utopia* e *esperança*, os quais, embora raramente associados, assumem – num quadro de entendimento de novos e antigos mitos – uma especial importância no sentido de se assimilar o novo espírito do tempo. Para filósofos e cientistas de relevo, como Karl Mannheim ou Lewis Mumford⁴, tal objectivo sempre esteve presente nas suas mentes, assim como para Paulo Freire, outro notável pensador, que afirmou: “Somente podem ser proféticos os que anunciam e denunciam, comprometidos permanentemente num processo radical de transformação do mundo (...). Os homens (...) opressores não podem ser utópicos. Não podem ser proféticos e, portanto, não podem ser esperança.”⁵

Tais questões devem, por conseguinte, ser equacionadas de uma forma complexa e reequilibradas conceptualmente no âmbito da crise contemporânea, o que implica contrariar teses que, em nome de uma lógica reducionista, desvalorizam a importância de outras alternativas ideológicas, como é o caso dos populismos, os quais, embora nem sempre defendam posições aceitáveis em termos de direitos humanos, devem ser considerados uma manifestação legítima da vontade popular. Contrariamente, os corifeus dos actuais valores democráticos e liberais perfilham, de uma forma encapotada, uma doutrinação repressiva que, hasteando a pretensa bandeira dos direitos do Povo, visa alcançar um horizonte dominado por um tenebroso estado plutocrático que pretende subjugar as nações e os seus cidadãos.

A fim de contrariar esta tendência, é indispensável travar um combate que preserve os equilíbrios adaptativos necessários à sobrevivência dos eco-sistemas biológicos e sociais, o que exige abandonar a ideia totalitária que sustenta ser necessário subordinar todas as decisões políticas ao primado da Economia e à maioria dos seus ditames irracionais – como a eficiência financeira, as virtudes do livre mercado e a devoção à competitividade – erigidos como sacrossanto ideal dum futuro Gulag pseudo-democrático que visa eliminar a liberdade de consciência individual.

Ora, toda a complexa problemática do actual populismo não pode ser questionada através duma visão infantil e superficial que escamoteia o essencial da questão. De facto, consi-

derando-se o carácter multifacetado deste fenómeno – e apesar da carência de análises e estudos rigorosos – deve-se tentar compreendê-lo, mesmo que numa maneira algo especulativa; isto é, pode-se admitir que a revolta das massas contra os grupos instalados no Poder tem subjacente um certo substracto irracional que quase se poderia assimilar a algo emergindo do inconsciente colectivo.

Finalmente, convém esclarecer que, sendo o título deste artigo conforme com as temáticas abordadas, pretendi que o seu subtítulo surgisse de uma forma simbólica. Para tal recorri à homologia com o filme do cineasta Manoel de Oliveira que “(...) pode ser visto como um retrato geopolítico de Portugal (...)”.⁶ Ora, o título da película carrega duas referências a grandes nomes da literatura portuguesa; a expressão “vã glória de mandar” diz respeito à passagem do “Velho do Restelo” de *Os Lusíadas* e a palavra “NON” foi retirada de um dos sermões de António Vieira.⁷ Daí que, sob o forte impacto deste vocábulo, a tivesse substituído pela sigla NOM para invocar aquilo que, em 1962, Nelson Rockefeller designou como a Nova Ordem Mundial, apelando à sua criação.⁸ Tal alteração subentende um dos principais objectivos deste artigo, ou seja, dar Voz ao Povo quando este afirma que se devem “chamar os bois pelos nomes...”.

1. Fundamentos conceptuais

Ao pretender contribuir para questionar alguns tópicos subjacentes ao título adoptado, visa-se delimitar um campo conceptual específico, de modo a alcançar uma clarificação rigorosa dos fenómenos abordados. Esta nova perspectiva parte duma formulação que radica nas ideias referidas nos anos cinquenta do século passado⁹ pelo eminente sociólogo americano C. Wright Mills, cujas análises continuam de grande validade, tendo em conta as circunstâncias políticas e ideológicas actuais.

Na sequência do que acabo de mencionar, dado o carácter polémico dos argumentos delineados ao longo deste artigo, considero conveniente referir os pressupostos teóricos que fundamentaram as reflexões expostas nos textos *A Economia do Medo*¹⁰ e *A Economia da Inquietação*.¹¹

Tendo partido inicialmente de uma perspectiva que designei como psico-sociológica, cuja configuração de base assentava na psicanálise, decidi, contudo, fazê-la evoluir no sentido de uma lógica abrangente que, entre outras ópticas, incluía o materialismo histórico-dialéc-

tico, pois que tais sistemas, estando subordinados a uma interdependência entre os fenómenos político-económicos e os fenómenos psico-sociais, são, por vezes, integrados sob a designação de freudo-marxismo. Ora, tal opção não se limitava ao território delimitado, pois que os seus fundamentos interdisciplinares apontavam para uma conceptualização situada no âmbito mais vasto da Filosofia e das Ciências do Homem. Assim, através duma reflexão baseada numa mundividência decorrente duma construção do conhecimento assente numa epistemologia de raiz holística, foi recusado definitivamente um eventual compromisso com quaisquer teorias de carácter mecanicista, determinista ou empirista.

A partir deste enquadramento, optei por uma concepção fundamentada numa abordagem que designei como eco-sistémica, cuja génese tenho vindo a delinear através de uma análise crítica que rejeita a doutrinação¹² dominante na ciência académica. Neste sentido, procurei compreender algumas contradições ideológicas subjacentes ao nosso tempo, as quais muitos autores consideram emergir duma “crise do pensamento”.¹³

Neste contexto, torna-se indispensável esclarecer que o debate sobre a loucura, para ser equacionado de forma útil, tem de ser enquadrado enquanto temática filosófica, em particular no campo da filosofia da ciência, o que, obviamente, não exclui a sua referenciação em termos epistemológicos. Subjacente a este horizonte, situa-se uma posição que assume a irredutibilidade da consciência aos puros mecanismos cerebrais, a qual decorre de uma abordagem dialéctica da Razão que ambiciona superar a oposição corpo/mente, inerente ao dualismo da Filosofia Clássica.

Tal perspectiva integra os diversos campos morfogénéticos que circunscrevem todo e qualquer fenómeno do universo humano, através de um sistema definido pelos contextos sócio-histórico e psico-biográfico. De facto, estas duas componentes morfológicas traduzem uma constante dinâmica entre a materialidade e a espiritualidade inerente à estrutura do Real, cujas manifestações devem ser abordadas enquanto objecto de uma hermenêutica associada à fenomenologia experiencial, faceta esta que pode ser compreendida em termos analógicos relativamente à dualidade crepúsculo/onda no âmbito da Nova Física.¹⁴

No caso dos tópicos abordados neste artigo, tal posicionamento torna-se essencial, pois que

a abordagem da relação entre o Poder e a Loucura tem de ser perspectivada dum ponto de vista ideológico, isto é, através do modo como se interpenetram as diversas ideias explanadas, assim como as interações entre os seus suportes conceptuais. De facto, através da compreensão dos significados subjacentes aos símbolos que traduzem com frequência apenas idiossincrasias de natureza individual ou colectiva¹⁵, pretende-se encarar os fenómenos estudados sob vários ângulos, em particular no que concerne às relações entre o Populismo e as “Teorias da Conspiração”, as quais traduzem significativas experiências. Apenas deste modo será possível compreender cada um dos “objectos” aqui focalizados, o que deve ser consubstanciado através da síntese das múltiplas realidades que representam cada parcela do real observado.

2. Polémicas e opções: que fazer?

A crise mundial que hoje em dia atravessamos surge como consequência de ideias que implicam recuar ao Iluminismo do século XVIII, o qual, ao reconhecer o entendimento individualista como interesse supremo, traduzia a emergência de novas categorias mentais. Este Século das Luzes foi interpretado por alguns ideólogos como revelando uma situação que correspondia a uma dominação de classe por parte de uma minoria ultra-restrita, constituída por uma elite de indivíduos privilegiados que, na sombra, pretendiam estabelecer uma relação de sujeição sobre vastas camadas da sociedade; esta ideia - embora tivesse, mais tarde, sido contrariada com o argumento de não ter sido reconhecida a existência de uma tal relação - mantém, curiosamente, uma notória actualidade.¹⁶

De facto, na fase histórica em que o mundo se encontra, vive-se um ilusório projecto de liberdade que torna cada sujeito (literalmente, aquele que está submetido a uma sujeição) vítima duma racionalização mistificadora que Noam Chomsky¹⁷ definiu como a submissão a novos modos de controlo, os quais impõem formas correlativas de escravidão mental; deste modo, os indivíduos deixam de questionar o mundo à sua volta e aceitam “livremente” a submissão a regras prescritas pela plutocracia – como Christa Freeland designou certos grupos minoritários dominantes –, através dos seus serventuários, isto é, os detentores de cargos políticos, financeiros ou técnico-científicos que,

socialmente, ostentam sinais de poder, saber e prestígio. A partir destas posições de liderança, são impostas regras assentes em relações de dependência que vinculam vastas massas da população à subserviência e à ignorância. De facto, aqueles que delas fazem parte, imaginando-se livres, são escravos absolutos, pois que se exploram a si-próprios de forma voluntária, vivendo a ilusão de um projecto que acreditam tê-los libertado dos seus constrangimentos internos e externos; esquecem, assim, a existência quer de qualquer vínculo de soberania, quer da “(...) própria liberdade do senhor que, segundo a dialéctica (...) de Hegel, não trabalha e somente goza (...)”¹⁸

Tal estratégia, ao escamotear vectores tendenciais de interpretação, visa, através da sua natureza intrínseca, adequar e “normalizar” os rebanhos de cidadãos.¹⁹ Estes, devido à sua real alienação tornam-se reféns de forças “crípticas” que, beneficiando da ignorância generalizada, decidem pelos seus destinos. Por isso, muitos que não se ajustam à aceitação de tal dominação ideológica, preferindo denunciar esta caótica situação, são rotulados de “paranóides”, levando os “bons cidadãos” a sentirem-se felizes, por não serem afectados por tal insidiosa loucura.

Pelos motivos invocados, esta problemática deve ser inserida no quadro da polémica em torno do conceito de loucura, no qual se vislumbram duas tendências principais: por um lado, as que concebem a loucura como uma doença mental (posição tradicional da Psiquiatria); por outro, as que rejeitam liminarmente tal concepção (onde se incluem as chamadas correntes alternativas, em particular no campo da saúde mental). É neste enquadramento que se pode incluir a obra de Thomas Szasz, considerado um dos principais impulsionadores da dinâmica de contestação ao papel da Psiquiatria convencional, o qual, embora considere a doença mental como um mito ou uma metáfora, não partilha das opções, por vezes excessivamente radicais, dos principais apologistas do movimento anti-psiquiátrico, como é o caso de David Cooper, Aaron Esterson ou Ronald Laing.

No seu livro *The politics of experience and the bird of Paradise*, Donald Laing sublinha que “Para compreender a esquizofrenia de um ponto de vista novo deveríamos recordar a história dos seis cegos e do elefante”.²⁰ Esta parábola referida pelo autor conta a história de um príncipe indiano que mandou chamar um grupo de cegos de nascença e lhes disse para apalpar um

elefante. Um apalpa a barriga, outro a cauda, outro a orelha, outro a tromba e outro uma das pernas. Sem se entenderem, os cegos envolveram-se numa longa discussão sem chegarem a acordo. Quando o príncipe percebeu que cada um era incapaz de ir além da sua experiência e não conseguia compreender as experiências dos outros ordenou que se calassem e explicou que o elefante era tudo aquilo que cada um havia percebido. Mas que isso era apenas uma parte do animal. Por isso, deviam juntar as experiências de cada um e tentar imaginar um todo que era o elefante.

Para Laing, a dificuldade encontrada "(...) é um problema de discriminação e o erro reside numa extrapolação imprudente".²¹ Ora, no contexto em que se coloca esta problemática, não me parece que sejam retiradas todas as consequências da sua análise. De facto, não se trata apenas de um problema discriminativo, mas sim de uma extrapolação incongruente. O cerne desta questão reside na incapacidade de cada um em aceitar que a sua experiência individual permite apenas o acesso a um aspecto limitado do Real. Por conseguinte, é necessário superar tal obstáculo através de uma reflexão ontológica que possibilite integrar as experiências dos outros na compreensão da totalidade dos objectos (sonhos, ideias, fantasias...), atitude que, se conceptualizada em termos científicos, significa a necessidade de se utilizar uma epistemologia da complexidade.

O ponto de vista esboçado nesta história traduz numa forma bastante elucidativa a clarividência do pensamento oriental relativamente à compreensão do Real e dos fenómenos que lhe são intrínsecos e, por esse facto, assume uma singular importância na construção de qualquer abordagem conceptual dos problemas humanos e da natureza, a qual é congruente com a oposição que o cientista e romancista Charles Percy Snow apelidou de "duas culturas"²², uma interpretação baseada na distinção entre as ciências da natureza e as ciências do homem.

Sintetizando, importa salientar que, nos pontos que se seguem – onde se aborda em particular as problemáticas do populismo e da loucura – será utilizada uma opção congruente com os pressupostos evidenciados. Mais difícil, porém, será esclarecer as áreas de interacção dentro destes dois conjuntos conceptuais. Para tal, é preciso superar um puro academismo ideológico e tentar discernir os indicadores que, por vezes, surgem de territórios "desprezados" e assimilados apenas à ignorância ou perfídia de

quem os aborda, isto é, de todos aqueles que, na visão oficial dos dogmas assumidos pelo poder político e académico, são pejorativamente rotulados de "teóricos da conspiração". De facto, a irracionalidade da postura dos críticos ultrapassa, por vezes, a dos criticados. Por isso, torna-se indispensável romper com a fatalidade resultante de tais cenários, a fim de se adoptar uma postura de verdadeira racionalidade, isto é, o assumir duma razão cujos numerador e denominador representem tópicos racionais e não algo que, simbolicamente, possa ser representado pela raiz quadrada de três ou de cinco.

3. Era uma vez o populismo...

No seu brilhante artigo com o título acima invocado, o autor, José Pedro Zuquete – investigador de temáticas sobre nacionalismos, radicalismos políticos e terrorismo – debruça-se sobre a actualidade do populismo, apresentando uma visão geral dos discursos conceptuais sobre o fenómeno.²³ Todavia, na impossibilidade de sequer se fazer um breve resumo da problemática analisada, salientado a sua importância, não me parece descabido remeter todos os interessados para a leitura do referido texto.

De qualquer modo, não será despicando esclarecer qual a origem do título em epígrafe: trata-se do clássico conto de fadas, Cinderela, da perda do seu sapatinho, da sua recuperação pelo apaixonado príncipe e da demanda que este encetou para encontrar o correspondente pezinho. Neste contexto, o filósofo britânico Isaiah Berlin, nos anos 60, adaptou a narrativa às preocupações com o populismo (o dito sapatinho), cujo desfecho final, ao contrário da história original, continua em aberto, pois que o mundo académico (representado pela figura do príncipe) continua a vaguear à procura do pezinho certo, pois que até hoje ainda não foi encontrada a sua verdadeira proprietária.

Na sequência do que se referiu, deve-se sublinhar que todas as épocas históricas apresentam facetas específicas inerentes ao dinamismo dos projectos político-sociais que reflectem situações sempre em constante mudança. De facto, a sociedade contemporânea não foge a esta regra e embora muitos teóricos tendam a projectar o futuro destes fenómenos apenas com os dados do presente, sem se reportarem ao passado, surgem daí preocupações sobre a ocorrência de certas realidades representadas como inesperadas e, em geral, consideradas inquietantes. Uma das que apresenta maior actualidade é a que se refere ao denominado "po-

populismo”, conceito utilizado pelos poderes instalados com o significado de demagogia, totalitarismo, xenofobia, isto para citar apenas os impropérios mais comuns. Ora este posicionamento traduz claramente uma visão reducionista dos objectivos daqueles movimentos, cuja definição e particularidades devem ser entendidas dum ponto de vista mais complexo.

Embora, classicamente, as políticas populistas tenham sido encaradas pelos intelectuais como significando oportunismo, ausência de ideias, sectarismo social ou étnico, extremismo político e ideológico, de facto, nem todas estas categorizações se aplicam a todas elas. Efectivamente, “(...) os populismos atuais (...) são democráticos nos princípios e nos métodos. Ganham o seu espaço político em eleições normais livres e justas. E ainda que contra este conjunto se evoque o caso de Hitler (...) os populistas de direita ou de esquerda, que recentemente chegaram ao poder (...) actuam dentro do sistema e têm sido limitados por ele.”²⁴

O ano-charneira para a consolidação desta onda perturbadora foi 2016. Os acontecimentos mais relevantes foram, sem dúvida, a ocorrência do Brexit na Grã-Bretanha em Junho, com a emergência de figuras como Nigel Farage ou Boris Johnson e a eleição em Novembro do inimitável Trump²⁵ para a presidência dos Estados-Unidos, circunstância essa que significou um inquestionável protesto popular, cuja especial incidência se centrou na chamada América profunda, pois que esta sofre directamente os custos da globalização e se mostra descontente com o que interpreta como decadência política, moral, militar e económica.

Para além destas situações que se destacam como mais evidentes, outras surgiram na primeira fila, revelando os sintomas do renascimento do populismo; exemplos notórios são o do centrista Emmanuel Macron, populista “chique” que, em França, liquidou o Partido Socialista ao som da Marselhesa ou o da sua antagonista, Marine Le Pen, a qual, tentando separar-se da herança de seu pai, o fundador do Front National, vai conseguindo resultados cada vez melhores, obtendo 34 por cento nas eleições e a presença na final nas presidenciais. Também outras forças ditas de extrema-direita não se podem omitir, como é o caso das lideranças da Europa de Leste, de que se destaca a de Viktor Orbán, na Hungria.

De grande notoriedade é o paradoxo da política italiana com a emergência de Matteo Salvi-

ni e da *Liga do Norte* ou de Beppe Grillo e do *5 Stella*, com particular destaque para a conquista desta formação da Câmara de Roma, embora outras situações sejam também relevantes como as vitórias do *Podemos* em vários municípios de Espanha ou do *Syriza* na Grécia, isto sem esquecer o populismo “simpático” do actor Volodymyr Zhukovskiy na Ucrânia, embora os seus adversários o acusem de agir como uma marioneta do magnata Kolomoisky, accionista de oito canais de televisão. Segundo Jaime Nogueira Pinto “(...) embora não se possam incluir todos os partidos e movimentos numa única categoria, tendo em conta o que têm em comum, pode evidenciar-se a presença da liderança dum chefe carismático – associada a um protagonismo exuberante, o que os liberta, de certa forma, de definições ideológicas rígidas (...).”²⁶

Ora, todos estes movimentos têm como inimigo comum as oligarquias políticas, económicas e mediáticas, enquistadas no sistema que a seus olhos usurpa o poder do povo – noção que não deve ser entendida como um referente empírico ou estatístico – mas sim ser considerada enquanto categoria simbólica. Sublinhe-se, todavia, que embora todos os populismos resistam ao globalismo económico e combatam a soberania dos mercados, é por forma e razões diferentes que o fazem, dependendo do seu posicionamento no espectro ideológico. Nos seus extremos, estes movimentos são inimigos irreductíveis: os de esquerda acusam os de direita de fascistas, racistas e xenófobos e os de direita, por seu turno, acusam os de esquerda de anti-democratas, irrealistas e extremistas.

Os populismos de esquerda, associados por vezes aos países sul-americanos – como é caso de Cuba, da Venezuela de Hugo Chávez, do Brasil de Lula da Silva ou dos regimes da Bolívia e do Equador – combatem o capitalismo através de medidas de pendor internacionalista que tendem para um alcance global. Quanto aos populismos europeus, reconhecendo-se como saldosos do Iluminismo e de uma revolução internacional, querem mais progresso, mais igualdade e mais laicidade, combatendo os “socialismos” reais e a sua intrínseca corrupção, assim como a sua rendição ao “bom” capitalismo.

Por seu turno, os populistas de direita desconfiam do progresso e do voluntarismo e valorizam as pequenas comunidades, a identidade nacional e as tradições, sendo críticos de insti-

tuições transnacionais, como a União Europeia, e das grandes organizações internacionais como a UNESCO, o FMI ou o Banco Mundial, não são propriamente contra a economia de mercado, mas contra a democracia representativa.

4. Loucura e Psiquiatria

Da definição clássica de amor pela sabedoria, a Filosofia evoluiu para uma concepção de conhecimento que realiza a necessidade do espírito, passando a constituir um sistema que compreende a forma de reflexão do espírito sobre si próprio, tornando-se “sistema da razão que se capta a si mesma atingindo a forma mais genuína de si, ou seja a verdade”. Vista de outro ângulo, “(...) a Filosofia é o modo através do qual a razão se concebe, compreendendo o todo absoluto, isto é, o mundo integral, a natureza e o espírito. (...)”²⁷

Abordar o tema da loucura não faz sentido sem referir Hegel.²⁸ Inscrevendo-se nesta perspectiva, Laing considera o mundo tal como este filósofo o define, ou seja, como “uma unidade do dado e do construído”, embora seja tarefa difícil determinar o que é “dado” e quais são as nossas “construções”. Tal observação implica “(...) comparar as maneiras como sentem o mundo pessoas situadas em diferentes contextos de espaço e tempo (...)”²⁹ Ora, como referi na Introdução, esta abordagem implica contextualizar, em termos sócio-históricos e psico-biográficos, as experiências que decorrem de uma inserção como adultos numa determinada cultura, como as informações fornecidas pela Antropologia têm salientado, facto que é de relevante importância.

Na sequência destas reflexões, importa sublinhar que, para Laing, “a fenomenologia existencial procura caracterizar a natureza da experiência da pessoa com o seu mundo e consigo mesma (...). Tudo o que de louco for dito e feito pelo esquizofrénico permanecerá essencialmente mente um livro fechado se não procurarmos compreendê-lo no seu contexto existencial. Ao descrever um processo de enlouquecimento (...) existe uma compreensível transição entre a maneira esquizóide, sadia, de estar-no-mundo e a maneira psicótica de estar-no-mundo. Conservando embora os termos esquizóide e esquizofrénico para as posições sadia e psicótica, respectivamente, não [incluídas], é claro, no costumeiro quadro de referência clínico-psiquiátrico, e sim fenomenológica e existencialmente.”³⁰

Neste contexto, é necessário elucidar as concepções de loucura, considerando a sua abrangência e a sua complexidade. De facto, a loucura

tal como é percebida pelo senso comum tornou-se, em termos históricos, no decorrer do século XIX e até inícios do século XX, um fenómeno abrangido pelas ciências médicas sob a designação de psicose, o qual, ao longo do tempo, tomou como modelo a esquizofrenia como a maior manifestação desta “doença”, embora esta concepção tenha perdido actualmente muito da sua pertinência no campo da psiquiatria clássica.

Contraopondo-se a esta abordagem, ao longo do século XX, a partir da psicanálise, foram construídas alternativas à psiquiatria convencional, com base nas teorias de muitos autores, entre os quais Lacan, Winnicott, Melanie Klein ou Maud Mannoni.³¹ Também relevante foi a contribuição da Psicologia Analítica de Jung que apresentou a teorização da loucura restrita ao plano psicológico, anteriormente aos psicanalistas ortodoxos. De facto, como refere Thomas Szasz, o entendimento da loucura como doença orgânica, em particular no caso da esquizofrenia, tem apenas funcionado como uma rejeição e contribuído para a exclusão dos “loucos” da vida social, enquanto fenómeno de intolerância.³²

Resumindo, pode dizer-se que, no panorama contemporâneo da disputa sobre a chamada “doença mental”, as posições que se opõem são, sobretudo, a tese orgânica defendida pela psiquiatria clássica e a posição anti-conformista do movimento geralmente designado como anti-psiquiatria que recusa o modelo médico subjacente, em particular, à Psiquiatria, à Psicopatologia e à Psicanálise, cujo suporte é o pensamento causal, a partir do qual tudo o que ocorre na vida psíquica – ideias, sentimentos, atitudes, intenções – é pré-determinado por leis fixas, isto é, por causas mecânicas.³³

Assim, pode afirmar-se que adoptar uma perspectiva filosófica significa conceber a loucura como uma experiência hermenêutica. Tal decisão conduz a construir a loucura como objecto teórico a partir dos significados vivenciais (experienciais), podendo-se especular que as divergências entre as diversas posições – que em geral se auto-excluem – dependem das diferentes “concepções do mundo”, levando os autores, ao assumirem teorizações opostas, a excluir quaisquer pontes de diálogo, exibindo, com alguma frequência, posições “ontologicamente distintas, estranhas e inconcebíveis”.³⁴

5. Paranóia e Teorias da Conspiração

No início do século XX, o delírio psiquiátrico em redor da noção de paranóia era de tal ordem que um artigo clássico publicado no Brasil³⁵ a

designou como “(...) um verdadeiro estado de Babel ou confusão psiquiátrica (...)”, afirmando os seus autores que “(...) ora se descrevem doenças diversas com o mesmo nome, ora enfermidades idênticas com outros nomes, ora, finalmente, algumas designações qualificativas precisam espécies mórbidas que não podem conter dentro do mesmo género (...)” E acrescentam que “(...) uma enfiada de designações francesas, alemãs, inglesas, italianas, todas sem sentido limitado, abrigam veleidades diagnósticas de espécies afins, completando o labirinto.”

Foi deste caos aleatório que Emil Kraepelin retirou o termo hipocrático paranóia, enquanto forma de pensamento errado ou enviesado. No quadro desta perspectiva ortodoxa, “(...) o delírio pode originar-se de um estado fantasioso fora do comum; [o designado] paciente sente que o significado da sua vida se está transformando de uma forma fantástica (...). [Dessa experiência] (...) surge, como a luz das trevas, uma crença nova, imperativa e indubitável(,,,)”, como, por exemplo, a ilusão de que ““(...) os judeus estão preparando um plano secreto contra o mundo (...)”.

Neste contexto os delírios paranóides ou persecutórios são também considerados muito estranhos: (...) Uma paciente pode imaginar, por exemplo, que está sofrendo sexualmente a interferência de um agente distante ou desconhecido (...) ou ainda de alguma outra espécie de tecnologia moderna, como o radar ou a televisão. A experiência delirante é acompanhada frequentemente de alucinações, a crença falsa aumentando a percepção falsa, ou a alucinação fornecendo uma confirmação à crença irreal do paciente”.³⁶ Por sua vez, na esquizofrenia paranóide “(...) os delírios primários, seguidos por ‘interpretações delirantes’ secundárias (racionalizações), e as alucinações constituem os traços principais. Além disso, a personalidade pode ser relativamente preservada durante muito tempo (...)”, sendo as manias de perseguição consideradas como tentativas do paciente para projectar os seus impulsos externamente, noutra pessoa, numa instituição ou numa máquina: (...) na maçonaria, na C.I.A., num *ciclotron* ou no seu vizinho (...).³⁷

Sintetizado, de uma forma que se pode considerar elucidativa, explicita-se, assim, o enquadramento em que, em geral, os designados “conspiratórios” são incluídos. Ora, para se entender como se processa esta inclusão, é necessário clarificar algumas ideias a propósito

das chamadas “teorias da conspiração”. De facto, esta expressão pode definir-se como uma tentativa de explicar um acontecimento ou uma sequência de acontecimentos de importância política, social, económica, religiosa ou histórica, por meio da intervenção de poderosos grupos secretos com uma existência temporal prolongada e que perseguem objectivos nem sempre bem intencionados.

Neste sentido, para alguns autores, as noções obscurantistas da História representam apenas mistificações que servem para a difusão de doutrinas extremamente conservadoras; de facto, a noção de uma História que se move pela força de uma conspiração permanente, ou seja, pelas mãos de um número reduzido de indivíduos muito poderosos e secretamente organizados, apenas reforça uma visão do mundo que não contribui para a compreensão das realidades existentes. Deste ponto de vista, se a redução da História a teorias conspirativas é uma mistificação, também as ideias típicas do liberalismo que restringe a política às acções oficiais e institucionais é igualmente mistificadora.³⁸

Importa salientar que o termo “conspiração” é muito anterior à noção de “teoria conspirativa”, pois que, ao longo da História, tem sido demonstrada, de forma clara, a existência de conspirações, evidência essa que demonstra estarem os comportamentos humanos relacionados com tais ocorrências. Todavia, apesar deste facto, a utilização usual da designação “teoria conspirativa” tem servido para destacar a suposta falta de justificação epistémica destas narrativas o que permite confirmar a sua inadequada explicação dos acontecimentos; evidencia-se, deste modo, o seu carácter alternativo face às teses ditas “oficiais”, isto é, às que são exibidas pelos poderes constituídos. Tal expressão foi assim usada para caracterizar um relato explicativo construído a partir de falsos detalhes, considerados objectivos, e também para definir afirmações que se consideram mal concebidas, paranóicas, irracionais ou extravagantes e que, por esse motivo, são avaliadas como uma mera especulação, falsidade ou como um argumento de intencionalidade duvidosa.

Foi neste enquadramento que, durante os anos 50 e 60 do século passado, o sentido pejorativo de tal terminologia adquiriu relevância nos meios académicos e foi utilizado por teóricos políticos e sociais no sentido de descrever os movimentos populistas como sendo movidos

pela raiva e pelo ressentimento, culpados de racismo e atreitos às ideias conspiracionistas. Por exemplo, Richard Hofstadter, na sua obra de 1964, *The Paranoid Style in American Politics*, falou do estilo paranóico na política americana e referiu o papel do conspiracionismo ao longo da História dos Estados-Unidos.³⁹ Nasceu, assim, a hoje já habitual designação de “conspiranoico”.

Tais argumentos contra o “conspiracionismo”, embora tenham sido usados indiscriminadamente por vários sectores ideológicos, tentam demonstrar que este está sempre equivocado, dado que os sujeitos que assumem tais posições tendem a responder a situações que tiveram um impacto emocional sobre eles e que os leva a dar um certo sentido à realidade em termos espirituais, morais, políticos ou científicos. Também existem opiniões de teor psicológico que defendem ser a busca de significados própria dos referidos indivíduos, o que pode conduzir à fundamentação de ideias que evitam a dissonância cognitiva, permitindo, assim, confirmar as suas crenças; para além disso, admite-se que uma compulsão obsessiva sobre as teorias abordadas pode ser entendida em termos de várias hipóteses patológicas, nomeadamente através dos “rótulos” já referidos, como a paranóia ou a esquizofrenia.

Um autor como Karl Popper, que tem assumido posições claramente críticas face a estas teorias, explicou serem fundadas em concepções que erroneamente, afirmam “(...) que tudo quanto ocorre na sociedade – especialmente os acontecimentos que, como a guerra, o desemprego, a pobreza, a escassez, etc., regra geral, desagradam ao povo – é o resultado directo dos desígnios de alguns indivíduos ou grupos poderosos (...)”.⁴⁰ Todavia, isto não significa “(...) que tais conspirações nunca ocorrem. Pelo contrário, são fenómenos reais típicos (...). Tornam-se importantes, por exemplo, sempre que chegam ao poder pessoas que acreditam sinceramente na teoria da conspiração. E os que crêem sinceramente que sabem como implantar o céu na Terra são os mais susceptíveis de adoptar a teoria da conspiração e de se envolverem numa contraconspiração para combater conspiradores inexistentes (...)”.⁴¹

Como se pode evidenciar com base nos argumentos expostos nos parágrafos anteriores, por vezes, as discrepantes teses académicas sobre as “teorias da conspiração” apresentam uma faceta altamente controversa. Contudo, se, eventualmente, houver acordo com o que é apresentado no ponto 11, *Paranóia e Conspira-*

ção, do artigo de Marcelo Bolshaw Gomes, citado na bibliografia, pode-se presumir que toda a ordem simbólica é, na verdade, uma construção mental sem referência externa imediata, e, desse modo, pode-se então compreender as origens ideológicas das teorias da conspiração, isto é, de certas concepções que acreditam que o mundo é governado por forças invisíveis. Ora, contra esta concepção se insurgem muitos dos proponentes das ditas ideias conspirativas, argumentando que esta noção é totalmente ilegítima e que a sua referida utilização deve ser considerada como uma manipulação política.

Reflexões finais

O “admirável mundo novo”, prenhe de miríficas promessas de riqueza e bem-estar, apregoado por certos políticos e intelectuais obnubilados pelas virtudes da sociedade neo-capitalista, tem como contraponto uma visão mais pessimista que nos foi legada pelo notável escritor Aldous Huxley na obra citada. Para os objectores deste cenário – os fanáticos apóstolos de uma mundialização desenfreada, encoberta sob as roupagens da sociedade global – as “Teorias da Conspiração” nascem de uma falsa consciência que leva os seres humanos a acreditar na possibilidade de se conhecer e possuir a Verdade. Ora, segundo estes próceres da Nova Ordem Mundial, tal desiderato significa que a mente dos que imaginam nebulosas conspirações está deturpada e foi mantida na ignorância por forças que pretendem falsear as virtudes da democracia liberal, o que pode ser extremamente perigoso se os incautos e ingénuos cidadãos incorrerem nesse erro.

Considerando este contexto – e no sentido de entender como se ficciona a génese dos populismos na época actual –, é relevante questionar a aplicação das teorias da resiliência aos domínios económico, político e social, as quais têm sido significativamente usadas como uma panaceia universal fora dos seus domínios tradicionais. Ora, neste enquadramento há que questionar o mito que suporta a utilização do conceito de resiliência, embora se possa admitir que todos os mitos constituem fortes caixas de ressonância para a alma humana.

Tal método de questionamento implica necessariamente assumir a existência dos mitos por vezes implícitos nas concepções analisadas, o que obriga também a considerar a importância das dimensões simbólicas inerentes ao tratamento das temáticas em jogo. Por isso, esta abordagem evita basear-se em padrões de racionalidade decorrentes de leis objectivas, pois que

“(…) no momento histórico-ideológico actual, ao assumir-se que o conhecimento é construído em função da multiplicidade de significações e representações do real, o que se procura é interpretar sentidos de complexidade (…)”.⁴²

Todavia, para se superar este posicionamento teórico, torna-se útil mencionar um dos livros do ex-ministro das Finanças da Grécia, Yanis Varoufakis⁴³, o qual referindo-se a um sistema “natural” com propensão para o fracasso sistémico, isto é, ao Capitalismo, afirma que este, “(…) segundo os seguidores do profeta Marx, esforça-se para nos transformar em autómatos e à nossa sociedade numa distopia, tipo Matrix. No entanto, quanto mais se aproxima do seu objectivo mais se aproxima da ruína, qual Ícaro mítico. Porém, ao contrário deste herói, ele sempre se levanta – verdadeira Fénix renascida – e retoma o seu caminhar de sempre”.⁴⁴

Para se ter uma ideia mais circunstanciada das questões problematizadas, talvez seja interessante continuar a recorrer à mitologia grega. Nesse sentido, é útil apelar para a figura de Umberto Bossi, fundador da *Liga do Norte* em Itália, que, num congresso, em meados dos anos 90, comparou o seu partido a Anteu, o gigante mitológico. De facto, como afirma José Pedro

Zuquete⁴⁵, para se compreender as ideias populistas “(…) é impossível escapar ao simbolismo. Foi Anteu quem, na Divina Comédia, conduziu Dante ao último precipício do Inferno. Para os antipopulistas de toda a ordem a analogia não poderia ser mais certa. Mas talvez para os populistas da direita radical o “inferno” seja, pelo contrário, uma alternativa “paradisíaca” da nova democracia universalista e desirmanada do liberalismo (…)”.

Efectivamente, se os estudos sobre o populismo abundam, dada a sua actualidade nesta segunda década do século XXI, a análise do anti-populismo permanece relativamente ausente, facto que não permite examinar a conjuntura global da Europa que resulta de trinta anos de hegemonia neo-liberal, a qual, de certa forma, está a entrar em crise porque o “povo” se revê nos movimentos anti-oligárquicos e anti-elitistas, antagonistas dos poderes instalados que, segundo alguns “teóricos da conspiração”⁴⁶, manipulam as políticas de consenso no sentido da construção de grandes blocos político-sociais que, sub-repticiamente, se encontram ao serviço de ultra-minorias restritas, aqui designadas como plutocracias, as quais visam a edificação de uma sociedade concentracionária ao serviço da sua “vã glória de mandar”.

Notas

¹ Para melhor elucidação dos tópicos abordados tratados neste parágrafo é útil consultar os livros *O Horror Económico* de Vivianne Forrester (Terramar, 1997) e o *Manifesto Dos Economistas Aterrados – 15 caminhos para outra Economia* (Actual, 2015).

² Christa Freeland, 2012.

³ Como exemplo ilustrativo, refira-se o caso português, onde uma “Santa Aliança” que cobre todo o espectro político – incluindo o radical Bloco de Esquerda – sob o patrocínio do Presidente da República, denuncia o atroz advento totalitário dos próceres do populismo.

⁴ Cf. as obras de Karl Mannheim. *Diagnóstico do Nosso Tempo* (Zahar, 1973 – edição original: 1954) e de Lewis Mumford. *História das Utopias* (Antígona, 2007 – edição original: 1922).

⁵ Paulo Freire. *Conscientização – Teoria e Prática da Libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire* (Cortez & Moraes, 1979) p.16.

⁶ Mariana V. Copertino F. da Silva. *Non ou a vã glória de mandar: um retrato identitário e geopolítico de Portugal*, 2017. Disponível em 3-09-11-2017-Mariana-V.-C.-F.-da-Silva-Non-ou-a-vã-glória-de-mandar.pdf

⁷ No seu filme, o cineasta pretende ilustrar a dissolução do mito sebastianista, cuja morte simbólica representa o fim da espera messiânica e o seu corolário, isto é, a ideia de que o chamado Quinto Império é uma insanidade quando pensado em termos modernos (cf. M.V.Copertino F. da Silva, *op.cit.*).

⁸ Daniel Estulin. *A Verdadeira História do Clube de Bilderberg* (Clube do Autor, 2019) p.249.

⁹ Cf. C.Wright Mills. *A Imaginação Sociológica* (Zahar, 1975), 4.ª ed, capítulo *A variedade humana*, p.146.

¹⁰ Carlos Marques Simões. *Cadernos do Grei n.º 16*.

¹¹ Carlos Marques Simões. *Cadernos do Grei n.º 33*.

¹² Não utilizo o conceito de ideologia do modo como foi introduzido pelo marxismo, pois permaneço fiel à sua concepção original dos inícios do século XIX, em que os designados ideólogos visavam a edificação de uma “ciência das ideias”.

¹³ Gregg Braden. *O Ponto de Viragem – Como criar resiliência numa época de extremos* (Sinais de Fogo, 2014).

-
- ¹⁴ Cf. Fritjof Capra. *O Tao da Física* (Presença, 1989), cap. 4. A Nova Física, pp.49-72.
- ¹⁵ Uma apropriação relevante é, por exemplo, a utilização da cruz suástica pelo nazismo.
- ¹⁶ Tal concepção, acabou por ser adoptada por outros grupos, de sinal contrário, como é o caso da seita dos “Iluminados da Baviera”.
- ¹⁷ Noam Chomsky. *Mudar o Mundo* (Bertrand, 2014).
- ¹⁸ Byung-Chul Han. *Psicopolítica* (Relógio D’Água, 2015) p.12.
- ¹⁹ Segundo a expressão de Nial Ferguson, ilustre académico e frequentador habitual dos Encontros de Bilderberg, o qual, no seu livro, *O Declínio do Ocidente* (Almedina, 2014) p.29, refere que “(...) na esfera económica (...) as nossas instituições lembram mais a vida selvagem (...)”. Neste contexto, considera que uma grande maioria pasta e vagueia em manada, enquanto outros (muito menos) são predadores, sendo também possível que existam necrófagos e parasitas.
- ²⁰ Ronald D. Laing, citado da p.100 da edição portuguesa.
- ²¹ *Idem*.
- ²² Charles Percy Snow. *As Duas Culturas* (Dom Quixote, 1965).
- ²³ Cf. Zuquete, *op. cit.*
- ²⁴ Jaime Nogueira Pinto, pp. 230-231.
- ²⁵ Trump, sendo o protótipo do americano “vulgar de Lineu” mostra facetas por vezes caricatas que se traduzem numa síntese original de figuras do universo cinematográfico como Homer Simpson, Fred Flinstone e John Wayne/Ronald Reagan.
- ²⁶ *Op.cit.*, p. 231.
- ²⁷ Rui Gabriel Caldeira, *op. cit.*, p. 344.
- ²⁸ O ilustre filósofo da “República dos Espíritos Livres” isto é de Iena, cidade da Turíngia, na Alemanha, onde, por volta de 1800, floresceram revolucionárias ideias sobre o indivíduo e a natureza.
- ²⁹ Laing. *A Política da Família*, p. 103 da edição portuguesa.
- ³⁰ Laing. *O Eu Dividido*, p.16 da edição brasileira.
- ³¹ Pode-se afirmar que Maud Mannoni é lacaniana enquanto teorizadora e seguidora das posições anti-psiquiátricas no que concerne à prática.
- ³² Thomas Szasz. *The Manufacture of Madness* (Routledge & Kegan Paul, 1976) e *Schizophrenia - The sacred symbol of Psychiatry* (Basic Books, 1977).
- ³³ Cf. Costa Júnior e Medeiros, *op.cit.*, p.350
- ³⁴ Rui Gabriel Caldeira, *op. cit.*, p.350.
- ³⁵ Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. *A paranoia e as síndromes paranoides (Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências afins, 1 (1905), p.5.*
- ³⁶ Crowcroft, *op.cit.*, p.49.
- ³⁷ *Idem*, pp. 97-98
- ³⁸ Cf. Hoeveler, *op.cit.*, pp.8-9
- ³⁹ Cf. Müller, *op.cit.*, p. 99
- ⁴⁰ Karl Popper. *A Sociedade Aberta e os seus Inimigos* (Editorial Fragmentos, vol. 2, 1993), p.96
- ⁴¹ *Idem*, pp. 96-97
- ⁴² Cf. Carlos Marques Simões. *Resiliência, identidade e pessoalidade – Triangular conceitos num quadro de coerência epistemológica* (ExLibris 2018), p.15
- ⁴³ Yanis Varoufakis. *O Minotauro Global– Os Estados Unidos, a Europa e o futuro da Economia global* (Bertrand, 2015).
- ⁴⁴ Cf. Carlos Marques Simões, *Cadernos do Grei* n.º 33, p.7.
- ⁴⁵ Cf. José Pedro Zuquete, *op.cit.*
- ⁴⁶ Cf. Daniel Estulin, *op.cit.*

Bibliografia

- Bosseur, C. (s.d.). *Antipsiquiatria*. Lisboa: Dom Quixote.
- Caldeira, R.G. (2017). Filosofia, Psicologia e Psiquiatria: A inconsistência do modelo mecanicista da *Psique*. Inconsciente e dialética na Antropologia de Hegel: Esboço de uma Filosofia da Psicologia. *Revista Filosófica de Coimbra*, 52, 339-384.
- Cooper, D. (1971) *The death of the family*. Harmondsworth: Penguin. (edição portuguesa: *A decadência da família*. Lisboa: Portugália, s.d.).
- Costa Júnior, F. da & Medeiros, M. (2007). Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos - entre os opostos. *Psicologia, Universidade de São Paulo*, 18(1), 57-82
- Crowcroft, A. (1971). *O psicótico: A compreensão da loucura*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Freeland, C. (2012). *Plutocratas*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Gomes M.B. (s.d.) *Será tudo mentira? Aforismos para uma genealogia da Teoria da Conspiração*. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-gomes-mentira.pdf>
- Gabriel, G. & Teixeira, C. (2007). Ronald D. Laing: A política da psicopatologia. *Análise Psicológica*, 25(4), 661-673.
- Hoeveler, R.C. (2014). *René Dreifuss e o golpe de 1964: sobre teorias e “conspiracionismos”*. Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio.
- Judis, J.B. (2017). *A exploração do populismo*. Lisboa: Presença.
- Laing, R.D. (1960) *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin. (edição brasileira: *O Eu dividido: Estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis: Vozes, 1973).
- Laing, R.D. (1967). *The politics of experience and the bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin. (edição portuguesa: *A Psiquiatria em questão*. Lisboa, Presença, 1972).
- Laing, R.D. (1969). *The politics of the family*. Harmondsworth: Penguin. (edição portuguesa: *A política da família e outros ensaios*. Lisboa: Portugália. 1971, 1.ª ed).
- Michael, G. (2016). A nova onda populista nos Estados Unidos. *Relações Internacionais*, 50, 23-38.
- Mouffe, C. (2019). *Por um populismo de esquerda*. Lisboa: Gradiva.
- Müller, J.-N. (2017). *O que é o populismo*. Lisboa: Texto.
- Pinto, J.N. (2018). *Bárbaros e iluminados – Populismo e utopia no século XXI*. Lisboa: Dom Quixote, 2.ª ed.
- Rosenfeld, H.A. (1968). *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Simões, C.M. (2014). *A Economia do medo – Uma reflexão sociopsicológica sobre as origens da crise portuguesa*. Cadernos do GREI n.º 16, Faro: GREI – Grupo de Estudos Interdisciplinares.
- Simões, C.M. (2015). *A Economia da inquietação– Um ensaio eco-sistémico sobre a crise político-social europeia*. Cadernos do GREI n.º 33, Faro: GREI – Grupo de Estudos Interdisciplinares.
- Simões, C.M. (2018). Resiliência, identidade e pessoalidade – Triangular conceitos num quadro de coerência epistemológica. In H. Ralha-Simões (Org.), *Resiliência: Novos olhares face aos desafios do nosso tempo* (pp. 15-29). Lisboa: ExLibris.
- Szasz, T.S. (1976). *The manufacture of madness*. London: Routledge & Kegan Paul (edição brasileira: *A fabricação da loucura – Um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento da Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976).
- Szasz, T.S. (1977). *Schizophrenia - The sacred symbol of Psychiatry*. New York: Basic Books (edição portuguesa: *Esquizofrenia – O símbolo sagrado da Psiquiatria*. Lisboa: Dom Quixote, 1978).
- Teixeira, N.S. (2018). Três reflexões inacabadas sobre populismo e democracia. *Relações Internacionais*, 59, 75-83.
- Zúquete, J.P. (2016). Era uma vez o populismo... . *Relações Internacionais*, 50, 11-22.

*Catherine Pasquier*¹
*Catherine Simonot*²
*Rita Baleiro*³
*Silvia Quinteiro*⁴

Recebido: 25-7-2019
 Aprovado: 30-8-2019
 Publicado: 10-10-2019

A ROTA LITERÁRIA DO ALGARVE **Itinerários, desafios e estratégias** **do processo de tradução para francês**

Resumo: Este artigo apresenta o projeto da Rota Literária do Algarve (RLA), os seus objetivos, o processo de construção dos seus itinerários e os desafios e estratégias adotadas na tradução para francês das narrativas de três dos itinerários literários que compõem esta rota.

O objetivo principal da RLA é valorizar a cultura algarvia, os seus escritores e textos, bem como promover o turismo literário na região. Cada itinerário da RLA consiste numa narrativa sobre um determinado local, construída a partir da interseção de textos literários com o espaço físico e com informação sobre a história, a demografia, os mitos, as tradições e outras atrações turísticas.

Atendendo a este objetivo de promoção e de valorização da imagem turística entre os visitantes estrangeiros, a última parte deste artigo descreve e analisa o processo de tradução/adaptação das narrativas dos itinerários para francês.

Palavras-chave: Rota Literária do Algarve, itinerários turísticos, turismo literário, património, tradução literária.

THE LITERARY ROUTE OF THE ALGARVE **Itineraries, challenges and strategies** **of the French translation process**

Abstract: This article presents the Algarve Literary Route (RLA) project, its objectives and the construction process of its itineraries. We will then discuss and illustrate some translation challenges and strategies adopted in the translation into French of the narratives underlying three of the literary itineraries that make up this route.

The main objective of the RLA is to value and promote the Algarve culture, its writers and texts, as well as to develop literary tourism in the region. Each RLA itinerary consists of a narrative about a particular place. They are constructed from the intersection of literary texts with the physical space as well as information about history, demographics, myths, traditions and other tourist attractions.

Given the objective of promoting and bolstering the touristic image of the Algarve to foreign visitors, the last part of this article analyzes the process of translating and adapting these itineraries into French.

Keywords: Literary Route of the Algarve, tourist itineraries, literary tourism, heritage, literary translation.

¹ **Professora Adjunta da Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve**

Licenciada em Línguas Aplicadas pela Université de Paris IV Sorbonne (França)

Mestre em Gestão Cultural pela Universidade do Algarve

ORCID: 0000-0003-3705-4849 (e-mail: cpasquie@ualg.pt)

² **Professora Adjunta e Subdiretora da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve**

Doutorada em Ciências da Educação – Didática das Línguas pela Université de Lorraine (França)

ORCID: 0000-0002-9585-4441 (e-mail: csimonot@ualg.pt)

³ **Professora Adjunta da Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve**

Licenciada em Estudos Portugueses e Ingleses, mestre em Estudos Anglo-Portugueses - Cultura Norte-americana e doutorada em Estudos Literários pela Universidade Nova de Lisboa

ORCID: 0000-0002-3188-5150 (e-mail: rbaleiro@ualg.pt)

⁴ **Professora Coordenadora da Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve**

Doutorada em Literatura Comparada pela Universidade de Lisboa

ORCID: 0000-0003-1809-7341 (e-mail: smoreno@ualg.pt)

Introdução

Este artigo tem como objetivo apresentar a Rota Literária do Algarve (RLA) e as estratégias de tradução adotadas pelas tradutoras da versão francesa dos respetivos itinerários.

Como ficará claro na leitura deste texto, o propósito maior da RLA é valorizar e promover os escritores e a cultura do Algarve; um objetivo particularmente pertinente, quando sabemos que apenas 20,9% dos visitantes, antes mesmo de conhecerem a região, associam o Algarve à cultura e que esta percentagem reduz para 17,1% após a visita (Matos, 2014, pp.182-183). Estes resultados apontam para um preconceito, generalizado, mesmo entre os algarvios, de que o Algarve não é uma região com interesse cultural.

Assim, e numa época na qual o turismo cultural apresenta um significativo crescimento a nível mundial (Richards, 2018, p.12), estamos convictas de que a anulação deste preconceito é fundamental, quer junto da população local (jovem e adultos) quer dos visitantes, quer mesmo de quem trabalha na indústria do turismo, pois estes profissionais têm de conhecer a sua cultura para que a possam respeitar e divulgar. Neste contexto, acreditamos que a RLA pode ser um pequeno contributo para esta necessária educação dos anfitriões e habitantes nesta região.

Para além desta breve introdução, e de uma secção com as considerações finais, este texto está estruturado em quatro secções. Nelas apresentamos a RLA e os seus objetivos; o processo de construção dos itinerários que a compõem; os itinerários já traduzidos para francês e uma reflexão sobre o processo de tradução destas narrativas.

1. A Rota Literária do Algarve: Os objetivos e o processo de construção

A RLA resulta da tomada de consciência de que é fundamental reforçar a relação entre a região do Algarve e o seu património literário, promovendo, por um lado, a divulgação deste património junto da comunidade local, e por outro, o desenvolvimento de um turismo de base comunitária. Assim, os objetivos gerais do projeto RLA são: (i) aumentar o conhecimento que a comunidade, em geral, tem dos autores algarvios e dos textos sobre o Algarve; (ii) dar novas dimensões à imagem turística do Algarve aos olhos dos algarvios e dos visitantes portugueses e estrangeiros; (iii) valorizar o espaço físico

(nomeadamente aquele do interior da região do Algarve) em função da sua conexão com a literatura e os seus autores; (iv) promover e divulgar atividades de turismo literário no Algarve identificando e estruturando os seus lugares literários e (v) promover o Algarve enquanto destino de turismo literário.

Os objetivos específicos da RLA são os seguintes: (i) criar uma rota, cujo fio-condutor são os autores algarvios e os seus textos; (ii) promover a criação de passeios literários (com sinalética nos pontos de paragem) em todos os concelhos do Algarve; (iii) traduzir as brochuras dos itinerários e o portal da rota para inglês, espanhol e francês; (iv) criar um *website*, no qual se disponibilizem gratuitamente os itinerários; (v) publicar um conjunto de livros com os itinerários em quatro línguas; (vi) realizar *workshops* de formação de grupos de ação local; (vii) divulgar a rota na imprensa nacional e estrangeira, na comunidade educativa, bibliotecas e municípios, bem como em festivais literários e encontros científicos.

No processo de construção da RLA, o primeiro passo foi identificar autores e textos com ligações a cada um dos concelhos algarvios. A partir desse levantamento, definimos os locais para os quais iríamos produzir itinerários, tendo em conta, não só a relevância que a literatura ali assumia, mas também os objetivos da RLA. Sempre que possível, desenvolvemos os itinerários em locais do interior e com base em autores algarvios, sendo que, para este efeito, consideramos os autores que nasceram ou viveram parte da significativa da sua vida no Algarve. Entre os autores que nasceram no Algarve, destacamos: Teresa Rita Lopes, António Ramos Rosa, Emiliano da Costa, Gastão Cruz, António Aleixo, Cândido Guerreiro, Lídia Jorge, Casimiro de Brito, Manuel Teixeira Gomes, João Lúcio, Nuno Júdice, Bernardo de Passos. Mas a RLA também contempla alguns autores cuja ligação ao Algarve reside apenas no facto de terem escrito sobre esta região, como: Sophia de Mello Breyner, Fernando Pessoa (Álvaro de Campos), Fiamma Hasse Pais Brandão, Raul Brandão, José Saramago, Manuel da Fonseca ou José Galvão Balsa.

Cada itinerário consiste numa narrativa sobre um determinado local deste território, construída a partir da interseção dos textos literários com o espaço físico e com informação sobre a

história, a demografia, a gastronomia, os mitos e as tradições e as atrações turísticas. Pretendemos que estes itinerários transmitam as características distintivas de cada local e mostrem como estas estão refletidas na literatura ou se refletem a partir dela, contrariando o preconceito a que aludimos na introdução deste texto: o Algarve é simplesmente sinónimo de praia e é desprovido de cultura.

Na próxima secção, explicamos o processo de construção dos itinerários.

2. Os itinerários

Até ao momento estão prontos os itinerários para Alte, Ameixial, Estoi, Silves, Sagres, São Brás de Alportel e Vila Real de Santo António. Genericamente, todos têm uma duração de duas horas e meia, a pé, entre sete e nove pontos de paragem e as narrativas que os compõem não ultrapassam as 7000 palavras. Porém, estes itinerários variam no que refere ao seu ponto de partida: há os que partem de um autor ao qual se associa de imediato uma localidade (caso de Cândido Guerreiro em Alte) e há os que partem de um espaço a que se associam vários autores (caso do passeio literário do Ameixial).

Estabelecida a conexão espaço físico/literatura, o processo de construção é semelhante: realizamos uma primeira visita ao local e identificamos os lugares literários e outros pontos de interesse e de paragem. Seguidamente, produzimos uma primeira versão da narrativa e testamos o itinerário para medir a extensão do percurso e a sua duração, para averiguar o grau de dificuldade e ler os textos literários nos pontos de paragem de modo a confirmar a sua adequação. O passo seguinte é a redação da segunda versão da narrativa, seguida de novo teste no terreno com um convidado que desconheça o local e o conteúdo, para averiguar a clareza, coerência e precisão das indicações e da informação. Esta visita resulta na versão final da narrativa, que segue para tradução, edição e revisão. Depois deste processo, é colocada a sinalética e disponibilizamos a brochura *online*.

Desenvolver um projeto desta natureza e desta dimensão implica necessariamente uma equipa numerosa e multidisciplinar. Assim, para além de investigadores da área da literatura, a RLA conta com especialistas em turismo e

história, guias-intérpretes e, naturalmente, de tradutores.

2.1. Os itinerários traduzidos para francês

Considerando que um dos objetivos deste artigo é descrever o processo de tradução para francês das narrativas que compõem esta rota, de seguida, descrevemos, os três itinerários já traduzidos para esta língua.

Passeio literário Cândido Guerreiro: O poeta de Alte – Este passeio decorre na aldeia de Alte e as coordenadas da sua construção foram a biografia e os poemas de Cândido Guerreiro (3 dezembro 1871 - 11 abril 1953). Apesar de haver na aldeia diversas referências e homenagens a este poeta (ex. painéis de azulejos, um busto, um polo museológico com o seu espólio), antes da produção do itinerário não havia instrumento de leitura de alguns destes lugares, que os associasse a Cândido Guerreiro e que, por sua vez, permitisse aumentar o potencial de atração turística da aldeia, e promover o conhecimento deste autor.

Assim, depois de um trabalho de pesquisa sobre o poeta e a sua aldeia, de visitas à aldeia para identificar os lugares do autor, entrevistar habitantes locais, ler os textos literários nos locais de paragem, produzimos um itinerário linear, com sete pontos de paragem, com um 1,5 km de extensão. De forma a que os visitantes possam realizar autonomamente o passeio, a brochura do *Passeio literário Cândido Guerreiro: O poeta de Alte* está atualmente disponível no portal do Museu de Loulé.¹

Passeio literário do Ameixial – Este foi o segundo itinerário que desenhamos e, ao contrário do que sucedeu em Alte, não havia um autor que fosse o mote para a sua construção. Assim, nesta aldeia da Serra do Caldeirão, o desafio foi o de encontrar uma outra pedra de toque em torno da qual contruíssemos um percurso coerente. Deste modo, após a visita à aldeia, o nosso objetivo passou a ser mostrar a serra algarvia e a vida na serra algarvia através do filtro das palavras daqueles que sobre ela escreveram. O produto deste trabalho de pesquisa e seleção é um itinerário linear, de 4 km, com sete pontos de paragem e um grau de dificuldade fácil, como sucede, aliás, em todos os nossos itinerários até agora construídos. Todavia, e ao contrário do

¹ <http://www.museudeloule.pt/pt/agenda/12323/passeio-literario-candido-guerreiro-o-poeta-de-alte.aspx>.

aconteceu em Alte, há alguns pontos de paragem assinalados fora da aldeia, nos campos que a circundam (ex. os moinhos de vento abandonados e as alfarrobeiras, num dos pontos altos em redor da aldeia).

Passeio literário do promontório de Sagres – este é o terceiro itinerário já traduzido para francês, e foi, em grande parte, concebido pelas investigadoras Joana Afonso Dias e Paula Martins. Aqui, os motes para a construção do passeio foram os Descobrimentos Marítimos portugueses, o seu mentor – o Infante Dom Henrique – e a beleza natural.

A definição dos pontos de paragem deste itinerário foi, de certo modo, mais célere do que nos dois casos anteriores, pois, de alguma forma já são indicados pelos mapas disponibilizados na Fortaleza. O processo resultou, então, num percurso pedonal circular, que acompanha o perímetro da fortaleza, de sensivelmente 2 km.

Na próxima secção, descrevemos o processo de tradução destes 3 itinerários e os desafios que o acompanham.

3. O processo de tradução para francês

Nesta secção, o objetivo é analisar o processo de tradução, pois a partir do momento em que contactámos com os textos a traduzir, rapidamente ficou claro que não se tratava da tradução de brochuras turísticas com textos de funções essencialmente persuasiva e informativa (Agorni, 2012, p.10). Tratava-se, sim, de textos com citações de especialistas, de textos técnicos e com textos literários (prosa e poesia) de vários autores, incluindo um prémio Nobel.

Esta premissa conduziu-nos a um conjunto de reflexões organizadas em torno dos desafios e das opções deste trabalho de tradução, que apresentamos em seguida.

3.1. Traduzir sem trair

O tradutor não é fiel nem transparente (a este propósito, recordamos a expressão do século XVIII “les belles infidèles” utilizada para designar as traduções de textos antigos, insinuando que a tradução é sempre infiel à língua de partida e feita em função do seu uso na língua de destino e a sua função é interpretar, fazer conexões e criar passagens entre idiomas e vários universos.

Nesse vasto quadro, o primeiro passo que o tradutor deve tomar é identificar o(s) tipo(s) e género(s) de texto(s) a traduzir, pois esses irão,

indubitavelmente, condicionar as estratégias de tradução.

A questão das tipologias textuais (géneros, discursos ou textos), da rigidez das tipologias, da multifuncionalidade dos textos e das suas funções prioritárias tem sido amplamente debatida, mas aceitamos que os tipos de textos correspondem a tipos de discursos e que os textos que traduzimos, no projeto da RLA, são principalmente informativos, expressivos e injuntivos, retomando a terminologia de Reiss (2000, p.27) na sua abordagem tipológica da teoria da tradução. Ou seja, a intencionalidade ou a função comunicativa de um texto influencia as formas morfosintáticas e sua gramática textual. Por exemplo, a escolha das formas para indicar o caminho foi essencialmente condicionada pela clareza e pela geografia dos locais das visitas, e não pela subjetividade das tradutoras. Um texto informativo exige uma linguagem reconhecida coletivamente na língua de chegada de modo a que haja uma compreensão inequívoca. Por sua vez, o texto literário exige que a tradução não traia os valores estéticos e não escamoteie a criatividade dos autores. Traduzir Sophia de Mello Breyner, cuja vida é feita de uma complexa escrita poética é totalmente diferente de traduzir o universo rural e masculino do poeta mais diletante Cândido Guerreiro. Em todo o caso, nada poderá autorizar o tradutor a omitir os elementos que caracterizam os tipos de textos que constam no projeto da RLA.

As características da RLA não correspondem aos atributos de discursos turísticos tal como são enunciados por Dann (1996, pp.62-65): monológicos, intemporais, anónimos, entre outros. A forte componente literária e científica dos seus textos dirige-se particularmente a um público que não é apenas o turista balnear. Relembramos que o público-alvo da RLA é constituído por técnicos de turismo, turistas amantes da leitura, turistas curiosos e visitantes apreciadores de cultura. Ou seja, o público será, ao mesmo tempo, um alvo de sensibilização ou introdução aos patrimónios natural e cultural do Algarve, mas também, alguém que poderá estar à procura de conhecimentos literários de qualidade. Por estas razões, a tradução irá navegar entre uma cultura partilhada e uma cultura mais erudita.

Dito isso, optámos por uma perspetiva mais pragmática da tradução e em conformidade com o que é preconizado pelos teóricos da se-

gunda metade do século XX, (Fournier-Guillemette, 2011, p.84), evitando literalismos e regras de tradução rígidas. De facto, dada a diversidade dos autores e dos públicos, e a necessidade de ir ao encontro dos objetivos do projeto, é difícil para o tradutor fazer simultaneamente uma leitura profunda do universo dos autores e tornar os textos literários traduzidos acessíveis para leitores francófonos. Com efeito, consideramos imperativo manter a beleza e a eficácia comunicativa que caracterizam a RTA.

3.2. Os desafios para as tradutoras

Neste ponto do artigo, registamos três dos maiores desafios colocados pela tradução dos textos da RLA.

3.2.1. A heterogeneidade dos discursos

Cada itinerário apresenta uma diversidade de textos que implica diversas técnicas e metodologias de tradução: textos expressivos com sequências poéticas e de prosa, textos informativos com sequências narrativas, descritivas e explicativas, textos injuntivos com sequências explicativas.

Nestes casos, o principal desafio é respeitar as características destes diferentes textos e também traduzir a atmosfera estrangeira que se encontra noutra língua, num poema ou num episódio histórico. Por exemplo, como traduzir arcaísmos da língua portuguesa para a língua francesa de hoje em frases como: “...esprimentou não ter impedimento nas orinas mas felicidades.”? (in Martins, 2004, p.427) Aqui, optámos por eliminar arcaísmos e explicar significado, esclarecendo o leitor/turista. Como traduzir paisagens, lugares, sentimentos e torná-los familiares para os leitores? Como fazê-lo sem perder a sua “estranheza”? Nesses casos recorreremos, por vezes, a formas menos usadas na língua de chegada. Por exemplo, “bulot” é o termo usado em francês pelos *gourmets*, pescadores e conhecedores do mar. Já para o comum dos leitores, “coquillage” seria a palavra mais vulgar, mas também demasiado genérica. Nesses casos, para guardar o efeito de descoberta de diversos elementos (objetos e expressões) que usam o “búzio” como parte constitutiva, escolhemos a palavra “bulot”, em vez de “coquillage”.

Nos documentos que nos apresentaram, tal como em qualquer tipo de texto, as dimensões literárias e poéticas devem ser permeáveis às dimensões naturais e históricas dos lugares a visitar e preparar para uma viagem que alia cul-

tura erudita e cultura local, sem nunca criar um discurso “didatizante”. Citando uma expressão de Galisson (1991, p.119), a língua de partida “porte naturellement” um património que a língua de chegada ignora, mas que a tradução deve tornar mais natural na língua de chegada. Para ilustrar este aspeto, relembramos uma das expressões que considerámos mais difíceis de traduzir: “ondas-cães”. Ao traduzir para francês por “vagues-chiens”, a expressão perde por completo a noção que só alguém familiarizado com o mundo do mar reconheceria e também as conotações que apenas um português reconheceria. Optámos por traduzir unicamente o significado encontrado na imagem, o de um mar bravo, e traduzimos por “vagues folles”, abandonando a expressão “o mar feito num cão” que está na origem da imagem, mas refletindo a expressão francesa “comme un chien fou”.

3.2.2. A heterogeneidade dos assuntos

O segundo desafio é o entendimento de diferentes domínios, glossários e conhecimentos: especificidades regionais e locais, como “sem búzios nos mastros” falando de um moinho, que apresenta objetos e conchas presas nas suas velas; especificidades geológicas (lousa, grauvaque...); especificidades históricas e identitárias (como sejam os Descobrimentos ou a figura de Viriato para homenagear os pastores da Serra do Caldeirão), e especificidades civilizacionais e culturais (divisões administrativas e traços arquitetónicos, por exemplo).

Entender em profundidade e transpor elementos e marcos de civilização para uma língua de chegada constitui um desafio complexo (Lederer, 1994). De facto, para que nós, enquanto tradutoras, não transformássemos a RLA num conjunto de textos didáticos, hesitámos entre apenas interpretar ou disponibilizar complementos informativos. Assim, questionámo-nos se seria melhor optar pela palavra *canton* em vez de *département* para traduzir a palavra *concelho*; também nos interrogámos como poderíamos restituir por exemplo a carga das palavras “serra” e “azulejos” em francês sem definir, numa nota, o sistema territorial português, as características decorativas portuguesas, a geografia ou as paisagens do Algarve? E como nos deveríamos referir a Henrique, O navegador? Será que deveríamos adaptar ou manter a mesma designação ao longo do texto para evitar dúvidas e confusão durante a caminhada do leitor/visitante francês? E qual a designação

mais familiar para um público francófono, mas que não traísse as referências incluídas na RLA?

Todas as palavras são “culturais” mas a “carga cultural” varia (Galissou, 1991, p.120). A dificuldade para as tradutoras será então aliar o significado e a carga cultural para criar sentido e facilitar a leitura pelos públicos francófonos. A carga cultural será acessível, logo que seja adaptada.

No processo de transpor elementos regionais e no contexto contemporâneo de transição de uma cultura textual para uma cultura visual, mencionamos aqui o papel das fotografias nos textos dos itinerários, não apenas como elementos visuais da comunicação turística envolvidos na construção da “narrativa”, mas como uma forma de comunicação direta dos elementos da paisagem. Assim, relativamente à flora local desconhecida para o público francês, as fotografias do itinerário ajudam a perceber a representação da flor branca da esteva (“até desfraldar a branca bandeira do seu cântico”) ou do medronho maduro que “estimula a vista” e cujos frutos “incendeiam os beijos dos pastores.”

3.2.3. A multiplicidade de autores

Como afirmámos previamente, os textos em língua portuguesa apresentam várias sequências de textos e de autores de natureza diferente. Na nossa função de tradutoras, respeitámos o eco da multiplicidade das vozes de cada itinerário, ao mesmo tempo que cada autor nos obrigou a entrar no seu mundo e no seu modo de expressão próprio. Essa multiplicidade obrigou-nos a reconhecer os nossos limites. Apenas um conhecimento íntimo e uma pesquisa exaustiva sobre cada autor e o seu contexto de produção podem garantir uma tradução sem falhas. A tradução da poesia, mais que qualquer outra, constitui um desafio, mas a tradução de citações de historiadores revelou-se também complexa. Quando a intertextualidade interfere, a tarefa fica ainda mais complexa e, em alguns casos, mesmo impossível. Por exemplo, qual a melhor forma de traduzir “naus a haver”? Optámos por traduzir por “navires en devenir”, respeitando mais o ritmo do poema do que a história das palavras ou da sua intertextualidade. Neste caso, por via da tradução, o texto original sofreu uma perda, mas, ao mesmo tempo, ganhou em clareza para um leitor não treinado, evitando o recurso a uma complexa nota didatizante.

3.3. Metodologia do trabalho de tradução

Para delimitar a tarefa das tradutoras é necessário recordar os tipos de texto usados nos itinerários, as referências culturais, bem como os lugares, as suas especificidades, os leitores e as suas próprias referências, o universo dos autores e os objetivos do projeto, o que exige um trabalho linguístico metuculoso e a mobilização de muitas competências socioculturais. Podemos assim falar de um processo de constante negociação e de afinação intuitiva. Na prática, adotámos um sistema de “aller-retours” (“avanços e recuos”):

- (i) entre o lugar e o ecrã: deslocação até aos locais de modo a evitar mal-entendidos de interpretação, erros de localização, e para “sentir” os lugares. Esta prática resulta em duas versões (uma de cada tradutora);
- (ii) entre as duas tradutoras: leitura e correção dos trabalhos de ambas as tradutoras. Deste processo de negociações e tomadas de decisão resultam, por vezes, novas redações, uma terceira versão;
- (iii) entre o significante e o significado: consultar as autoras do itinerário e fazer uma leitura atenta e pormenorizada para chegar a uma versão considerada final. Em algumas passagens menos consensuais é necessário negociar o sentido e a aceitabilidade cultural na língua de chegada. Uma quarta versão é produzida no final desta fase;
- (iv) entre a língua portuguesa e a língua francesa: é fundamental ter em conta as interferências do português no francês. Normalmente, por uma questão de estilo, ritmos e sentido, a versão francesa do itinerário sai mais curta que a versão portuguesa. Neste momento, há uma quinta versão já mais próxima da versão final;
- (v) entre exatidão e fluidez do texto: última leitura e retoques. Nesta fase, pode-se ignorar por completo a versão portuguesa da narrativa do itinerário. Deste último momento sai a sexta versão da tradução que, em princípio, é a definitiva.

Recentemente, estamos a considerar a hipótese de testar as versões em língua francesa junto de um público francófono, a Union des Français de l’Etranger, tanto para melhorar a tradução das narrativas que acompanham cada um dos itinerários da RLA, como para aumentar a difusão da cultura portuguesa regional e nacional.

Conclusões

Estamos convictas de que a Rota Literária do Algarve poderá contribuir para promover o conhecimento do património literário associado a esta região, reforçar a sua identidade cultural e literária e, simultaneamente, alargar a oferta de produtos e experiências de turismo cultural disponíveis para quem a visita. Com efeito, a associação entre textos literários e determinados lugares da região do Algarve viabiliza a ressignificação deste espaço e a alteração a percepção desta paisagem, quer a dos visitantes quer, mes-

mo, a dos habitantes locais (o que se traduz no potencial educativo destes itinerários).

No que refere à tradução dos textos, sobressai a importância de estabelecer o equilíbrio entre o texto original e a versão em língua estrangeira, o equilíbrio entre questões de língua e questões de cultura; o equilíbrio entre as culturas implicadas na tradução; o equilíbrio entre os estilos das tradutoras. Estes resultarão num compromisso entre rigor e estética e na eficácia da comunicação no contexto de comunicação literária e turística.

Bibliografia

- Agorni, M. (2012). Questions of mediation in the translation of tourist texts. *Altre modernità*, 7, 1-11.
- Dann, G.M.S. (1996). *The language of tourism. A sociolinguistic perspective*. Wallingford: Cabi International.
- Fournier-Guillemette, M.-P. (2011). “La traductologie; entre littérature et linguistique”, *Postures, Dossier “Intertextualités/ Penser la bibliothèque”*, 13, Disponível em <http://revuepostures.com/fr/articles/fournier-guillemette-13>
- Galisson, R. (1991). *De la langue à la culture par les mots*. Paris: Clé International.
- Lederer, M. (1994). *La traduction aujourd’hui: Le modèle interprétatif*. Paris: Hachette.
- Matos, N. (2014). *The impacts of tourism experiences in the destination image. A marketing perspective* (Tese de doutoramento). Faro: Universidade do Algarve - Faculdade de Economia.
- Martins, L. (2004). Memórias paroquiais do concelho de Loulé. *Al-úlyá*, 10, 387-435.
- Reiss, K. (2000). *Translation criticism, the potentials and limitations: Categories and criteria for translation quality assessment*. (Translated by Erroll F. Rhodes). Manchester, St. Jerome, New York: American Bible Society.
- Richards, G. (2018) Cultural tourism: A review of recent research and trends. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 36, 12-21.

Carla Fonseca Tomás¹

OMNIA 9(2) pp. 25-34

Recebido 28-3-2019

Aprovado: 6-8-2019

Publicado 10-10-2019

UM REFÚGIO SAGRADO Representações de Deus e vinculação ao Divino

Resumo: A forma como as pessoas veem e se relacionam com Deus é uma parte importante da sua experiência religiosa. Aqueles que creem na existência duma entidade Transcendente, principalmente em contextos monoteístas, carregam em si uma imagem internalizada deste Ser Superior com quem interagem frequentemente ao longo da sua vida, nomeadamente em momentos problemáticos, que testam os seus limites e desafiam os seus recursos adaptativos. Nestas alturas, Deus pode desempenhar o papel de figura de vinculação, Alguém mais sábio e poderoso, que fornece um porto seguro e uma base protetora a que regressar após cada adversidade. Ao longo deste artigo pretende-se fazer uma revisão teórica dos conceitos de representação de Deus e vinculação ao Divino, explorando ainda a sua relação com a saúde e o bem-estar.

Palavras-chave: Imagem de Deus, conceito de Deus, vinculação, saúde, bem-estar.

A SACRED REFUGE God Representations and attachment to the Divine

Abstract: The way people view and relate to God is an important part of their religious experience. Those who believe in the existence of a Transcendent entity, especially in monotheistic contexts, carry within themselves an internalized image of this Higher Self with whom they frequently interact throughout their lives, especially at problematic times that test their limits and challenge their adaptive resources. In these times, God can play the role of an attachment figure, someone wiser and more powerful, who provides a safe haven and a protective base to return to after every adversity. Throughout this article we intend to make a theoretical revision of the concepts of God's representation and relationship to the Divine, exploring also its relation to health and well-being.

Keywords: God's image, God's concept, attachment, health, wellbeing.

¹ **Técnica Superior de Psicologia do Ministério da Educação**
Docente do ISMAT – Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes
Doutorada em Psicologia pela Universidade da Extremadura (Espanha)
Mestre em Psicologia da Educação pela Universidade do Algarve
Licenciada em Psicologia pelo ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada
ORCID ID: 0000-0002-3373-6474 (e-mail: cmftomas@gmail.com)

Introdução

Uma ideia proeminente na literatura psicológica é que cada pessoa contém em si representações de Deus, que lhe permitem estabelecer uma ligação com diferentes gradações ao Divino, que em momentos de dificuldade pode aparecer como uma figura de apoio e suporte, desempenhando então o papel de uma figura vinculativa (Counted & Moustafa, 2017; Johnson *et al*, 2016; Rasar *et al*, 2013).

Através da vinculação, o ser humano encontra no seu cuidador um porto onde se abriga das dificuldades inerentes à vida e restaura o seu sentido de segurança. É também através destas experiências que vivencia que se percebe e reconhece as características distintivas entre si e o outro que serão, posteriormente, embriões das representações mentais que facilitarão a compreensão e a interação nas relações sociais. Da presença de um outro disponível e cuidador depende o bem-estar psicológico dos indivíduos. Quando isto ocorre e estamos perante vinculações seguras, observa-se um florescimento de características psicológicas típicas de desenvolvimentos positivos como os afetos positivos, as competências sociais, a autoestima, a resiliência, o sentido da vida ou o otimismo. Pelo contrário, quando o historial é de cuidadores insensíveis ou inconstantes, desenvolvem-se vinculações inseguras, que são promotoras de trajetórias desadaptativas como são exemplo psicopatologias como a depressão ou a ansiedade (Granqvist & Kirkpatrick, 2008, 2014).

Deus, principalmente em contextos religiosos monoteístas, apresenta características que o tornam uma figura de vinculação adequada. Pelas suas qualidades de onnipotência, onisciência e omnipresença, Deus revela o Seu poder e nesse sentido, constitui-se como um outro mais forte e mais sábio, potenciando os sentimentos de segurança e conforto nos crentes que o procuram em momentos de emergência (Granqvist & Kirkpatrick, 2008; Kirkpatrick, 2005).

Representações de Deus

Apesar de Deus ser considerado tradicionalmente como o Ser Supremo, a tendência das pessoas para humanizar e personalizar o Divino tem sido observada em muitas culturas e pe-

ríodos históricos, como os antigos Egípcios cujas divindades exibiam pensamentos, emoções e motivações similares aos humanos, o antropomorfismo da mitologia Grega ou ainda a presença nas principais religiões monoteístas (Cristianismo, Judaísmo, Islamismo) dum conceito de Deus que se acompanha de traços distintamente humanos (Meijer-Van Abbema & Koole, 2017).

Dentro da literatura sobre as representações de Deus há uma ambiguidade semântica envolvendo termos relacionados com o Transcendente como imagens de Deus, conceitos de Deus, esquemas de Deus e representações de Deus (Davis *et al*, 2013).

Rizzuto (1974, 1979, 1991, 1993, 2001) foi uma das autoras pioneiras a estudar a natureza e os mecanismos através dos quais a imagem do Divino se estabelece internamente nos sujeitos. Para ela, há uma experiência básica que dá origem aos comportamentos que denominamos de religiosos, que é a crença na existência externa de “Algo” que significamos como Deus, e a forma como cada um vê este Deus pode ser tão variada quanto as próprias experiências religiosas.

Então, o termo religião implica por si próprio a suposição de que há um Deus ou Deuses com quem os seres humanos se relacionam. É este vínculo com o Transcendente, suportado na crença de que existe uma Divindade ou Divindades, que torna o comportamento dos sujeitos de cariz religioso, em oposição a um comportamento meramente social.

Esta teoria, baseia-se na perspetiva das relações objetais, que defende que as relações de objeto são representações constantes e internalizadas das relações com outros significativos. Realça-se, contudo, que esta é um tipo especial de relação de objeto, na medida em que Deus é experienciado, pelo crente, como um ser vivo, real e existente, apesar de não poder ser submetido ao exame do teste da realidade. Ou seja, Deus não é apreendido pelos sentidos, como qualquer outro ser humano é. Uma outra qualidade original do processo de sentir Deus como um ser vivo, é a sua capacidade para ser sentido como real, apesar de não entrar nas duas categorias que são o marco de referência para todas as experiências dos seres vivos – o tempo e o

espaço. Deus, onnipresente e intemporal, é ainda assim sentido como estando dentro dos sujeitos, no Céu ou em toda a parte, e presente na vida do sujeito desde sempre, agora e para sempre (Braam *et al.*, 2008; Hoffman, 2005; Rizzuto, 1974, 1979).

Nesse sentido, Rizzuto (1970, 1979) postula que, psicologicamente falando, não há nenhuma realidade externa chamada Deus que dê *feedback* ao crente, mas uma abundância de sinais e símbolos indiretos que são interpretados como provenientes de Deus. Contudo, a pessoa religiosa não sente Deus como um símbolo ou um sinal, mas como um ser vivo cujos sinais está a interpretar. Daqui resulta que para esta autora, a personificação de Deus é um processo puramente interno que ocorre na *psique* do crente.

Vários autores, a partir dos pressupostos de Rizzuto, tentaram distinguir entre diferentes níveis de entendimento e experiência de Deus. Uma distinção fundamental foi aquela que foi feita entre conceito de Deus – uma compreensão mais intelectual, conceptual e teológica de Deus – e a imagem de Deus, que refletiria um entendimento emocional e experiencial de Deus (Davis, Moriarty & Mauch, 2013; Dezutter *et al.*, 2010; Gibson, 2012; Hoffman, 2005, 2010; Nelson, 2009; Rasar *et al.*, 2013; Rizzuto, 2005; Zahl & Lawrence, 1997).

O conceito de Deus é uma definição mais direta. É uma forma acima de tudo racional de ver Deus, baseada naquilo que a pessoa aprendeu sobre o Divino. Este entendimento cognitivo de Deus é fortemente influenciado pelos conteúdos aprendidos dos pais, dos líderes espirituais, dos livros, dos amigos. O conceito de Deus é um fenómeno fundamentalmente consciente, que emerge a partir de qualquer ensinamento, leituras, sermões litúrgicos que foram apresentados ao sujeito. Deus é então descrito por meio das palavras e dos símbolos que o meio proporciona. Estamos assim, perante um Deus já feito, que pertence e se identifica com uma determinada cultura. Duma forma mais sintética, podemos então dizer que, o conceito de Deus é o conjunto de ensinamentos variados, que o sujeito recebeu e que foram integrados numa compreensão intelectual, mais ou menos coesa sobre o que é Deus (Braam *et al.*, 2008; Davis *et al.*, 2013; Dezutter *et al.*, 2010; Hoffman, 2005; Lawrence, 1997; Rizzuto, 1970, 1979, 2005; Zahl & Gibson, 2012).

Já as imagens de Deus são representações mentais carregadas de afetos que estão na base das experiências emocionais com o Divino, envolvendo um conhecimento relacional implícito que guia a forma como as pessoas experienciam Deus (Rasar *et al.*, 2013). Neste sentido, a imagem de Deus é mais complexa por causa da sua natureza emocional e experiencial. Esta forma de entender Deus baseia-se então principalmente nas vivências que o próprio faz do Divino, e por isso é denominada como conhecimento do coração em contraposição ao conhecimento racional associado ao conceito de Deus (Davis *et al.*, 2013; Hoffman, 2005; Rizzuto, 1970, 1979).

Rizzuto (1970, 1979), defende então a coexistência dos dois construtos – imagem de Deus e conceito de Deus – que interagem e se interrelacionam na experiência religiosa geral do indivíduo, apesar de virem de fontes diferentes. Denomina ainda a junção do conceito de Deus e imagem de Deus como representações de Deus, reforçando ainda que os aspetos emocionais da relação com Deus podem desdobrar-se em imagens de Deus positivas ou negativas, sendo o tipo de valoração dado pelo sujeito à sua experiência do Divino relevante para o seu bem-estar (Braam *et al.*, 2008).

A imagem de Deus encontra-se separada de outras imagens internalizadas na psique dos indivíduos – como a autoimagem- embora possa afetá-las e ser afetada por elas, na medida em que a imagem de Deus emerge a partir de várias fontes (intrapíquicas, relacionais e culturais) e, por outro lado, para a pessoa crente, uma relação com Deus é tão real quanto as outras relações interpessoais que estabelece no seu quotidiano, pelo que, a forma como esta se desenvolve tem um impacto significativo no bem-estar individual (Nelson, 2009; Kézdy, Martos & Robu, 2013).

Deus como figura de vinculação

Aquando do nascimento, o ser humano, segundo Bowlby (1973, 1980, 1980^a), vem equipado com um sistema comportamental (vinculação), de origem biológica, e aperfeiçoado através da seleção natural, que tem como objetivo protegê-lo dos perigos do mundo externo, favorecendo assim a sua existência, através da aproximação a outros (figuras de vinculação),

capazes de proporcionar segurança e proteção face às ameaças (físicas ou psicológicas), o que permite ao sujeito adquirir gradualmente uma percepção do mundo como um local seguro e uma base para a sua autonomia e capacidade de exploração do meio (Beck, 2006; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver e Mikulincer, 2009).

Contudo, nem todas as relações de proximidade se constituem como relações de vinculação. As figuras de vinculação são indivíduos especiais no contexto de vida do sujeito que servem várias funções: porque são percebidos pelo próprio como mais fortes e mais sábios, são alvo de procura de proximidade em momentos difíceis, e a sua ausência (real ou imaginada) provoca no indivíduo fortes sentimentos de angústia. São vistos como “portos seguros”, aonde o sujeito pode recorrer em situações de emergência, pois fornecem-lhe, de uma forma consistente, proteção, conforto, suporte e alívio. Por fim, a figura de vinculação serve como base segura, permitindo ao sujeito desenvolver atividades de tipo não vincutivo, de uma forma tranquila, pois sabe que, em caso de necessidade, pode voltar a reunir-se à sua figura de vinculação (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2009).

Durante a fase inicial do ciclo de vida o papel de figuras de vinculação está habitualmente atribuído aos pais, avós, irmãos mais velhos, ou aos cuidadores em contexto educacional. Com a entrada na adolescência e mais tarde na vida adulta, dá-se uma progressiva expansão na variedade de parceiros relacionais que podem ocupar este lugar privilegiado, como os amigos, os colegas, os parceiros românticos, ou mesmo personagens simbólicas (Deus, Buda, Alá...), criando assim uma hierarquia das figuras de vinculação dos indivíduos, que se adequa a situações e contextos de vida específicos (Shaver & Mikulincer, 2009; Mikulincer & Shaver, 2007).

Então, em todos os momentos da existência humana, e especialmente em momentos onde existe um confronto com ameaças (reais ou imaginárias), o sistema de vinculação ativa-se e o indivíduo coloca em prática as estratégias de vinculação primárias, que consistem no restabelecimento da ligação (real ou simbólica) com uma figura de vinculação. Esta procura de proximidade persiste até que o sentimento de segurança seja restaurado, permitindo-lhe reto-

mar outras atividades do seu quotidiano não relacionadas com o sistema vincutivo (Beck, 2006; Granqvist *et al.*, 2012; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2009; Granqvist *et al.*, 2010).

Com a crescente complexificação cognitiva, o sujeito deixa de ter o imperativo da presença física da figura de vinculação para atingir um estado de segurança, bastando-lhe para isso as representações mentais que foi construindo ao longo do tempo. É neste contexto que se torna possível a vinculação com figuras invisíveis, como é o caso de Deus (Granqvist & Kirkpatrick, 2005, 2008). De facto, as relações estabelecidas pelo sujeito com Deus cumprem muitas das características das relações de vinculação e atingem igualmente muitos dos seus objetivos.

Dentro deste paralelismo entre vinculação humana e vinculação divina, encontramos vários aspetos em comum, como a centralidade da relação com o Divino, vivenciada comumente como uma relação pai-filho, pelas características afetivas e de desvelo que contém (Granqvist & Kirkpatrick, 2008; Kirkpatrick, 2005).

Em momentos críticos da sua existência, muitos indivíduos voltam-se para Deus em busca de apoio e do restaurar do equilíbrio na sua vida, procurando que o Divino cumpra a função de “porto seguro” típica de uma relação de vinculação (Bradshaw *et al.*, 2010; Granqvist & Kirkpatrick, 2008; Kirkpatrick, 2005;). A investigação tem demonstrado que esta percepção de emergência se situa em torno de algumas temáticas centrais, basicamente relacionadas com perdas (reais ou potenciais). Assim, entre os acontecimentos impulsionadores da busca de suporte encontram-se a doença, a incapacidade, a separação ou morte de um ente querido, ou uma adversidade grave do quotidiano. Estas situações frequentemente implicam ainda a ativação de mecanismos de *coping*, entre eles os religiosos/espirituais, que envolvem usar a espiritualidade – e as crenças e práticas a elas associadas – para lidar com situações difíceis (Pargament, 1997, 2013). Estas estratégias, no seu aspeto mais positivo, incluem mecanismos de intensificação relacional com o Divino, e a experiência do amor e apoio de Deus.

Para além disso, sendo Deus simultaneamente onnipresente, onnisciente e onnipotente, fornece uma base segura a partir da qual

os crentes podem explorar o mundo, sabendo que o Divino estará sempre disponível quando necessitarem do seu suporte.

Para se instituir uma relação de vinculação, não bastam estar presentes as qualidades de cuidador. É também necessário que se evidenciem comportamentos de busca de proximidade com o Transcendente, especialmente nos momentos de fragilidade do sujeito. A crença de que pode interagir diretamente com o Divino, e ser por ele protegido daquilo que o ameaça, baseiam os comportamentos de procura de contiguidade com Deus. Dentre estes comportamentos destaca-se a oração, que é a estratégia preferida dos crentes, provavelmente pela imediatez que confere ao contacto com Deus, e a percepção de estar a ser ouvido pelo Omnipresente. Outras estratégias utilizadas para eliminar a distância de Deus incluem a leitura de textos religiosos, rodear-se da presença de símbolos religiosos, a ida a espaços de oração, e a consciencialização permanente acerca da omnipresença do Divino (Granqvist & Kirkpatrick, 2008; Kirkpatrick, 2005, 2014).

Dentro dos critérios estabelecidos para definir uma relação de vinculação, aquele que é mais difícil de verificar na relação com o Divino, é o da ansiedade de separação. De facto, Deus não morre, nem se afasta dos seus adoradores. Contudo, este critério pode ser vislumbrado, por exemplo no receio manifestado por alguns devotos relativamente a um possível afastamento de Deus na vida pós-morte (Granqvist *et al.*, 2008; Kirkpatrick, 2005).

Deus cumpre assim basicamente na totalidade os pressupostos necessários para ser classificado como possível figura de vinculação, sendo percecionado pelos crentes como alguém mais forte e mais sábio, que os poderá ajudar e apoiar ao longo da sua existência. Adicionalmente, tendo em conta as suas características distintivas relativamente aos seres humanos (omnipresença, onisciência, onipotência, infalibilidade), podemos no limite afirmar que Deus se constitui como uma figura de vinculação ideal perante figuras de vinculação humana muitas vezes inadequadas (Bradshaw *et al.*, 2010).

É ainda expectável então que os modelos de funcionamento interno do sujeito, decorrentes

das relações vinculativas gerais, se apliquem na relação com o outro Divino, e que representações prévias de figuras de vinculação primárias disponíveis e cuidadoras se associem a imagens de um Deus benevolente e preocupado com as suas criaturas; pelo contrário, experiências com cuidadores iniciais distantes ou inconsistentes correspondem a percepções do Transcendente como Alguém inacessível ou inconstante nos cuidados com os humanos (Granqvist *et al.*, 2012).

Na literatura que associa a história vinculativa com o percurso religioso dos indivíduos, é consensual a existência de dois padrões, ou hipóteses explicativas, que os autores denominam de correspondência ou de compensação (Beck & McDonald, 2004; Birgegard & Granqvist, 2009; Eurelings-Bontekoe *et al.*, 2005; Granqvist & Kirkpatrick, 2004; Granqvist *et al.*, 2008; Granqvist *et al.*, 2010; Granqvist *et al.*, 2012; Hall *et al.*, 2009; Kirkpatrick, 2005; Miner, 2009). As percepções de Deus e das relações com o Divino são construídas a partir de experiências prévias em relações íntimas, pelo que os modelos internos de funcionamento (do eu e de Deus enquanto outro) devem estar relacionados com experiências passadas, nomeadamente com as relações estabelecidas com os cuidadores na infância (Granqvist *et al.*, 2012; Kirkpatrick, 2005).

Deste modo, dentre os indivíduos que experienciaram uma vinculação segura na infância, espera-se que desenvolvam com Deus relações que exibam atributos de segurança e afeto, similares aos experimentados com as suas figuras de vinculação primárias (hipótese correspondente). A relação com o Divino constitui assim, neste caso, uma continuação de outras relações de vinculação, partilhando com elas os mesmos padrões de funcionamento.

De referir ainda que este aspeto de correspondência, não se encerra na coincidência entre modelos de funcionamento interno, mas apresenta uma outra faceta que se denominou de correspondência socializada e que pretende descrever a elevada correlação encontrada entre as crenças e os valores religiosos dos indivíduos e os que apresentaram os seus pais. Defacto, os estudos demonstram uma relação entre o tipo de vinculação estabelecida e o per-

curso de fé dos indivíduos (Granqvist *et al.*, 2010; Granqvist *et al.*, 2012; Hall *et al.*, 2009; Kirkpatrick, 2005).

Assim em contextos vinculativos seguros, verificou-se que pais religiosos se associavam a proles mais religiosas, e pais não-religiosos tinham filhos igualmente menos religiosos. Inversamente, em histórias vinculativas inseguras constatou-se que a pais religiosos se associavam filhos pouco religiosos e que os níveis mais altos de religiosidade se encontravam na descendência de pais não-religiosos (Granqvist *et al.*, 2010; Granqvist *et al.*, 2012; Hall *et al.*, 2009; Kirkpatrick, 2005).

A hipótese de compensação, pelo contrário, propõe que os padrões de vinculação com os humanos não são equivalentes aos modelos de vinculação com Deus, presumivelmente porque Deus assume um papel de figura de vinculação substituta/compensatória, que oferece um amor incondicional, em histórias de vinculação insegura (Granqvist *et al.*, 2010; Granqvist *et al.*, 2012; Hall *et al.*, 2009; Kirkpatrick, 2005). Neste caso, os indivíduos, tendem a ter uma relação com Deus oscilante, de busca de proximidade em momentos de dificuldade, e algum afastamento em fases calmas da sua vida.

Verifica-se então que modelos internos de funcionamento seguros se associam a uma relação com Deus segura, relacionando-se com uma imagem de Deus disponível e amorosa, e que modelos internos de funcionamento inseguros coincidem com uma relação insegura com Deus, e com representações do Divino mais inconstantes (Cassiba *et al.*, 2008; Eurelings-Bontekoe *et al.*, 2005).

O envolvimento religioso apresenta assim expressões e motivações diferenciadas. Na hipótese compensatória, tem como função primária a regulação do *stress* e a manutenção dos sentimentos de segurança, procurando, através da relação com o Divino, atingir uma compensação emocional das falhas percebidas nas suas vinculações humanas. Estes indivíduos estão também mais predispostos a experienciar conversões súbitas dos que os seus homólogos que desenvolveram uma vinculação segura com Deus, principalmente em situações críticas da sua vida, e dentre estas as que se relacionam com perdas/afastamentos afetivos (Granqvist & Kirkpatrick, 2004; Kirkpatrick, 2005). No padrão correspondente, pelo contrário, são mais

frequentes históricos religiosos relativamente uniformes, onde a ocorrerem mudanças, estas têm um caráter gradual e refletem a adoção progressiva de standards religiosos relativos a outros significativos, confirmando a inter-relação entre os modelos de funcionamento das vinculações humana e divina (Granqvist & Kirkpatrick, 2004; Granqvist *et al.*, 2010; Kirkpatrick, 2005)

Representações de Deus e Vinculação ao Divino e a promoção de saúde e bem-estar

A imagem de Deus que o indivíduo transporta dentro de si, e a relação que estabelece com o Divino, são aspetos centrais da religiosidade que influenciam o seu comportamento, as atitudes, os pensamentos e as emoções. Para a pessoa crente, a relação com Deus é tão real quanto as outras relações interpessoais que estabelece no seu quotidiano, pelo que, a forma como esta se desenvolve tem um impacto significativo no bem-estar individual (Kézdy, Martos & Robu, 2013).

Assim, a presença duma imagem positiva de Deus pode oferecer um sentido aprofundado de coerência, compreensão da realidade e criação de significado, principalmente em momentos críticos (Tedeschi & Calhoun, 2004). Alguns autores (Dezutter *et al.*, 2010; Tung *et al.*, 2017;) realçam um conjunto de estudos que demonstram que as representações de Deus desempenham um papel importante na adaptação ao *stress*, e que representações de um Deus benevolente estão associadas a menor sofrimento psicológico, enquanto que as que tinham um teor negativo estavam associadas a maior sofrimento emocional. Park e Cohen (1993) descobriram também que os indivíduos que atribuíam eventos negativos da vida a um Deus amoroso, eram mais propensos a relatar reinterpretações positivas desses acontecimentos e subsequentemente maiores níveis de crescimento pessoal. Outros estudos (Braam *et al.*, 2008) mostram que imagens positivas de Deus, como Alguém apoiante, benevolente ou amoroso, estavam associadas com níveis mais elevados de bem-estar e valores mais baixos de sintomas depressivos. Já imagens negativas de Deus, visto como Alguém punitivo e controlador correlacionavam-se com níveis mais elevados de depressão ou *distress*. Por sua vez Nelson (2009) destaca que as imagens benevolentes de

Deus ajudam a lidar com os traumas da vida, na medida em que as qualidades relacionais positivas estão associadas a uma maior eficácia e tolerância ao *stress*, atenuando por isso os níveis experienciados de ansiedade.

É também através das relações que estabelece com as suas figuras de vinculação (entre elas Deus) que o indivíduo desenvolve percepções acerca do eu e dos outros, que lhe permitirão (ou não), fazer uma apreciação positiva das suas características, e aferir acerca da disponibilidade e responsividade do outro perante uma invocação do eu. É da consistência das ligações interpessoais que estabelece, que adquire a segurança necessária para explorar o seu contexto, e adquirir as competências que levarão à autonomia, ao autoconhecimento, ao estabelecimento de objetivos de vida, e ao desenvolvimento individual. Neste sentido, pode considerar-se que as dimensões do bem-estar psicológico são também, todas elas, passíveis de serem influenciadas pelo percurso vincutivo dos sujeitos.

De facto, a literatura é clara na ligação entre indicadores de saúde (física e mental), e uma persistência de experiências pessoais positivas com os outros, em interações nas quais o sujeito se sente compreendido e apreciado (Diener & Mc Gravan, 2008; Miner, 2009; Ryff, 2001). Indivíduos com histórias vincutivas seguras apresentam, de uma forma consistente, valores mais elevados em variáveis psicológicas como a autoestima, a saúde emocional, a resiliência, os afetos positivos, a iniciativa, a competência social e a concentração (Foy *et al.*, 2011; Wallin, 2007). Estes dados dão-nos conta da importância da presença de outros significativos, para um crescimento psicológico adequado, na medida em que, em episódios de dificuldade, permitem aos sujeitos acreditarem em si próprios e na existência do suporte necessário para conseguirem desfechos favoráveis. Com base nesses pressupostos, envolvem-se, com níveis de confiança mais intensos, nas atividades que promovem o seu desenvolvimento pessoal.

Ao transportar para outras relações o modelo relacional de vinculação segura, os sujeitos procuram interações positivas e agem ativamente na busca de suporte, diminuindo assim o risco de depressão, ansiedade e dificuldades interpessoais muito presentes nos estilos vincula-

tivos inseguros (Bradshaw *et al.*, 2010; Diener & McGravan, 2008).

Deus, ao cumprir as funções atribuídas às figuras de vinculação como ser um “porto seguro” e uma “base segura”, e ao apresentar-se disponível para as solicitações dos crentes, permite que sujeitos que acreditam ter com Ele uma relação pessoal apresentem valores mais baixos de solidão, mesmo em situações onde o suporte social está deficitário. Tendo em conta que as relações vincutivas suavizam os sentimentos de isolamento, a crença num Deus pessoal, disponível e carinhoso, e experiências intensas de encontro com o Divino, como a oração, têm mostrado uma correlação importante com medidas de bem-estar psicológico (Granqvist & Kirkpatrick, 2008).

Quem está vinculado de uma forma segura com Deus tem ainda apresentado níveis mais elevados de otimismo, satisfação com a vida, confiança, afetos positivos, agradabilidade e baixo neuroticismo. Pelo contrário, e em consonância com o que ocorre na vinculação em geral, relações vincutivas inseguras com o Divino estão associadas a valores mais altos em medidas de solidão, depressão e sintomatologia psicossomática (Bradshaw *et al.*, 2010; Granqvist & Kirkpatrick, 2008; Hill & Pargament, 2003).

Limitações e direções futuras

À semelhança daquilo que acontece na investigação sobre a vinculação em geral, verifica-se que uma vinculação segura com Deus é na generalidade promotora de bem-estar psicológico e contribui para um alívio do stress sentido pelos sujeitos (Granqvist & Kirkpatrick, 2008).

Apesar disso, levantam-se questões metodológicas nesta abordagem, que pela sua recente existência e limitada investigação, levam à necessidade de um maior esclarecimento e delimitação de conceitos. Nomeadamente, é importante perceber quão generalizável é a aplicação da teoria da vinculação à religião em geral? Até que ponto podemos replicar este modelo a religiões politeístas (por exemplo, o hinduísmo), ou não-teístas (por exemplo, o budismo)? De facto, na atualidade a resposta mais viável parece ser a da restrição desta teoria a religiões mono-teístas (foco central dos estudos realizados até ao momento), onde sobressai uma relação pes-

soal com uma figura de vinculação divina (Beck & Mc Donald, 2004; Kirkpatrick, 2005).

Uma proliferação de estudos a outras realidades de fé permitiria uma melhor compreensão deste fenómeno à luz de vivências relacionais e crenças diversificadas.

Contudo, são relevantes os resultados alcançados nas pesquisas que se debruçaram sobre o impacto desta relação Divina vinculativa, pelo que a intervenção psicológica não os deve descurar e o seu foco deve ser o de implementar

práticas que permitam potenciar esta relação, nomeadamente promovendo mudanças em representações de Deus desadaptativas e portadoras de sofrimento. De facto, a espiritualidade (concebida como uma relação estabelecida com o Transcendente) é uma dimensão importante na vida de muitos indivíduos, que os orienta na sua forma de agir e na sua visão do mundo, e nesse sentido não pode ser ignorada nos procedimentos que pretendem promover a saúde e o bem-estar individual.

Bibliografia

- Beck, R., & MacDonald, A. (2004). Attachment to God: attachment to God inventory, tests of working model correspondence and an exploration of faith group differences. *Journal of Psychology and Theology*, 32(2), 92-103. doi: 10.1177/009164710403200202
- Beck, R. (2006). God as a secure base: attachment to God and Theological exploration. *Journal of Psychology and Theology*, 34(2), 125-132. <https://doi.org/10.1177%2F009164710603400202>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol.2 - Separation anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980^a). *Attachment and loss. Vol.1 - Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980^b). *Attachment and loss. Vol. 3 - Loss sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Braam,A., Schaap-Jonker, H., Mooi, B., de Ritter, D., Beekman, A., & Deeg, D. (2008). God image and mood in old age: Results from a community-based pilot study in the Netherlands, *Mental Health, Religion & Culture*, 11(2), 221-237, doi: 10.1080/13674670701245274
- Bradshaw, M., Ellison, C., & Marcum, J. (2010). Attachment to God, images of God, and psychological distress in a nationwide sample of Presbyterians. *International Journal of Psychology of Religion*, 20(2), 130-147. doi: 10.1080/10508611003608049
- Counted, V., & Moustafa, A.A. (2017). Between God and self: exploring the attachment to God and authenticity/inauthenticity tendencies of South African Christian youths. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(2), 109-127. dpo: 10.1080/13674676.2017.1326476
- Davis, E., Moriarty, G., & Mauch, J. (2013). God images and God concepts: definitions, development, and dynamics. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(1), 51-60. doi: 10.1037/a0029289
- Dezutter, J., Luyckx, K., Schaap-Jonker, H., Büssing, A., Corveleyn, J., & Hutsebaut, D. (2010). God image and happiness in chronic pain patients: the mediating role of disease interpretation. *Pain Medicine*, 11(5), 765-773. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00827
- Granqvist, P., & Kirkpatrick, L. (2004). Religious conversion and perceived childhood attachment: a meta-analysis. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14(4), 223-250. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr1404_1
- Granqvist, P., & Kirkpatrick, L. (2008). Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy, and P. Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 906-933) (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
- Granqvist, P., Mikulincer, M., & Shaver, P. (2010). Religion as attachment: normative processes and individual differences. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 49-59. <https://doi.org/10.1177%2F1088868309348618>
- Granqvist, P., Mikulincer, M., Gewirtz, V., & Shaver, P. (2012). Experimental findings on God as an attachment figure – normative processes and moderating effects of internal working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 804-818.
- Granqvist, P., & Kirkpatrick, L.A. (2008). Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy and P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 906-933). New York: The Guilford Press.
- Hall, T.W., Fujikawa, A., Halcrow, S.R., Hill, P.C., & Delaney, H. (2009). Attachment to God and implicit spirituality: clarifying correspondence and compensation models. *Journal of Psychology and Theology*, 37(4), pp. 227-242. <https://doi.org/10.1177%2F009164710903700401>.
- Hill, P., & Pargament, K. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1941-1022.S.1.3>
- Hoffman, L. (2005). A developmental perspective on God's image. In R. Cox, B. Ervin-Cox and L. Hoffman (Eds), *Spirituality and psychological health* (pp.129-147). Colorado: Colorado School of Professional Psychology Press.
- Johnson, K.,Cohen, A., & Okun, M. (2016). God is watching you ... but also watching over you: The influence of benevolent God representations on secular volunteerism among Christians. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(4), 363-374. doi:10.1037/rel0000040

- Kézdy, A., Martos, T., & Robu, M. (2013). God image and attachment to God in work addiction. *Studia Psychologica*, 55(3), 209-214. doi: 10.21909/sp.2013.03.636.
- Kirkpatrick, L. (2005). *Attachment, evolution and the psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- Lawrence, R. (1997). Measuring the image of God: The God image inventory and the God image scales. *Journal of Psychology and Theology*, 28(2), 214-226.
<https://doi.org/10.1177%2F009164719702500206>
- Meijer-van Abbema, M., & Koole, S.L. (2017). After God's image: prayer leads people with positive God beliefs to read less hostility in others' eyes. *Religion, Brain & Behavior*, 7(3), 206-222.
<http://dx.doi.org/10.1080/2153599X.2016.1236033>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2009). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press.
- Nelson, J. (2009). *Psychology, religion, spirituality*. New York: Springer.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: The Guilford Press.
- Rasar, J., Garzon, F., Volk, F., O'hare, C., & Moriarty, G. (2013). The efficacy of a manualized group treatment protocol for changing God image, attachment to God, religious coping, and love of God, others, and self. *Journal of Psychology and Theology*, 41(4), 267-280.
<https://doi.org/10.1177/009164711304100401>
- Rizzuto, A.M. (1974). Object relations and the formation of the image of God. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 83-99.
- Rizzuto, A.M. (1979). *The birth of the living God: A psychoanalytic study*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rizzuto, A.M. (1991). Religious development: A psychoanalytic point of view. In F. Oser, and W.G. Scarlett (Eds.), *Religious development in childhood and adolescence* (pp. 47-60). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rizzuto, A.M. (1993). Exploring sacred landscapes. In M.L. Randour (Ed.), *Exploring sacred landscapes: Religious and spiritual experiences in psychotherapy* (pp.16-33). New York: Columbia University Press.
- Rizzuto, A.M. (2001). Does God help? What God? Helping whom? The convolutions of divine help. In S. Akhtar, and H. Parens (Eds.), *Does God help? Developmental and clinical aspects of religious belief* (pp. 21-51). Northvale: Jason Aronson.
- Shaver, P., & Mikulincer, M. (2009). An overview of adult attachment theory. In J. Obegi, and E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp.17-45). New York: The Guilford Press.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidences. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01
- Tung, E., Ruffing, E., Paine, D., Jankowski, P., & Sandage, S. (2017): Attachment to God as mediator of the relationship between God Representations and mental health. *Journal of Spirituality in Mental Health*, doi: 10.1080/19349637.2017.1396197
- Zahl, B., & Gibson, N. (2012). God representations, attachment to God, and satisfaction with life: a comparison of doctrinal and experiential representations of God in Christian young adults. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 216-230.
 doi: 10.1080/10508619.2012.670027

ENVELHECIMENTO ATIVO

Recomendações complementares ao exercício físico

Resumo: O fenómeno do envelhecimento tem assumido proporções consideráveis nas últimas décadas, pelo que deve ser olhado de forma global e multifatorial, considerando o trajeto individual e familiar, o emprego, a educação, a integração sociocultural, a saúde, a qualidade de vida e a dimensão cognitiva que relaciona a saúde com a vida. As estratégias promotoras dum envelhecimento ativo e saudável devem abranger todos os determinantes, incluindo a prevenção dos fatores de risco para a doença crónica, a promoção da capacidade funcional física e cognitiva, estimulando a adoção de estilos de vida mais saudáveis (exercício, alimentação, cessação de hábitos tabágicos ou de outros consumos), de modo a prevenir a restrição da participação ao longo da vida e a maximizar a capacidade funcional dos indivíduos, bem como a sua autonomia para se movimentar, autocuidar, satisfazer as necessidades básicas e conseguir tomar atitudes e decisões mais ativas, participativas e informadas a seu próprio respeito.

Palavras-chave: Envelhecimento, envelhecimento ativo, saúde, capacidade funcional, estilo de vida.

ACTIVE AGING

Supplementary recommendations to physical exercise

Abstract: The phenomenon of aging has assumed considerable proportions in the last decades and should therefore be looked at in a global and multifactorial way, considering the individual and family path, employment, education, socio-cultural integration, health, quality of life and the cognitive dimension that relates health to life. Strategies conducive to active and healthy aging should address all determinants, including the prevention of risk factors for chronic disease, promotion of functional and cognitive functional capacity, encouraging the adoption of healthier lifestyles (exercise, diet, cessation smoking or other consumption), in order to prevent the restriction of participation throughout life and to maximize the functional capacity of individuals, as well as their autonomy to move, self-care, satisfy basic needs and be able to take actions and decisions that are more active, participatory and informed about themselves.

Keywords: Aging, active aging, health, functional capacity, lifestyle.

¹ **Fisioterapeuta no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro**
Licenciada em Fisioterapia pela Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Coimbra
Mestre em Fisioterapia e Saúde Pública pela Universidade Nova de Lisboa
ORCID ID: 0000-0003-0122-8579 (e-mail: tomeana2@gmail.com)

O conceito de envelhecimento

O aumento da esperança de vida é um dos maiores triunfos da humanidade que surge em paralelo com os avanços tecnológicos da ciência e da medicina, mas constitui também um dos maiores desafios sociais e económicos que se colocam às sociedades desenvolvidas (WHO, 2002). O decréscimo da natalidade e os avanços da medicina moderna têm contribuído para o aumento da longevidade e para um consequente aumento da população idosa (DGS, 2006). Daí resultou o progressivo envelhecimento da população mundial, com o aumento da esperança de vida em muitos países, incluindo Portugal, o qual se traduz num aumento notório da proporção de pessoas com mais de 60 anos relativamente a outros grupos etários (INE, 2018; WHO, 2002). Os idosos em Portugal representam cerca de 16,5% da população, existindo uma esperança de vida à nascença de 80,3 anos, para as mulheres, e de 73,5 anos, para os homens (DGS, 2006). Por esse motivo, o envelhecimento é alvo de estudos diversificados, assumindo-se como um tema central de discussão na sociedade, a qual envolve a comunidade científica, os gestores, os políticos, os prestadores de cuidados de saúde e as mais diversas entidades e organismos (WHO, 2002).

O envelhecimento constitui uma parte natural do ciclo de vida, constituindo um processo complexo, individual, involuntário, multifatorial e inevitável, caracterizado por diversas variáveis nos domínios biológico/genético, psicológico, cultural e social, aliados à experiência pessoal e ao estilo de vida (OMS, 2015; Schneider & Irigaray, 2008). Pode por isso, ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial no quadro do ciclo de vida (WHO, 2015^a).

Dada a complexidade do envelhecimento e a variabilidade intra e interindividual, a sua definição é, porém, difícil. Por um lado, resulta de um processo contínuo sem transições muito nítidas durante o curso de vida, por outro, é assinalado por diferentes ocorrências que determinam descontinuidades sociais – ao nível da família e do trabalho, ligadas com a inatividade, a reforma ou a viuvez, muitas vezes associando-se também à inversão dos papéis sociais e familiares até então desempenhados, o que pode afetar a autoidentidade do idoso e alterar a própria definição de envelhecimento (Cabral e Ferreira, 2014).

Durante o processo de envelhecimento são frequentemente observadas alterações nas funções e nas capacidades dos indivíduos, tais como: um progressivo isolamento social, o surgimento de doenças físicas ou mentais, uma diminuição da elasticidade da pele e do volume encefálico, o declínio da capacidade visual e auditiva e outras perdas na capacidade funcional, assim como diminuição da reserva funcional orgânica associada ao aumento do risco de doenças degenerativas, os quais podem eventualmente resultar numa deterioração da qualidade de vida, da capacidade de adaptação a diferentes ambientes e numa diminuição das capacidades de resposta ao *stress* (Camozzotto, Godinho & Chaves, 2014; Schneider *et al*, 2008; WHO, 2015^a). Face a essas alterações, os idosos constituem um grupo vulnerável a algum grau de dependência dos familiares e/ou amigos, bem como das redes de suporte formal ou informal. Contudo, as perdas associadas ao envelhecimento que condicionam um certo grau de dependência nem sempre estão relacionadas com a idade cronológica do sujeito (OMS, 2015; Schneider *et al*, 2008).

A diversidade das necessidades de saúde dos idosos, que advêm no decurso da vida, frequentemente são modificáveis e estão muito ligadas quer com o seu estilo de vida – nomeadamente com a sua dieta e nível de atividade física – quer com o património genético de cada indivíduo. Concomitantemente, é distinto o envelhecimento no feminino ou no masculino, bem como o do sujeito que vive sozinho ou integrado no seio da família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, residindo em meio urbano ou em meio rural, no seu país de origem ou no estrangeiro, que se encontra ativo ou inativo e segundo a profissão que anteriormente desempenhava (DGS, 2006; OMS, 2005).

O processo de envelhecimento e os possíveis problemas de autonomia, fruto da redução de capacidade funcional, da vulnerabilidade social e dos inerentes desequilíbrios sociais e económicos (causados muitas vezes pelas carências ao nível da sustentabilidade dos sistemas de saúde) não devem, portanto, levar à estigmatização do envelhecimento como uma fase do ciclo de vida, negativa ou de insucesso (WHO, 2015^b). O envelhecimento deve, por tudo isto, ser olhado de forma global e multifatorial, considerando a vida familiar, o emprego, a educação, a integração sociocultural, a saúde e a qualidade de vida

(Cabral *et al*, 2014), devendo ser reposicionado e enfrentado de forma ativa, para ser bem-sucedido.

Envelhecimento ativo e bem-sucedido

O envelhecimento, como fenómeno dinâmico e complexo, resultado de mudanças profundas ao nível biopsicossocial e relacional, ambienta-se, portanto, saudável e autónomo durante o maior espaço de tempo possível. Muitas pessoas idosas, continuam mesmo a ser um recurso vital para as suas famílias e para a comunidade onde estão inseridos e continuam, *inclusive*, a trabalhar (WHO, 2002).

O olhar sobre o envelhecimento saudável deve abranger todos os idosos, incluindo os que convivem com a experiência de doenças crónicas (Beard *et al*, 2016). Este envelhecimento assumido positivamente é muitas vezes denominado como *envelhecimento ativo* e existem cada vez mais instituições e profissionais a dedicar a sua atenção no sentido de fomentar essa forma de envelhecer, a qual surge associada a um bom estado de saúde geral, à ausência de incapacidades funcionais, de alterações de humor ou de comprometimento a nível cognitivo, assim como a uma menor taxa de mortalidade e a uma menor suscetibilidade à doença (Camozzato *et al*, 2014).

O conceito de envelhecimento ativo assente numa abordagem intersectorial e multidisciplinar considera os seguintes pilares, valores e princípios: *segurança* (apoio a iniciativas e práticas de promoção do bem-estar e segurança dos idosos), *participação* (promoção de condições educacionais e de literacia, ambientais e sociais que facilitem e possibilitem a participação do idoso na sociedade), *saúde* (promoção de iniciativas de prevenção e controlo de doenças crónicas e morbilidades, no sentido de potenciar a autonomia do idoso) e *medição, monitorização e investigação* (na área do envelhecimento ativo e saudável, de forma a verificar se as necessidades estão a ser asseguradas, a avaliar o resultado das intervenções, a disseminar as boas práticas e a contribuir para a inovação nesta área), com o objetivo de garantir o bem-estar ao longo do envelhecimento, ou pressupondo o objetivo genérico de bom estado de saúde (DGS, 2017^a; OMS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota o termo *envelhecimento ativo*, como um

processo de desenvolvimento em que é assegurada a manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar no idoso e a otimização das suas oportunidades de levar uma vida saudável, participando em segurança na comunidade, mantendo nesta fase a sua anterior qualidade de vida (DGS, 2017^a; WHO, 2002, 2019).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) define envelhecimento ativo como “a capacidade de as pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia.” (OCDE, 1998, p. 92 cit. *in* Cabral *et al*, 2014).

A Comissão Europeia (CE) entende que o envelhecimento ativo se traduz pelo recurso a um conjunto de práticas relacionadas com “a educação e a formação ao longo da vida; o prolongamento da vida ativa; o adiamento da entrada na reforma, conseguindo que os idosos sejam ativos na reforma, reforçando as suas capacidades de forma a que preservem a sua saúde” (CE, 2002, cit. *in* Cabral *et al*, 2014).

O processo de envelhecimento bem-sucedido/ativo não se restringe à funcionalidade do idoso e não se pauta simplesmente pela ausência de limitações ou pelo declínio nas capacidades gerais, devendo ser olhado como um processo onde é possível construir habilidades de adaptação que permitirão vivenciar o envelhecimento da melhor forma possível (Beard *et al*, 2016; Camozzato *et al*, 2014). Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o máximo de tempo possível constitui, portanto, um desafio que depende e influencia diferentes fatores, (individuais, comportamentais, familiares, contextuais e sociais) refletindo-se positivamente na economia e nos indicadores da qualidade de vida de uma nação (DGS, 2006; WHO, 2002). Nesse sentido, surge então, a necessidade de políticas direcionadas para o envelhecimento que originem programas específicos de capacitação dos indivíduos para continuarem a usar e desenvolver o seu potencial à medida que envelhecem, prevenindo as incapacidades e doenças crónicas que podem surgir nesta faixa etária, por forma a promover um envelhecimento saudável (WHO, 2012).

Com esse intuito visando promover um envelhecimento ativo (bem-sucedido), agindo sobre os determinantes da perda de autonomia e independência, viabilizando um ganho em anos de vida com independência, surgiu em Portugal,

em 2004, o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, atualizado em 2006* que define a “adoção de estilos de vida saudáveis” e os “bons hábitos de saúde” como recomendações a adotar (DGS, 2006). A fim de dar cumprimento a esses mesmos objetivos, o Plano Nacional de Saúde (PNS) – revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015) – perspetiva metas específicas relacionadas com o envelhecimento, nomeadamente a redução da mortalidade prematura (≤ 70 anos) e o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade. Este PNS assenta em sete princípios orientadores na sua implementação: 1) *prevenção e controlo da doença*, 2) *promoção e proteção da saúde*, 3) *colaboração intersectorial*, 4) *capacitação dos cidadãos*; 5) *promoção de ambientes saudáveis*; 6) *divulgação e implementação de boas práticas* e 7) *fortalecimento da saúde global*, todos eles valorizando a promoção e a proteção da saúde, o aumento da qualidade de vida e os ganhos em saúde e bem-estar, com o consequente aumento da coesão social e da produtividade em todo o ciclo de vida (DGS, 2015), ou seja, a promoção para um envelhecimento ativo. Saliente-se também que o envelhecimento ativo exige que a sociedade não discrimine os sujeitos em função da idade, assumindo uma articulação diferente da atual entre a atividade e a reforma, e a formulação de programas de intervenção global realistas direcionados para enfrentar os problemas relacionados com o aumento da esperança de vida (Cabral *et al*, 2014).

Acrescente-se que as estratégias que mais contribuem para um envelhecimento ativo e saudável devem abranger todos os determinantes do envelhecimento e considerar o percurso anterior do idoso, a nível individual, familiar, social e ambiental, concomitantemente com as ameaças de fragilidade de saúde física e mental (Cabral *et al*, 2014; DGS, 2017^a; WHO, 2013). Por conseguinte, as políticas públicas devem considerar o potencial de bem-estar, segurança, inclusão e participação social do idoso, realçando, de igual forma, os aspetos físicos e mentais, mas também os sociais, devendo estender-se à gestão de aspetos ligados com o contexto envolvente do idoso, designadamente os espaços exteriores e os edifícios, os transportes, a habitação, assim como as oportunidades de participação e de inclusão social, bem como o acesso dos idosos à informação, ao apoio comunitário e aos serviços de saúde (Almeida, 2007; DGS, 2017^a).

Envelhecer de forma ativa e saudável implicará, portanto, não só a existência de boas condições de saúde, relacionadas com o ambiente físico e social em que habitamos, o qual pode incentivar e facilitar oportunidades, mas também decisões e comportamentos que condicionem a adoção de um estilo de vida saudável desde o início de vida, assim como a capacidade do idoso para participar na sua comunidade e/ou de beneficiar de um adequado apoio social com acesso a atividades de lazer e ao estabelecimento de relações positivas com os outros (OMS, 2015). Com efeito, todos estes aspetos constituem requisitos para um envelhecimento saudável e são uma condição essencial para um estado subjetivo de saúde e de bem-estar que além de prevenirem doenças crónicas e a maximização das capacidades individuais, contribuem para a manutenção da funcionalidade, a independência e a autonomia dos indivíduos nesta fase da vida (DGS, 2017^a).

Envelhecimento ativo e capacidade funcional

Como se referiu anteriormente, o envelhecimento surge muitas vezes associado a danos característicos que evoluem gradual e naturalmente e podem incluir: perdas de capacidade funcional, aumento do risco de doença, alterações no estilo de vida, diminuição da atividade e da capacidade física, declínio de capacidades gerais com comprometimento da habilidade do sujeito para realizar tarefas quotidianas como vestir-se sozinho, fazer compras, arrumar a casa, etc. (ACSM, 2006; OMS, 2015; Schneider *et al*, 2008; WHO, 2015^a). É pois importante reduzir os fatores que condicionam tais declínios, por forma a promover um envelhecimento mais saudável maximizando a capacidade funcional dos indivíduos, de modo a manter a sua capacidade para desempenhar os papéis pessoais e sociais, bem como a sua autonomia para se movimentar, autocuidar e para satisfazer as suas diversas necessidades básicas, continuando a aprender e a conseguir tomar decisões informadas a seu próprio respeito (WHO, 2015^b).

O envelhecimento ativo é um conceito multidimensional com uma forte relação com outros identificados na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), relacionados com a participação, a capacidade funcional, a independência e a capacidade para o desempenho de ati-

vidades (OMS e DGS, 2004) e está também interligado com os determinantes de saúde que potenciam o completo estado de bem-estar, em todas as vertentes, ao longo do ciclo de vida (Fontes, Fernandes & Botelho, 2010). Segundo a definição da CIF, a capacidade funcional depende da interação dinâmica ou da relação (complexa) entre a condição de saúde e os fatores contextuais (ambientais e pessoais) em que uma intervenção num aspeto pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos (OMS e DGS, 2004). Ou seja, a capacidade funcional refere-se à capacidade que a pessoa tem para decidir e agir de forma independente nas suas atividades de vida diárias (Matos *et al*, 2018). Sendo que a capacidade funcional ao longo do ciclo de vida dependerá da interação entre a capacidade intrínseca e os fatores ambientais (externos), referindo-se, por outro lado, aos atributos relacionados com a saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que valorizam (OMS, 2015).

No contexto de um envelhecimento ativo e saudável, no sentido do desenvolvimento de ações de prevenção de incapacidades de forma global, envolvendo a comunidade e potenciando os recursos existentes, importa então salientar a importância da sua promoção envolvendo múltiplos setores: saúde, educação, segurança social e trabalho, economia, justiça, planeamento e desenvolvimento rural e urbano, habitação, transportes, turismo, novas tecnologias, cultura e valores da sociedade e pessoais (DGS, 2006). Com a introdução da CIF, a saúde biológica, individual e social, são olhadas como o resultado da interação com o ambiente físico e social e ao nível das atitudes e, portanto, traduzem a importância do ambiente na funcionalidade do indivíduo e, conseqüentemente no seu envelhecimento (OMS, 2015). Da mesma forma, atualmente, o estado de saúde da pessoa é abordado segundo um conceito positivo, que considera os contextos ambientais, sociais e pessoais, relacionando as capacidades físicas com os fatores contextuais aos quais estão associados fatores de funcionalidade, os quais se considera, assim, resultarem do histórico completo da vida e do estilo de vida de uma pessoa (DGS, 2017^b). Nesse pressuposto, as alterações associadas ao envelhecimento referem-se às alterações estruturais e às funções do corpo que, em maior ou menor grau, condicionam as atividades e a participação das pessoas, bem como o seu envolvi-

mento em situações da vida diária, ou seja, a sua funcionalidade (Fontes *et al*, 2010), pois os “Fatores Ambientais/Contextuais” têm impacto direto sobre todos os componentes da funcionalidade (capacidade funcional) e da incapacidade (DGS, 2017^a). Assim, muitas vezes o declínio da funcionalidade está associado a condições de saúde/doença diversa, como: auto-perceção de saúde reduzida, acidente vascular cerebral, diabetes e doença cardíaca; fatores sociodemográficos (indivíduos do sexo feminino ou com 80 ou mais anos, em isolamento social, com baixa escolaridade ou baixo nível de literacia), síndromes depressivas, sedentarismo e poucas atividades diárias (Matos *et al*, 2018). Todavia, o envelhecimento saudável não pode ser definido apenas pelo cumprimento de critérios associados a um limiar específico de funcionalidade ou de saúde, constituindo algo mais complexo, enquanto processo individual e personalizado, onde cada experiência de envelhecimento é única, podendo ser entendida como mais ou menos positiva (OMS, 2005). Considera-se, portanto que “o envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015), almejando-se que o envelhecimento seja um *continuum* do ciclo de vida, de forma natural e saudável, e que se consiga viver o máximo de tempo possível de forma independente, no seu ambiente habitual, mantendo as capacidades sem restrições na funcionalidade (DGS, 2006).

Recomendações para além do exercício

Verifica-se, portanto, que o envelhecimento ativo depende não só do estado de saúde geral e das oportunidades de participação do idoso a nível social, mas também da assunção de estilos de vida saudáveis que, aliados a uma boa condição de saúde física e mental e a adequadas oportunidades de relacionamento com os outros, vão conferir ao idoso um sentimento de pertença e de reconhecimento social no enquadramento em que se insere (Cabral *et al*, 2014; Cavalcanti, Moreira, Barbosa & Silva, 2016).

Contudo, a maior parte das recomendações no sentido de se assegurar um envelhecimento saudável, bem-sucedido e funcional referem-se à relação do desempenho físico conseguido com a prática de atividade física ou exercício, como a caminhada, ginástica ou a atividade física total. Mas, como o estado de saúde e a qualidade de

vida dependem de diversos fatores – físicos, psicológicos, sociais e culturais, estes devem também ser tidos em conta para além do exercício e incluídos nas estratégias de intervenção (Lopes, Araújo & Nascimento, 2016). Será portanto fundamental assegurar, para além da mobilidade, a prevenção de patologias incapacitantes de evolução prolongada (desincentivando o consumo excessivo de álcool, a cessação de hábitos tabágicos, o controlo de fatores de risco de *stress* e do sedentarismo), a manutenção da funcionalidade cognitiva e a manutenção de papéis sociais e familiares significativos e gratificantes, bem como a prática regular de atividade física como forma de adoção de um estilo de vida mais saudável e de uma atitude mais ativa e participativa na promoção do autocuidado (Almeida, 2007; Cavalcanti *et al*, 2016; DGS 2006; OMS, 2015).

Apesar de o exercício físico não ser o único fator influenciador, sabe-se que melhora a funcionalidade do idoso e contribui para a manutenção da capacidade de autocuidado, assim como para a realização de atividades da vida diária, para uma adequada participação social e pessoal, fundamentais para um envelhecimento saudável, pois influencia as emoções dos idosos, melhorando-os também a nível cardiovascular, da força, da massa muscular; da densidade óssea, da estabilidade postural, do equilíbrio e da flexibilidade (ACSM, 2006).

Contudo, para além do incentivo à atividade física e ao exercício, é fundamental valorizar, incentivar e recomendar a participação formal e informal do idoso na vida cívica, familiar, cultural e religiosa, assim como incentivar a manutenção dos hábitos pessoais, sociais e culturais anteriores e o seu envolvimento em atividades de animação, de lazer e de ocupação dos tempos livres, individual e coletivamente – por exemplo, participando nas tarefas familiares tomando conta dos netos, participando em ações de voluntariado ou prolongando a sua anterior atividade profissional em novos moldes (DGS, 2017^a). Uma outra recomendação a sublinhar, paralela ao empenhamento ativo na manutenção da própria saúde e à adoção de hábitos de vida saudáveis, inclui seguir uma alimentação saudável, rica em fruta, legumes fibras e peixe, com pouco sal e pouco açúcar, sem abuso de bebidas alcoólicas, tabaco ou outras substâncias nocivas (Cabral *et al*, 2014).

O envelhecimento bem-sucedido impõe ainda outras recomendações, como a felicidade, a satisfação com a vida, a saúde psicológica, a prática de atividades de lazer autodeterminadas, dados os sentimentos de competência que decorrem do facto de o idoso lidar eficazmente com o seu ambiente nas atividades em que participa (Cabral *et al*, 2014; Cavalcanti *et al*, 2016). O envelhecimento ativo implica, portanto, um bom estado de saúde geral e está também relacionado com a forma como se ocupa o tempo e como as pessoas se relacionam umas com as outras. Será, então fundamental dotar as políticas públicas de estratégias concretas de promoção da saúde e prevenção da doença e de instrumentos suscetíveis de promover um envelhecimento ativo e saudável intervindo também ao nível dos fatores contextuais que envolvem o idoso, criando ambientes mais acessíveis, nomeadamente no acesso aos serviços de saúde e à educação em saúde, assim uma boa rede de cuidados continuados, paliativos e de saúde mental, facilitando de um modo geral a participação dos idosos em todas as atividades da comunidade (Cabral *et al*, 2014; DGS, 2017^a; OMS, 2009; OMS e DGS 2004).

Considerações finais

O envelhecimento humano deve cada vez mais ser entendido como um processo influenciado por diversos fatores impactantes e determinantes na forma com se envelhece. Se a forma como se vive influencia o modo como se envelhece, assim como a perceção subjetiva dessa trajetória, é então fundamental recomendar e promover um envelhecimento ativo que inclua, para além do exercício, a assunção de um papel ativo na forma como se vive e o envolvimento e a participação social, suportadas por uma efetiva rede de suporte e apoio ao idoso. Para tal, é preciso criar ambientes físicos e sociais que deem continuidade às suas vivências, combatendo o isolamento e potenciando a estimulação, a fim de retardar os estados de dependência, incapacidade ou restrição de participação que, muitas vezes, pontuam esta fase da vida (Cabral *et al*, 2014; DGS, 2017^a).

Deixando de ser vista como uma etapa do ciclo de vida em que predomina o declínio físico do indivíduo, o envelhecimento poderá ser encarado de modo mais positivo, como uma etapa propícia para novas conquistas e para a conti-

nuidade do desenvolvimento e da produtividade social, desde que criadas as condições para se atingir um máximo de longevidade com um máximo de competências, mantendo as capacidades funcional e de participação.

Para concretizar tais objetivos é necessário evoluir-se para uma mudança de paradigma acerca do envelhecimento, passando as experiências e os saberes acumulados ao longo da vida a ser vistos como ganhos que podem ser otimizados e utilizados em prol do próprio indivíduo e da sociedade. Nesta perspectiva, a velhice poderia passar a ser considerada uma fase boa da vida, deixando de tender a ser rotulada pelas perdas que inevitavelmente ocorrem, passando a ser sobretudo reconhecida pelos ganhos e transformações que também a caracterizam (Fernández-Ballestero *et al*, 2010; Schneider *et al*, 2008).

O envelhecimento ativo e saudável, preconizado pela OMS, deve, então, ser reconhecido como um processo natural, determinado por outros fatores para além da idade e dos cuidados proporcionados pelo sistema de saúde que não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis, tais como a prática de exercício ou de atividade física, mas inclui também outros determinantes: estilo de vida, ambiente familiar e social, saúde, assim como fatores psicológicos, ambientais, económicos, habitacionais, entre outros (WHO, 2002, 2013). Existem ainda outros fatores preditivos de um envelhecimento ativo, a considerar: os níveis de escolarização, um estatuto socioprofissional ou de rendimento mais elevados, seguidos por um bom estado de saúde geral e por um maior grau de participação social (Cabral *et al*, 2104).

A fim de se alcançar um estado positivo de saúde no envelhecimento, uma resposta de saúde pública ao envelhecimento deve, por isso, considerar não só as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade, mas também as estratégias que reforçam a capacidade de resistência do idoso e a sua adaptação a essa fase natural no ciclo de vida (OMS, 2015, WHO, 2015^b). Note-se que o estado de saúde positivo de um indivíduo corresponde aos seus recursos pessoais e sociais, bem como à sua capacidade física individual, mas também a fatores contextuais/ambientais que o influenciaram durante todo o seu ciclo de vida.

Uma ação de saúde pública abrangente e preocupada com o envelhecimento é uma necessidade urgente que, para otimizar as trajetórias da capacidade funcional durante toda a vida, deverá seguir as recomendações da OMS (2015^a) relativas às principais ações a realizar:

1. Adaptar e adequar os serviços de saúde (prevenindo as doenças crónicas ou garantindo a sua deteção e controle precoces, visando reverter ou diminuir os declínios da capacidade funcional e gerenciar as doenças crónicas avançadas);
2. Desenvolver estratégias de cuidados de longo prazo ao nível das capacidades em declínio, incentivando comportamentos que melhorem a capacidade funcional do indivíduo;
3. Criar ambientes favoráveis, promotores de comportamentos facilitadores da manutenção da capacidade funcional e intrínseca, eliminando barreiras à participação e compensando as perdas de capacidade;
4. Melhorar a avaliação, a monitorização e a compreensão do que é um envelhecimento saudável.

Nas recomendações de estratégias para um envelhecimento ativo e saudável não se pode ainda esquecer que os “fatores contextuais/ambientais” podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo, constituindo-se como facilitadores ou impeditivos de um adequado desempenho ao nível da sua ulterior funcionalidade, pelo que devem ser precocemente identificados e considerados, promovidos e/ou melhorados (MS, 2017). Também as mudanças sociais e tecnológicas devem ser tidas em conta pois podem facilitar um envelhecimento mais ativo e saudável, no sentido em que podem mediar um melhor acesso à família ou a informações relevantes na área da saúde que aumentem a literacia em saúde (OMS, 2015; WHO 2013). A proteção e segurança são também aspetos importantes a ter em conta no envelhecimento saudável e também aqui a tecnologia pode ser útil, podendo os idosos e seus cuidadores ser incentivados a utilizar as novas tecnologias e os serviços disponíveis que favoreçam a segurança e a proteção do idoso, como é o caso da utilização do tele-alarmede, entre muitos outros recursos (DGS, 2017^a; WHO, 2013).

Por outro lado, no que se refere às pessoas idosas com mobilidade reduzida, poderá ainda

ser benéfico sensibilizar os operadores de transportes públicos e os seus outros utilizadores para a necessidade de ajudar e facilitar o acesso aos idosos, favorecendo assim o seu contacto e a participação social e também, prevenindo quedas e acidentes quando da sua utilização, melhorando o fator segurança (OMS, 2009).

Muitas vezes o declínio gradual do estado de saúde associado à idade está relacionado com a doença crónica e com incapacidades. Por isso, não se pode esquecer da importância de se agir na prevenção dessas doenças e possíveis morbilidades associadas, estimulando, para além do exercício físico, o envolvimento em atividades de lazer e a adoção de uma alimentação mais saudável, assim como uma boa higiene do sono e o combate à tristeza e à solidão. Como as noções de “felicidade e de “bem-estar” sempre estiveram associadas à conceção comum do que é ter uma vida satisfatória, ter-se-á um envelhecimento mais bem-sucedido e feliz se houver qualidade de vida e atividades ligadas com um envelhecimento ativo que preencham o quotidiano, bem como uma rede estável de relações sociais que contribuam para interiorizar uma representação pessoal mais otimista do envelhecimento (Cabral *et al.*, 2014).

Importa, por último, sublinhar que a atual condição de idoso, deve ser vista numa perspectiva global, considerando o envelhecimento na continuidade do percurso de vida do sujeito até

então trilhado, em diferentes vertentes: psicológica, familiar, social, económica, geográfica ou cultural, assim como valorizando a capacidade para participar em diferentes atividades, com funcionalidade e sem restrições, mantendo o mesmo envolvimento nas situações de vida real, independentemente dos fatores contextuais e ambientais (Cabral *et al.*, 2014; Fontes, Fernandes & Botelho, 2010; WHO, 2015^b). É igualmente fundamental não descurar a importância da existência de fortes redes sociais no contexto das atividades profissionais, cívicas, lúdicas e culturais, fora de casa ou mesmo no seio da família, como importantes preditores de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, com qualidade e maior satisfação com a vida, opondo-se ao potencial isolamento do idoso (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2010; Kohli, Hank & Künemund, 2009).

Por conseguinte, conseguir um aumento da esperança média de vida com saúde, independência e funcionalidade, num contexto de completo bem-estar físico social e mental, respeitando e considerando a individualidade e a própria vontade do sujeito, deve ser encarado como um objetivo a atingir e um dos maiores desafios para o poder político e os decisores pois os idosos podem ser uma enorme força de apoio familiar, contribuindo para o equilíbrio e a sustentabilidade social e económica.

Bibliografia

- ACSM (2006). *Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Almeida, M.F. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem-sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise... *Fórum Sociológico*, 17(II série) 17-24.
- Beard, J.R.; Officer, A.; De Carvalho, I.A.; Sadana, R.; Pot A.M.; Michel, J.P. ... Chatterji, S. (2016). The World Report on Ageing and Health: A policy framework for healthy ageing. *Lancet* [Internet]. [consultado em 15 junho de 2017];387(10033):2145-2154.
- Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848186/pdf/nihms-737759.pdf>
- Cabral, M.V. & Ferreira, P.M. (2014). *O envelhecimento activo em Portugal – Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cavalcanti, A.D., Moreira, R.S., Barbosa, J.M.V. & Silva, V. L. (2016). Envelhecimento ativo e estilo de vida: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares*, 21(1),71-89.
- Camozzatto, A.L., Godinho, C., & Chaves, M.F. (2014). Effect of successful aging on mortality in older individuals – The PALA study; *Demential Neuropsychology*, 8(2),182-186.
- DGS (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS (2017^a). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-1015 – Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*, Despacho n°12427/2016
- DGS (2017^b). *Manual de Aplicação da Tabela de Classificação da Funcionalidade para Idosos*. Direção-Geral da Saúde Cuidados Continuados: Saúde e Apoio Social.
- Disponível em <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2017/02/Manual-de-aplicac%C3%A7%C3%A3o-da-tabela-de-classificac%C3%A7%C3%A3o-da-funcionalidade-para-idosos-de-janeiro-de-2017.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R.L.F., Garcia, D., Abarca, E., Blanc, A., Efklides, D., Moraitou, R., ... Paul, S. (2010). The concept of ‘ageing well’ in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society*, 30, 41-56.
- Fontes, A.P., Fernandes, A.A. & Botelho, M.A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: Aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2) 171-178.
- Instituto Nacional de Estatística - INE (2018). *Estatísticas demográficas 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kohli, M., Hank, K., & Kunemund, H. (2009). The social connectedness of older Europeans: patterns, dynamics and contexts. *Journal of European Social Policy*, 19(4), 327-340.
- Lopes, M.J., Araújo, J.L. & Nascimento, E.G.C. (2016). O envelhecimento e a qualidade de vida: a influencia das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(2), 181-199.
- Matos, F.S.; Jesus, C.S.; Carneiro, J.A.O.; Coqueiro, R.S.; Fernandes, M.H.; Brito, T.A. (2018). Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3393-3401. doi: 10.1590/1413-812320182310.23382016
- MS (2017). *Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos (Coordenação para a reforma do SNS na área dos cuidados continuados integrados)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- OMS e DGS (2004) - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (pp.7-26). Lisboa: Organização Mundial de Saúde e Direção Geral da Saúde.
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

- OMS (2009). *Guia Global das cidades amigas das pessoas idosas*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde.
- OMS (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde
- Schneider, R.H. & Irigaray, T.Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>.
- WHO (2002). *Active ageing, a policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2012). *Good health adds life to years: Global Brief for World Health day 2102*, Genève: World Health Organization.
- WHO (2013). *Europe health literacy: The solid facts*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2015^a). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2015^b). *World Health Organization. Draft: Global Strategy as an Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2019). *What is healthy ageing?* Disponível em <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>.

*António Duarte*¹
*Marco Mendonça*²
*Vera Pequito*³

Recebido: 20-8-2019
Aprovado: 1-9-2019
Publicado: 10-10-2019

REABILITAÇÃO VIRTUAL

Projeto de Intervenção de Apoio à Comunidade

Resumo: A Reabilitação Virtual (RV) tem vindo a crescer como metodologia de intervenção com vista a melhorar não só os resultados funcionais, como também a adesão ao tratamento e a acessibilidade ao mesmo. Este serviço prestado pela Terapia Ocupacional na comunidade, espelhado neste projeto-piloto tem em vista o desenvolvimento de um estudo experimental, a implementar no Centro Saúde de Faro, em nove meses. Com avaliações trimestrais, pretende-se verificar eficácia da RV e estimar a satisfação dos utentes dos serviços de saúde relativamente à utilização da RV. A amostra será constituída por sujeitos que reúnam os seguintes critérios: 18 anos de idade mínima, sem défices cognitivos associados e apresentando incapacidades associadas ao membro superior com indicação para reeducação da mão e músculo-esquelética. Pretende-se capacitar os utentes dos serviços de saúde através de uma plataforma digital, com vista à reabilitação em contexto domiciliário. Conclui-se que a melhoria dos resultados funcionais e a adesão ao tratamento predirão o sucesso desta abordagem.

Palavras-chave: Reabilitação virtual, projeto-piloto, terapia ocupacional, telessaúde.

VIRTUAL REHABILITATION

Community Support Intervention Project

Abstract: Virtual Rehabilitation (VR) has grown as an intervention aimed at improving both functional outcomes and treatment adherence and the accessibility to it. This service provided by Occupational Therapy in the community, explained in this pilot project, aims to develop an experimental study, for further implementation at Faro's Health Center, in nine months. With quarterly reviews, it is intended to verify the accuracy of VR and to estimate user satisfaction regarding the use of VR. The sample will be formed by patients with: minimum 18 years of age; disabilities associated with the upper limb with indication of Hand Therapy, without cognitive deficits. It thus aims to empower patients through a digital platform, offering them home-based rehabilitation services. It is possible to conclude that functional outcomes and treatment adherence will predict the success of this approach.

Keywords: Virtual reality, pilot project, occupational therapy, telehealth.

¹ **Terapeuta Ocupacional Coordenador no Centro Hospitalar Universitário do Algarve**

Licenciado em Terapia Ocupacional pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão
Mestre em Educação e Formação de Adultos e doutorado em Psicologia pela Universidade do Algarve
(email: ajaduarque@gmail.com)

² **Terapeuta Ocupacional no Centro Hospitalar Universitário do Algarve**

Licenciado em Terapia Ocupacional pelo Instituto Politécnico do Porto
(email: mendonca.marco@live.com)

³ **Terapeuta Ocupacional no Centro Hospitalar Universitário do Algarve**

Licenciada em Terapia Ocupacional e mestre em Terapia Ocupacional, na especialidade de Gerontologia pelo Instituto Politécnico do Porto
(email: vmpequito@gmail.com)

Introdução

Este projeto surge da necessidade sentida pelos profissionais do Setor de Terapia Ocupacional do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), em aumentar a adesão dos utentes ao processo de reabilitação, tal como assegurar a sua continuidade no tempo necessário para a recuperação funcional dos mesmos. Tendo em conta a parca resposta e dispersão geográfica dos serviços de saúde existentes em toda a região do Algarve, bem como da lacuna ao nível da informação em saúde, o abandono do tratamento neste contexto é recorrente.

Existem vários motivos que poderão justificar esta realidade, no entanto, a falta de informação relativamente aos processos patológicos e ao impacto funcional que daí poderá advir ser um ponto de partida. Desta forma, um dos motivos que poderá justificar este abandono tem que ver com o nível de literacia em saúde em Portugal.

Segundo dados estatísticos de participantes no Health Literacy Europe (HLS-EU) em 2015, o nível de literacia em saúde em Portugal encontra-se abaixo da média europeia, sendo categorizado como problemático e inadequado. Nestes dois níveis, Portugal obteve 49%, relativamente ao índice geral de literacia, e, nos cuidados de saúde e prevenção da doença, apresentou, respetivamente, um valor percentual de 45.4 e 45.5 quando comparado com outros países da União Europeia, como a Holanda e a Irlanda.

Relativamente à literacia no âmbito da promoção de saúde, os dados estatísticos revelam uma distribuição muito equilibrada, com 52% da população em estudo nos níveis mais baixos e 48% nos níveis mais elevados. Neste âmbito, Portugal encontra-se ligeiramente acima dos valores médios evidenciados pelos países participantes no HLS-EU, apresentando 48,9 % dos cidadãos nos níveis mais elevados e 51,1% nos níveis reveladores de limitações (problemáticos e inadequados). Os resultados evidenciam ainda, de forma clara, que, em Portugal, à semelhança de outros países, é na faixa etária mais avançada que se registam níveis baixos de literacia em saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2016).

Assim sendo, surge a necessidade de educar a população na forma como aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação disponível

sobre saúde, possibilitando *a posteriori* que os indivíduos consigam tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde, prevenção de doenças, e modos de promoção de uma vida saudável, ou seja, que os utentes passem a ter um papel ativo no seu tratamento. Uma baixa literacia em saúde pode dar origem a um número mais elevado de internamentos, a uma utilização mais frequente dos serviços de urgência bem como, a menos atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, traduzindo-se numa menor qualidade de vida (Roh, Koh, Noh, Gong & Baek, 2017).

Este processo de educação é extremamente importante dado que a falta de conhecimento poderá levar a que os utentes não considerem o tratamento com uma prioridade e assim diminuir a adesão ao mesmo. A adesão irá depender da forma como o tratamento é encarado, visto ser um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. Existem vários fatores que podem influenciar e que estão relacionados com (Gusmão & Mion, 2006):

- o utente (sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico);
- a doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias);
- as crenças relacionadas com a saúde, os hábitos de vida e culturais (autoestima, perceção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência da doença no contexto familiar);
- o tratamento e o seu respetivo impacto na qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos);
- a instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento); e, finalmente
- o relacionamento com a equipa de saúde

Neste enquadramento, a questão da facilitação da adesão ao processo terapêutico de reabilitação torna-se pertinente.

A Reabilitação Virtual (RV) apresenta-se como uma solução viável, visto que permite continuar o processo de educação e informação do utente relativamente à sua patologia/défices e ainda lhe permite manter um papel ativo no seu tratamento, sem existir necessidade de se deslocar frequentemente para que seja possível obter resultados favoráveis na sua reabilitação.

A RV encontra-se inserida na área da tele-saúde, que é definida como “a prestação de ser-

viços relacionados à saúde e informações, utilizando tecnologia que permita as telecomunicações”. De acordo com a American Telemedicine Association (ATA), telessaúde é um termo vasto que descreve o uso de comunicações eletrônicas para prestar serviços clínicos, bem como outros tipos de informações relacionadas com a saúde (Lee & Harada, 2012).

A RV tem vindo a ser cada vez mais difundida nos últimos anos, dada a facilidade com que permite satisfazer diferentes necessidades. Facilita o processo de reabilitação quer para o sujeito que dele beneficia, quer para o profissional de saúde, solucionando problemas como a localização geográfica, o tempo, questões sociais e, ainda, barreiras financeiras, diminuindo os custos associados. A RV inclui não só a intervenção, mas permite também monitorizar, avaliar, prevenir, supervisionar, educar, consultar e ainda aconselhar o sujeito que é objeto de intervenção. Existem diferentes sistemas de comunicação através da RV, quer seja por telefone, oralmente ou mediante mensagem de texto, por endereço eletrónico, videoconferência e, ainda, utilizando plataformas digitais interativas (Cramer *et al.*, 2019).

Macías-Hernández e colaboradores (2016) referem nos seus estudos, preconizando para que a RV venha a ter resultados equiparáveis – ou até mesmo melhores – quando comparada com a reabilitação convencional. A prática baseada nos dados recolhidos pela investigação sugere a particular utilidade dos novos sistemas que foram projetados especificamente para estes fins específicos, havendo evidências de importantes benefícios nos ensaios clínicos conduzidos para o efeito, apontando para a oportunidade para sua implementação em diversas patologias e configurações.

No presente artigo, descreve-se o processo de conceção e implementação de um projeto de intervenção na comunidade ao nível da RV a implementar no Centro de Saúde de Faro, para a população desta área específica, o qual se encontra em fase de projeto-piloto.

Metodologia de Investigação

O projeto-piloto, para futura implementação no Centro de Saúde de Faro prevê a posterior realização de um estudo experimental para avaliar os seus resultados que será implementado em 2021, tendo como objetivos: 1) avaliar

a eficácia da RV neste contexto; e 2) estimar a satisfação dos utentes relativamente à utilização da RV.

Como ponto de partida para a elaboração do projeto, formulou-se a seguinte questão: “Qual a pertinência da Reabilitação Virtual para a intervenção da Terapia Ocupacional junto dos utentes do Centro de Saúde de Faro?”

Para melhor entendimento de todo o projeto, especifica-se a população-alvo a incluir no estudo, as diferentes fases do mesmo, bem como as metodologias a utilizar durante todo o processo, designadamente, a avaliação dos utentes, as técnicas de intervenção e a avaliação dos resultados.

População-alvo do estudo

Participarão os utentes do Centro de Saúde de Faro, sendo a amostra constituída por sujeitos identificados em consulta de medicina familiar, que reúnam os seguintes critérios de inclusão: um mínimo de 18 anos de idade, ausência de défices cognitivos associados e a presença de incapacidades associadas ao membro superior com indicação para reeducação da mão e músculo-esquelética.

Fase de Avaliação

Na fase inicial realizar-se-á uma entrevista semi-estruturada com o intuito de conhecer o sujeito, a sua patologia e o contexto habitacional envolvente. Para controlar a existência de défices cognitivos, aplicar-se-á, nessa ocasião, o teste *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA), adaptado para a população portuguesa por Freitas, Simões, Martins, Vilar e Santana (2010), para avaliar eventuais incapacidades a este nível que determinariam a sua exclusão do projeto. Após a avaliação inicial, haverá a seleção dos participantes de acordo com os critérios de inclusão e realizar-se-ão subsequentemente avaliações mais específicas para as patologias em questão de acordo com os défices mais comuns, designadamente utilizando:

1. O Purdue Pegboard Test (PPT) - Trata-se de um teste neuropsicológico que avalia a coordenação fina e a destreza manual, estimando a qualidade e a velocidade do desempenho da mão enquanto o sujeito realiza uma tarefa; mais precisamente, este teste permite avaliar a proficiência de um padrão de preensão particular (Gonzalez, Rowson & Yoxall, 2017; Okua, Pinheiro & Araújo, 2009);

2. O teste de Funcionalidade Manual de Jebsen-Taylor - Este teste é constituído por tarefas semelhantes àquelas realizadas no quotidiano, sendo dividido em sete provas cronometradas. É aplicado para determinar o nível de função da mão. As provas incluem: escrever; simular o ato de virar uma página; levantar objetos de pequenas dimensões; simular o ato de alimentar; empilhar peças; levantar objetos leves, de grandes dimensões e levantar objetos pesados, de grandes dimensões (Lima, Francisco & Freitas, 2012; Okua *et al.*, 2009);

3. O Michigan Hand Outcomes Questionnaire (MHQ) - Este questionário foi desenvolvido com base na aplicação de princípios psicométricos, tendo por objetivo constituir uma ferramenta capaz de medir certos domínios do estado de saúde que são importantes para utentes com patologias associadas às mãos. Desta forma, o MHQ é um instrumento de avaliação específico para a mão que mede os resultados de sujeitos apresentando condições ou lesões na mão ou no punho. É um questionário que pode ser auto-administrado, sendo composto por 37 questões, as quais incidem nos seguintes domínios: função global da mão, atividades da vida diária, dor, desempenho de trabalho, estética e satisfação do sujeito com a função da mão (Maia, Moraes, Santos, Faloppa & Belloti, 2016);

4. A Goniometria - É utilizada para avaliar as amplitudes de movimento, determinando eventuais limitações que interferem com a função ou que podem produzir deformidades, bem como amplitude adicional necessária para o aumento de capacidade funcional ou para a redução de deformidades (Silva, Coelho, Vale & Dantas, 2011);

5. O Dinamómetro de Jamar - Este instrumento fornece uma leitura rápida e direta, medindo a força por meio de um sistema hidráulico de aferição. Constituído por duas barras de aço, que estão ligadas e se estreitam entre si quando o sujeito as aperta; isto provoca uma alteração na resistência dos aferidores, ocorrendo com isso, uma alteração correspondente na produção de voltagem diretamente proporcional à força de prensão exercida pela mão. Para realizar esta prova, segundo a American Society of Hand Therapists (ASHT), o indivíduo deve estar sentado com os pés bem apoiados no chão, o ombro em adução, o cotovelo fletido a 90°, o antebraço em posição neutra, o punho entre 0° e 30° de extensão e o polegar deve envolver os outros dedos. O relógio marcador do dinamómetro deve

estar voltado para o terapeuta. A barra do dinamómetro será colocada na segunda posição para todos os sujeitos, uma vez que, em geral, a força de prensão máxima é obtida nesta posição (cada prensão deve ser registada 3 vezes, efetuando-se no final a média dos resultados obtidos) (Figueiredo, Sampaio, Mancini, Silva & Souza, 2007);

6. O Pinçómetro - É um dispositivo que apresenta um sistema hidráulico que assegura uma leitura precisa e reproduzível da força dos dedos, sendo que cada pinça deve ser medida 3 vezes sucessivas, com pequenos intervalos para evitar a fadiga, efetuando-se no final a média dos dados obtidos nas 3 medições.

Fase de Intervenção

Esta fase engloba não só a introdução da RV, mas também a abordagem inicial do utente de natureza presencial.

a) Aconselhamento Terapêutico

Será realizada uma sessão de aconselhamento terapêutico de forma a educar o sujeito acerca da sua patologia, esclarecendo as suas possíveis dúvidas e elucidando-o quanto às possibilidades de evolução, terapêuticas e de prognóstico, sendo igualmente necessário alertá-lo para muitas informações inadequadas veiculadas pelos meios de comunicação, em especial pela *internet*. A educação terapêutica é essencial para se obter a sua colaboração total ao longo do tratamento. Juntando a esse conhecimento a motivação – decorrente da possibilidade de, em conjunto com o terapeuta, se definirem objetivos prioritários – proporcionar-se-á o *insight* do sujeito relativamente à sua condição de saúde, ajudando-o a compreender os métodos de prevenção e todo o processo de reabilitação e evolução clínica.

De acordo com os resultados obtidos após este aconselhamento terapêutico e sabendo que o utente se encontra esclarecido acerca da sua patologia, será delineado um programa de intervenção, com objetivos e instrumentos de intervenção adequados a cada indivíduo:

b) Instrumentos de Intervenção

Psicoeducação: As estratégias facilitadoras da motivação para alcançar comportamentos de saúde adaptativos são essenciais. Entre elas, a educação é a estratégia mais simples e direta para melhorar o cumprimento de um programa de tratamento pois o sujeito irá reduzir o risco de negligência e aumentar a sua produtividade,

reduzindo também as consultas de “emergência”; de facto, mediante as suas escolhas informadas são edificados os alicerces para se alcançar uma ótima colaboração ao longo da reabilitação (Gusmão e Mion, 2006).

Biofeedback: É um instrumento essencial durante o processo de reabilitação, do qual podem resultar potenciais efeitos terapêuticos, uma vez que permite ao sujeito a aquisição do controlo de processos físicos, anteriormente considerada uma mera resposta automática do sistema nervoso autónomo. Tradicionalmente, o *biofeedback* é-lhe apresentado por meio de exibição visual, acústica ou vibro-tátil. Um desenvolvimento recente na reabilitação propõe que o sujeito se exercite num ambiente de jogo ou de realidade virtual, proporcionando-lhe, assim, uma panóplia de *biofeedback* imersivo. As medições do *biofeedback* mais recorrentes por parte dos profissionais de saúde podem ser fisiológicas (neuromuscular, respiratório e cardiovascular) ou biomecânicas (medições do movimento, controlo da postura, força). Em suma, o *biofeedback* inclui um conjunto de técnicas de tratamento, utilizadas pelos profissionais de saúde, em que os utentes em reabilitação são treinados para melhorar a sua capacidade de autorregulação fazendo uso dos sinais transmitidos pelo seu próprio corpo. As informações vindas do organismo são obtidas por meio de aparelhos supersensíveis e são processadas eletronicamente e apresentadas de uma forma que possam ser entendidas, analisadas, comparadas e até mesmo gravadas (Giggins, Persson & Caulfield, 2013).

Realidade Virtual: descreve um cenário gerado por um computador (um mundo virtual) com o qual o sujeito pode interagir em três dimensões, sentindo dessa forma que está incluído no processo, o que vai facilitar a sua reabilitação. A realidade virtual oferece ao terapeuta a oportunidade de trazer a complexidade do mundo real para um ambiente controlado, permitindo dessa forma a criação de um ambiente com um controlo preciso sobre várias variáveis que influenciam o comportamento do utente. Com a realidade virtual, a atividade é medida através de animações gráficas ou audiovisuais que proporcionam uma impressão realista (Keshner, 2004). Em síntese, a realidade virtual, consiste em simulações computacionais levadas a cabo para produzir artificialmente informações sensoriais sob a forma de um am-

biente virtual que seja interativo e percebido como semelhante ao mundo real (Plummer, 2017).

Plataforma de RV: É criada de uma plataforma *web* portal, onde cada utente terá uma conta com o seu nome e a respetiva palavra-passe; a partir daí irá ser realizado um programa terapêutico, que pode incluir, vídeo-conferência, apresentações abrangidas no processo educativo e vídeos com exercícios terapêuticos. É de salientar que cada programa deverá ser estruturado consoante os défices apresentados e os objetivos delineados para cada indivíduo em reabilitação, em particular (Chumbler *et al.* 2010; Macías-Hernández *et al.*, 2016; Tabak, Brusse-Keizer, Van der Valk, Hermens & Vollenbroek-Hutten, 2014).

Fase de Reavaliação

O estudo será reavaliado ao fim de 9 meses, para a obtenção do verdadeiro *feedback* da implementação do projeto e eventual reajuste, através das metodologias utilizadas na avaliação inicial.

No final do tratamento, será importante avaliar também a qualidade e a satisfação dos serviços de Telessaúde prestados, recorrendo ao *Telehealth Usability Questionnaire (TUQ)* que permitirá estimar a qualidade das interações, como por exemplo, a qualidade audiovisual, a qualidade das comunicações, a facilidade de uso do equipamento e a impressão global do serviço (Parmanto, Lewis, Graham e Bertolet, 2016).

Discussão

Os dados de investigação têm demonstrado que a intervenção comunitária baseada na telessaúde se revela benéfica, uma vez que, normalmente, os utentes que tenham sofrido algum problema de saúde sério iriam necessitar de um tratamento hospitalar intensivo (Guo & Albright, 2018). Contudo, o alto custo associado à sua manutenção em contexto hospitalar justifica um interesse considerável, por parte dos profissionais de saúde, em implementar intervenções que permitam reduzir a duração das estadias hospitalares. Assim, projetos como o que aqui se apresenta iriam diminuir os custos dessa estadia e do tratamento e rentabilizar os recursos humanos existentes (Cabana, Pagé, Svotelis, Langlois-Michaud, & Tousignant, 2016; Chumbler *et al.*, 2010; Macías-Hernández *et al.*, 2016; Tabak *et al.*, 2014).

Uma recente revisão sistemática (Hung Kn & Fong, 2019) demonstrou que o uso de RV na prática da Terapia Ocupacional tem efeitos terapêuticos positivos, uma vez que oferece um modelo alternativo de entrega de serviços. No entanto, estes autores salientam que são necessários mais ensaios com amostras maiores e *follow-ups* mais abrangentes. Também sugerem que é particularmente importante que sejam conduzidas mais pesquisas sobre o uso de tecnologia móvel de ponta para determinar a eficácia da RV em diversas patologias e deficiências, no que concerne à relação custo-benefício e às características dos sujeitos envolvidos na intervenção terapêutica, desta própria intervenção e dos terapeutas que a proporcionam.

De acordo com Galea (2019), os dados indicam que a RV apresenta uma boa adesão por parte dos utentes que dela usufruem, quando aplicada isoladamente ou para complementar a terapia convencional. Contudo, a falta de rigor metodológico e a variabilidade das abordagens usadas até ao momento nos estudos sobre RV impedem que se conclua que os serviços de tele-saúde podem e devem ser implantados de forma mais ampla na prestação de reabilitação (Tenforde, Hefner, Kodish-Wachs, Iaccarino, & Paganoni, 2017).

Conclusões

De acordo com a os dados de investigação mais recentes, a RV poderá ser uma opção viável para o tratamento de diversas patologias pe-

los profissionais de saúde, em particular pelos de Terapia Ocupacional. Os benefícios desta atuação prendem-se sobretudo com a possibilidade de se oferecer um serviço na comunidade com um custo mais baixo, ajudando, por outro lado, a manter a adesão ao tratamento. Uma vez que a melhoria dos resultados funcionais, a par com a adesão ao tratamento são dois fatores determinantes para o sucesso desta abordagem, os recursos terapêuticos devem ser criteriosamente escolhidos para irem ao encontro das necessidades físicas e psicológicas do utente.

A plataforma de RV surge como uma ferramenta poderosa para a implementação do tratamento, tornando possível adaptar e graduar a intervenção. Neste enquadramento, as metodologias de RV baseadas em resultados da pesquisa, associadas a boas práticas, fornecerão uma importante matriz para criar serviços de qualidade conducentes a resultados positivos.

Por este motivo, considerámos pertinente realizar um estudo piloto experimental, a ser implementado em 2021, que visa confirmar se a RV poderá ser uma avenida promissora para prestar serviços de reabilitação à população do Centro de Saúde de Faro. Se assim for, acreditamos que a implementação do mesmo, seguindo uma abordagem combinada e multidimensional, poderá ajudar a melhorar não só os resultados funcionais e a qualidade de vida dos utentes daquele Centro, contribuindo ainda, de modo relevante, para a educação para a saúde e para a própria acessibilidade do tratamento.

Bibliografia

- Cabana, F., Pagé, C., Svtelis, A., Langlois-Michaud, S., & Tousignant, M. (2016). Is an in-home telerehabilitation program for people with proximal humerus fracture as effective as a conventional face-to face rehabilitation program? A study protocol for a noninferiority randomized clinical trial. *BMC Sports Science Medicine and Rehabilitation*, 8(1), 27. doi:10.1186/s13102-016-0051-z
- Chumbler, N.R., Rose, D.K., Griffiths, P., Quigley, P., McGee-Hernandez, N., Carlson, K.A., ... Hoenig, H. (2010). Study protocol: home-based telehealth stroke care: a randomized trial for veterans. *Trials*, 11, 74. doi:10.1186/1745-6215-11-74.
- Cramer, S.C., Dodakian, L., Le, V., See, J., Augsburg, R., McKenzie, A., ... Janis, S. (2019). Efficacy of home-based telerehabilitation vs in-clinic therapy for adults after Stroke: A randomized clinical trial. *JAMA Neurology* doi:10.1001/jamaneurol.2019.1604
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, I., Sampaio, R., Mancini, M., Silva, F. & Souza, M. (2007). Test of grip strength using the Jamar dynamometer. *Acta Fisiátrica*, 14(2), 104-110.
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Galea, M.D. (2019). Telemedicine in Rehabilitation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 30(2), 473-483. doi:10.1016/j.pmr.2018.12.002
- Giggins, O.M., Persson, U.M., & Caulfield, B. (2013). Biofeedback in rehabilitation. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 10, 60. doi:10.1186/1743-0003-10-60
- Gonzalez, V., Rowson, J., & Yoxall, A. (2017). Analyzing finger interdependencies during the Purdue Pegboard Test and comparative activities of daily living. *Journal of Hand Therapy*, 30(1), 80- 88. doi:10.1016/j.jht.2016.04.002
- Guo, Y., & Albright, D. (2018). The effectiveness of telehealth on self-management for older adults with a chronic condition: A comprehensive narrative review of the literature. *Journal of Telemedicine Telecare*, 24(6), 392-403. doi:10.1177/1357633X17706285
- Gusmão, J., & Mion, D. (2006). Adherence to the treatment – concepts. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 23-25.
- Hung Kn, G., & Fong, K.N. (2019). Effects of telerehabilitation in occupational therapy practice: A systematic review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 32(1), 3-21. doi:10.1177/1569186119849119
- Keshner, E.A. (2004). Virtual reality and physical rehabilitation: a new toy or a new research and rehabilitation tool? *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 1(1), 8. doi:10.1186/1743-0003-1-8
- Lee, A.C., & Harada, N. (2012). Telehealth as a means of health care delivery for physical therapist practice. *Physical Therapy*, 92(3), 463-468. doi:10.2522/ptj.20110100
- Lima, K., Francisco, M. & Freitas, P. (2012). Relationship among performance in different tests often used for hand function assessment. *Fisioterapia em Movimento*, 25(3), 517-524.
- Macías-Hernández, S.I., Vásquez-Sotelo, D.S., Ferruzca-Navarro, M., Sánchez, S.H.B., Gutiérrez-Martínez, J., Núñez-Gaona, M.A., ... Morones-Alba, J.D. (2016). Proposal and evaluation of a telerehabilitation platform designed for patients with partial rotator cuff tears: A preliminary study. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 40(4), 710-717. doi:10.5535/arm.2016.40.4.710
- Maia, M.V., Moraes, V.Y. de, Santos, J.B. dos, Faloppa, F., & Belloti, J. C. (2016). Minimal important difference after hand surgery: a prospective assessment for DASH, MHQ, and SF-12. *SICOT Journal*, 2, 32. doi:10.1051/sicotj/2016027
- Okua, E, Pinheiro, G. & Araújo, P. (2009). Hand functional assessment in patients with rheumatoid arthritis. *Fisioterapia em Movimento*, 22(2), 221-228.
- Parmanto, B., Lewis, A.N., Graham, K.M., & Bertolet, M.H. (2016). Development of the Telehealth Usability Questionnaire (TUQ). *International Journal of Telerehabilitation*, 8(1), 3-10. doi:10.5195/ijt.2016.6196

- Plummer, P. (2017). Gait and balance training using virtual reality is more effective for improving gait and balance ability after stroke than conventional training without virtual reality [synopsis]. *Journal of Physiotherapy*, 63(2), 114. doi:10.1016/j.jphys.2017.02.009
- Roh, Y.H., Koh, Y.D., Noh, J.H., Gong, H.S., & Baek, G.H. (2017). Effect of health literacy on adherence to osteoporosis treatment among patients with distal radius fracture. *Archives of Osteoporosis*, 12(1), 42. doi:10.1007/s11657-017-0337-0
- Silva, R., Coelho, R., Vale, R. & Dantas, E. (2011). Correlation between fleximetry and radiological goniometry for assessment of static elbow range of motion. *Fisioterapia Brasil*, 12(5), 359-364.
- Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Tabak, M., Brusse-Keizer, M., Van der Valk, P., Hermens, H., & Vollenbroek-Hutten, M. (2014). A telehealth program for self-management of COPD exacerbations and promotion of an active lifestyle: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 935-944. doi:10.2147/COPD.S60179
- Tenforde, A.S., Hefner, J.E., Kodish-Wachs, J. E., Iaccarino, M.A., & Paganoni, S. (2017). Telehealth in Physical Medicine and Rehabilitation: A narrative review. *PM Review*, 9(5S), S51-S58. doi:10.1016/j.pmrj.2017.02.013

CLÁSSICOS DA HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS

OMNIA 9(2) pp. 53-60

Thomas S. Szasz (1960)¹

O MITO DA DOENÇA MENTAL²

O meu objetivo neste ensaio é levantar a seguinte questão: "*será que a doença mental existe realmente?*", avançando argumentos contra a sua existência. Uma vez que, hoje em dia, a noção de doença mental é largamente utilizada em sentidos amplos, a pesquisa e o questionamento sobre as aceções em que este termo é empregue parece ser especialmente necessária. Obviamente que a doença mental não é literalmente uma "coisa" - nem um objeto físico; daí que somente possa "existir" da mesma maneira que outros conceitos teóricos existem. No entanto, de um modo geral, as perspectivas teóricas têm o hábito de, mais cedo ou mais tarde, - pelo menos para aqueles que parecem acreditar nelas - serem assumidas como uma "verdade objetiva" (ou um "facto"). Durante determinados períodos históricos, muitas concepções de intencionalidade explicativa - tais como as divindades, as bruxas e os micro-organismos - surgiram não apenas sob a forma de teorias, mas também como algo que fornecia *causas* evidentes que estariam subjacentes a um vasto número de eventos. Defendo que, hoje em dia, a doença mental é considerada, em larga medida, de uma maneira um tanto similar, isto é, enquanto causa de numerosos acontecimentos diversificados. Formulo, assim, a seguinte questão: *o que se quer realmente dizer quando se afirma que alguém é mentalmente doente?*: esta interrogação poderá ser considerada como um antídoto para o uso generalizado da noção de doença mental, seja esta última assumida como um fenómeno evidente, como uma teoria ou como uma causa.

Em seguida, descreverei brevemente os principais significados atribuídos ao conceito de doença mental. Vou argumentar que esta noção persistiu indevidamente após um tempo inicial em que poderia ter tido alguma utilidade, funcionando agora apenas como um mito conveniente.

¹ Thomas Stephen Szasz (em húngaro, Tamás István Szász) - nascido a 15 de abril de 1920, em Budapeste na Hungria e falecido a 8 de setembro de 2012 nos Estados Unidos da América em Manlius, Nova Iorque - psiquiatra e académico, foi uma figura proeminente entre os adversários de uma psiquiatria coerciva inscrita em objetivos de controle social através da intimidação pela força ou pela violência dos indivíduos que se desviam da norma. Começou por criticar a própria utilização da expressão 'doença mental', assumida enquanto um conceito legal, num artigo publicado em 1958 pela *Columbia Law Review* onde defende que a "doença mental" não corresponde a um facto, mas a uma mera posição teórica; três anos mais tarde viria a testemunhar, perante uma comissão do Senado dos Estados Unidos, que a utilização dos hospitais psiquiátricos para encarcerar indivíduos identificados como doentes mentais viola os pressupostos subjacentes ao relacionamento entre médico e paciente, transformando o primeiro num mero carcereiro.

² Este artigo, de que aqui se apresenta uma tradução em português, foi publicado pela primeira vez em 1960 no vol. 15 da revista *The American Psychologist* (pp.113-118). O texto em língua inglesa, com o título de *The myth of mental disease*, foi divulgado em janeiro de 2002 por Christopher D. Green (York University, Toronto, Ontário - Canadá) em *Classics in the History of Psychology - An internet Resource* (ISSN 1492-3713) e está disponível em <http://psychclassics.yorku.ca/Szasz/myth.htm>.

A doença mental como um sinal de doença cerebral

A noção de doença mental deriva e tem o seu suporte principal na abordagem de fenómenos como a sífilis cerebral ou de condições delirantes, decorrentes, por exemplo, de intoxicações que provocam nas pessoas manifestações de várias peculiaridades ou distúrbios do pensamento e do comportamento. No entanto, falando com maior precisão, estas condições são doenças do cérebro e não da mente. De acordo com uma das escolas de pensamento que aborda esta questão, *todas* as assim designadas doenças mentais seriam deste tipo. Presume-se, deste modo, que poderá ser finalmente encontrado algum defeito neurológico, talvez muito subtil, subjacente a todas as desordens do pensamento e do comportamento. Muitos psiquiatras contemporâneos, médicos e outros cientistas sustentam esta posição. Esta perspectiva implica que as pessoas *não podem* apresentar perturbações – as quais se traduzem no que agora se designa como "doenças mentais" – em consequência de desfasamentos ao nível das suas necessidades pessoais, opiniões, aspirações sociais, valores, e assim por diante. *Todos os problemas existenciais* são atribuídos a processos físico-químicos que, a seu tempo, virão a ser descobertos pela pesquisa médica.

As "doenças mentais" são portanto consideradas como não sendo basicamente diferentes de todas as outras doenças (ou seja, das que afetam o corpo). Deste ponto de vista, a única diferença entre as doenças mentais e as físicas é que as primeiras, que afetam o cérebro, se manifestam por meio de sintomas mentais, enquanto que as últimas afetam outros sistemas de órgãos (por exemplo, a pele, o fígado, etc.) e manifestam-se através de sintomas referenciáveis ligados às várias partes do corpo. Esta visão assenta e exprime o que são, na minha opinião, dois erros fundamentais.

Em primeiro lugar, que sintomas do sistema nervoso central corresponderiam a uma erupção cutânea ou a uma fratura? *Não* seria uma emoção ou um comportamento parcelar, mas antes a cegueira ou a paralisia de alguma parte do corpo. O cerne da questão é que uma doença do cérebro, análoga a uma doença da pele ou dos ossos, constitui um defeito neurológico e não um problema existencial. Por exemplo, um *defeito* no campo visual de um indivíduo pode ser explicado satisfatoriamente correlacionando-o com determinadas lesões precisas do sis-

tema *nervoso*. Por outro lado, as *crenças* pessoais – sejam elas a crença no cristianismo, no comunismo, ou na *ideia* de que os seus próprios órgãos internos estão "apodrecendo" e que, por isso, o corpo está, de facto, já "morto" – não podem ser explicadas por ou com base num defeito ou numa doença do sistema nervoso. Ao longo destas linhas tratamos das explicações deste tipo de ocorrência - assumindo que estamos interessados nas crenças em si, não nos limitando a encará-las como um "sintoma" ou como a expressão de qualquer outra coisa *mais interessante*.

O segundo erro, é *epistemológico*; diz respeito ao comportamento psicossocial complexo e consiste em assumir as comunicações acerca de nós mesmos e acerca do que o mundo pensa sobre nós como meros sintomas do funcionamento neurológico. Por outras palavras, é um erro que não se refere a quaisquer incorreções na observação ou em relação ao raciocínio enquanto tal, mas antes à forma como organizamos e expressamos o nosso conhecimento. No caso presente, o erro reside no facto de estar implícito um dualismo simétrico entre os sintomas mentais e os físicos (ou corporais), dualismo esse que corresponde meramente a uma certa maneira de nos expressarmos e ao qual não se conseguem fazer corresponder quaisquer observações conhecidas. Vejamos se é esse o caso. Na prática médica, quando falamos de distúrbios físicos, queremos referir-nos quer a sinais (por exemplo, febre) quer a sintomas (por exemplo, dor). Por outro lado, quando falamos de sintomas mentais, reportamo-nos às comunicações do paciente *acerca de si mesmo, acerca dos outros ou sobre o que o mundo pensa dele*. Assim, o paciente pode afirmar que é Napoleão ou que está a ser perseguido pelos comunistas. Mas estas afirmações *somente* serão consideradas sintomas mentais se o observador estiver convicto de que o paciente *não* é Napoleão *nem* está a ser perseguido pelos comunistas. Isso torna evidente que a afirmação de que "X é um sintoma mental" envolve sempre um juízo prévio. Além disso, tal julgamento implica confrontar ou tentar obter correspondências, em segundo plano, entre as ideias, os conceitos e as crenças do paciente e as do observador, assim como com os da sociedade em que ambos vivem. A noção de sintoma mental está, portanto, indissociavelmente ligada ao contexto *social* (inclusivamente ao *ético*) em que é identificado, de um modo bastante análogo à ligação

que o sintoma físico tem com um determinado contexto *anatômico* e *genético* (Szasz, 1957^a, 1957^b).

Em suma: Tentei mostrar que o conceito de doença mental é desnecessário e enganoso para aqueles que consideram os sintomas mentais como sinais de doença cerebral. Para eles, isso significa que as pessoas assim rotuladas sofrem de doenças do cérebro; se for isso que realmente querem dizer, a bem da clareza, seria bem melhor que o dissessem precisamente em vez de dizerem outra coisa qualquer.

A doença mental entendida como uma expressão para designar os problemas existenciais

O termo "doença mental" tem sido amplamente utilizado para descrever algo que é muito diferente de uma doença do cérebro. Hoje em dia, muitas pessoas aceitam que o próprio facto de viver constitui um processo árduo. Contudo, a dureza envolvida nesta luta do homem moderno não deriva tanto da luta pela sobrevivência biológica quanto das tensões e dos constrangimentos inerentes às relações sociais entre as diversas personalidades humanas complexas. Neste enquadramento, a noção de doença mental é utilizada para identificar ou para descrever alguns aspetos da personalidade de um determinado indivíduo. A doença mental – enquanto uma deformação da personalidade – é então considerada como a *causa* da desarmonia humana. Nesta perspetiva está implícito que a relação social entre as pessoas deve ser encarada como algo de *inerentemente harmonioso*, sendo as eventuais perturbações, evidenciadas por muitos indivíduos, devidas unicamente à presença de uma "doença mental". Este raciocínio é obviamente falacioso, pois transforma a abstração "doença mental" numa *causa*, mesmo que essa abstração tenha sido criada, em primeiro lugar, para servir apenas como uma expressão abreviada para designar certos tipos de comportamento humano. Torna-se então necessário formular a seguinte questão: "*que comportamentos e que motivos latentes podem ser considerados como indicativos de doença mental, e por quem podem ser assim considerados?*"

O conceito de doença, seja ela física ou mental, implica o *desvio de alguma* norma claramente *definida*. No caso de doença física, esta norma reporta-se à integridade estrutural e fun-

cional do corpo humano. Assim, embora a conveniência em se manter da saúde física tenha um valor ético, a definição do que é a saúde implica que esta pode ser determinada com referência a elementos anatómicos e fisiológicos. Se nos interrogarmos sobre *qual é o desvio de norma a partir do qual podemos considerar estar em presença de uma doença mental?* não é tão simples obter uma resposta. O que quer que essa norma possa ser, de uma única coisa podemos estar certos: que ela deve ser equacionada e expressa através de conceitos *psicossociais*, *éticos* e *jurídicos*. Por exemplo, noções como "repressão excessiva" ou "agir fora de um impulso inconsciente" ilustram a utilização de conceitos psicológicos para julgar a (assim chamada) saúde ou doença mental. A ideia de que a hostilidade crónica, a vingança ou o divórcio são indicativos de doença mental constitui uma boa ilustração do uso de normas éticas (pois aceita-se, implicitamente, a conveniência do amor, da bondade ou de uma relação caracterizada por uma união estável). Finalmente, a opinião psiquiátrica generalizada de que apenas uma pessoa mentalmente doente cometeria um homicídio ilustra claramente o uso de um conceito jurídico em associação como uma norma de saúde mental. A norma a partir da qual, sempre que falamos de doença mental e é medido o desvio em relação à saúde mental, tem um carácter *psicosocial e ético*. No entanto, o tratamento é definido em termos de medidas *médicas* - esperando e aceitando - que essas medidas sejam isentas de grandes particularidades de teor ético. A definição da perturbação e o seu tratamento estão, por isso, em sério desacordo entre si. O significado prático deste conflito implícito entre a alegada natureza da perturbação e o seu respetivo tratamento não pode ser menosprezado.

Tendo identificado as normas utilizadas para avaliar e medir os desvios em caso de doença mental, vamos agora colocar uma outra questão: "*quem define as normas e, consequentemente, quem é que define igualmente que existe de facto um desvio relativamente a elas?*" Pode responder-se de dois modos a esta interrogação:

- (a) Pode ser a própria pessoa (ou seja, o paciente) quem toma a decisão de se pronunciar se se afasta efetivamente de uma determinada norma. Por exemplo, um artista que crê estar a passar por uma fase de

inibição para o trabalho, pode corroborar essa conclusão ao buscar a ajuda de um terapeuta *para si mesmo*, a fim de ultrapassar tal situação.

- (b) Pode ser alguém, para além do paciente, quem decide que este último é desviante (por exemplo, os familiares, os médicos, as autoridades jurídicas ou a sociedade em geral, etc.). Neste caso, outras pessoas que não o paciente podem contratar um psiquiatra para fazer algo *por* ele, no sentido de corrigir o seu desvio em relação à norma.

Estas considerações sublinham a importância de se colocar a seguinte questão "o psiquiatra é um agente de quem?" e também de se procurar dar uma resposta sincera a esta interrogação (Szasz, 1956, 1958). O psiquiatra (psicólogo ou psicoterapeuta não-médico), de acordo com os desenvolvimentos atuais, pode ser o agente do paciente, mas pode estar a ser, em alternativa, o agente dos familiares, da escola, dos serviços militares, de uma organização empresarial ou de um Tribunal judicial, entre outros. Ao dizer que o psiquiatra pode ser encarado como agente dessas pessoas ou dessas organizações, não queremos afirmar implicitamente que os seus valores relativamente às normas, nem as suas ideias e objetivos sobre o que é necessário fazer em termos terapêuticos para corrigir a situação, coincidem exatamente com os daqueles que solicitaram a sua intervenção. Por exemplo, um paciente em psicoterapia individual pode acreditar que a sua salvação reside num novo casamento sem que o seu psicoterapeuta compartilhe obrigatoriamente tal convicção.

No entanto, enquanto agente do paciente, o psiquiatra (psicoterapeuta) deve abster-se de deixar influenciar pelos constrangimentos sociais e legais que rodeiam o paciente, o que o impede muitas vezes de colocar as suas crenças em ação. Se o seu *contrato* é com o paciente, pode discordar dele ou dar por terminado o tratamento, mas não pode envolver os outros no sentido de colocarem obstáculos às aspirações daquele. Da mesma forma, se um psiquiatra for contratado por um tribunal para determinar a sanidade mental de um criminoso, não precisa de compartilhar plenamente os valores das autoridades jurídicas nem as suas intenções em relação ao criminoso ou sequer as suas convicções acerca dos meios que estão disponíveis para lidar com ele. Mas o psiquiatra está expressamente impedido de afirmar, por exem-

plo, que não é o criminoso quem sofre de "insanidade", mas os homens que escreveram a lei, com base no facto de que seriam as próprias ações que estão a ser julgadas que poderiam ser consideradas "criminosas". Uma tal opinião poderia ser expressa, é claro, mas nunca em tribunal nem por um psiquiatra que exerce a sua prática assessorando esse mesmo tribunal na realização de seu trabalho diário.

Para recapitular: no contexto social atual, a identificação de uma doença mental é feita determinando a existência de um desvio do comportamento relativamente a determinadas normas psicossociais, éticas, ou legais. O julgamento que conduz a esta identificação pode ser feito – tal como sucede na medicina em geral – pelo paciente, pelo médico (psiquiatra) ou, ainda, pelas outras pessoas. Finalmente, a ação terapêutica tende a ser procurada num contexto terapêutico – ou encapotadamente médico – criando, assim, uma situação em que os desvios *psicossociais, éticos, e/ou legais* são entendidos como suscetíveis de serem corrigíveis mediante uma (assim chamada) *intervenção médica*. Uma vez que a ação médica é projetada para corrigir unicamente desvios médicos, parece ser logicamente absurdo esperar que ela ajude a resolver os problemas cuja própria existência foi definida e sistematizada em bases não-médicas. Penso que será muito útil aplicar estas considerações à presente utilização de tranquilizantes na ação terapêutica junto destes pacientes e, mais genericamente, a tudo o atualmente se espera de medicamentos de qualquer tipo, os quais são administrados na expectativa de melhorarem ou solucionarem os problemas existenciais do ser humano.

O papel da ética na Psiquiatria

Tudo o que as pessoas *fazem* – em contraste com as coisas que lhes *acontecem* (Peters, 1958) – ocorre num contexto valorativo. Neste sentido lato, nenhuma atividade humana é desprovida de implicações éticas. Quando os valores subjacentes a certas atividades são amplamente compartilhados, aqueles que participam no seu cumprimento podem perdê-los de vista completamente. O domínio científico da medicina, tanto enquanto uma ciência pura (por exemplo, ao nível da pesquisa) como enquanto uma tecnologia (por exemplo, ao nível da terapia), envolve muitos julgamentos e considerações éticas. Infelizmente, estes são frequentemente negados, minimizados, ou meramente

mantidos fora de focalização; o ideal da profissão médica, bem como das pessoas que este ideal serve, parecem surgir no quadro de um sistema da medicina (alegadamente) livre de valores éticos. Esta convicção é manifesta em suposições como a prontidão do médico para tratar e ajudar todos os pacientes, independentemente das suas crenças religiosas ou políticas ou da circunstância de serem ricos ou pobres, etc. Apesar de haver alguns fundamentos para esta crença – embora seja uma visão que não é necessariamente sempre verdadeira – é um facto que as considerações éticas abrangem uma vasta gama de assuntos humanos. Ao se tornar a prática da medicina neutra em relação a algumas questões valorativas específicas, isto não significa que ela possa ser mantida isenta de todos os valores. A prática da medicina está intimamente ligada à ética; e a primeira coisa a fazer, segundo me parece, é tentar deixar isto claro e explícito. Contudo, deixarei aqui este assunto de parte, pois não é o objeto específico deste ensaio. No entanto, para que não haja qualquer dúvida sobre o modo como e onde a ética e a medicina se interrelacionam, não quero deixar de lembrar ao leitor questões tais como o controle de natalidade, o aborto, o suicídio e a eutanásia, as quais constituem apenas algumas das principais áreas da controvérsia ético-médica na atualidade.

Admito que a psiquiatria está muito mais intimamente ligada a problemas de ética do que a medicina. Uso aqui o termo "psiquiatria" para me referir a essa disciplina contemporânea que se preocupa com os *problemas existenciais* (e não com as doenças do cérebro, que são problemas do âmbito da neurologia). Os problemas nas relações humanas podem ser analisados e interpretados e pode ser-lhes atribuído um significado, mas somente dentro de contextos sociais e éticos determinados. Por conseguinte, as orientações socioéticas do psiquiatra fazem uma enorme diferença – sem que seja possível sustentar argumentos em contrário – pois irão influenciar as suas ideias sobre o que está errado com o paciente, relativamente ao que merece um comentário ou uma interpretação e sobre quais serão as possíveis direções em que a mudança pode ser considerada desejável, e assim por diante. Mesmo na medicina propriamente dita, esses fatores desempenham um papel crucial, por exemplo, nas orientações divergentes que os médicos, consoante as suas

afiliações religiosas, têm em relação a tópicos como o controle de natalidade e o aborto terapêutico. Alguém poderá realmente acreditar que as ideias de um psicoterapeuta sobre as crenças religiosas ou a escravatura, ou sobre outras questões similares não desempenham nenhum papel no seu trabalho prático? Mas então, se fazem diferença, o que é que podemos concluir em função disso? Não parece razoável que devessemos ter diferentes terapias psiquiátricas – cada uma delas, reconhecendo as posições éticas que corporizam – por exemplo, para católicos ou para judeus, para pessoas religiosas ou para agnósticos, para democratas ou para comunistas, para brancos ou para negros e assim por diante. Na verdade, se olharmos para a forma como a psiquiatria é realmente praticada hoje em dia (especialmente nos Estados Unidos), constatamos que as pessoas procuram ajuda psiquiátrica de acordo com o seu estatuto social e com as suas crenças éticas (Hollingshead & Redlich, 1958). Isso não deveria surpreender-nos realmente mais do que o facto de os católicos praticantes raramente frequentarem as clínicas de controle de natalidade.

A posição referida que sustenta que os psicoterapeutas contemporâneos lidam com problemas existenciais – e não com doenças mentais ou com o seu processo de cura – está em oposição a uma reivindicação atualmente prevalente, segundo a qual a doença mental é tão "real" e "objetiva" como a doença física. Esta reivindicação é confusa, uma vez que nunca se sabe exatamente o que entendemos por termos como "real" e "objetivo". Contudo, suspeito que a intenção dos proponentes deste ponto de vista é criar na mente popular a ideia de que a doença mental é algum tipo de entidade doentia da mesma espécie que uma infecção ou uma doença maligna. Se isto fosse verdade, poderíamos adoecer com uma "doença mental" ou *apanhá-la*, poderíamos *tê-la* ou *sofrer* dela, assim como *transmiti-la* aos outros e, finalmente, *poderíamos livrar-nos* dela. Na minha opinião, não há qualquer espécie de dados que permitam apoiar esta ideia. Pelo contrário, todos os factos apontam em sentido contrário, apoiando a convicção de que aquilo que as pessoas designam agora como doenças mentais consiste, na sua quase totalidade, em comunicações que contêm ideias inaceitáveis, expressas, além disso, na maior parte das vezes, de um modo incompreensível. O âmbito deste ensaio permite-

-me contudo que não tenha de continuar a fazer menção a esta abordagem teórica alternativa do problema (Szasz, 1957^c).

Este não é o lugar adequado para descrever em detalhe as semelhanças e as diferenças entre as doenças físicas e as mentais. É suficiente enfatizar uma diferença importante entre elas: ou seja, que, considerando que a doença física se refere a ocorrências bem visíveis as quais se traduzem em alterações físico-químicas, a noção de doença mental é usada para nomear algo relativamente mais privado, nomeadamente acontecimentos sociopsicológicos dos quais o observador (que as diagnostica) faz parte integrante. Por outras palavras, o psiquiatra *não se destaca* do que observa, sendo, como diz Harry Stack Sullivan, um "observador participante". Isto significa que está *comprometido* com a perceção do que ele considera ser a realidade – e com o que ele acha que a sociedade considera ser a realidade –, observando e julgando o comportamento do paciente à luz dessas considerações. Isto remete-nos para a nossa observação anterior de que a noção do sintoma mental, em si própria, implica um confronto entre as perspetivas do observador e do observado, ou seja, do psiquiatra e do paciente. Isto é tão óbvio que posso ser acusado de estar a proferir trivialidades. Permitam-me, portanto, que esclareça, mais uma vez, que o meu objetivo, ao apresentar este argumento, é criticar expressamente e contrariar a tendência contemporânea prevalente para se negarem os aspectos morais da psiquiatria (e da psicoterapia) substituindo-os por considerações médicas alegadamente neutras em termos de valoração ética. A psicoterapia, por exemplo, está a ser amplamente praticada presumindo que não visa mais nada do que restaurar o paciente de um estado de doença mental para um de saúde mental. Embora seja geralmente aceite que a doença mental tem algo a ver com as relações sociais (ou interpessoais) do ser humano, paradoxalmente, considera-se que os problemas ligados com os valores (ou seja, com a ética) não desempenham nenhum papel neste processo. No entanto, num certo sentido, grande parte da psicoterapia mais não faz do que girar em torno da elucidação e da apreciação de metas e de valores – muitos dos quais podem ser mutuamente contraditórios – assim como em torno dos meios através dos quais poderiam ser melhor harmonizados, realizados, ou abandonados.

A diversidade de valores humanos e os métodos por meio dos quais eles podem ser realizados é tão vasto – tanto mais que muitos deles permanecem não reconhecidos – que não podem deixar de conduzir a conflitos nas relações humanas. Contudo, dizer que as relações humanas, a todos os níveis – desde a da mãe com a criança até às que se estabelecem entre marido e mulher ou entre diversas nações – são pontuadas pelo *stress*, pela tensão e pela desarmonia é mais uma vez uma afirmação demasiado óbvia. No entanto, o que pode parecer óbvio pode ser também mal compreendido, o que penso ser aqui o caso, pois parece-me que – pelo menos nas nossas teorias científicas acerca do comportamento – não *aceitamos* o simples fato de que as relações humanas estão inerentemente repletas de dificuldades e que, para torná-las mesmo que apenas relativamente harmoniosas é precisa muita paciência e um trabalho árduo. Considero que a ideia de doença mental está sendo trabalhada no sentido de minimizar certas dificuldades que presentemente são inerentes às relações sociais entre as pessoas, embora isso não queira dizer que aceita que estas precisem de ser necessariamente modificadas. Se isso for verdade, o conceito funciona como um disfarce; pois, em vez de chamar a atenção para as necessidades humanas ou para as aspirações ou os valores conflituais, a noção de doença mental fornece uma "coisa" amoral e impessoal (uma "doença") enquanto explicação para os *problemas existenciais* (Szasz, 1959). Podemos recordar relativamente a isto que, não há muito tempo, eram os demónios e as bruxas que eram responsabilizados pelos problemas das pessoas na vida social. A crença na doença mental, como algo diferente das dificuldades do ser humano em se dar bem com os seus semelhantes, é a herdeira legítima da crença na demonologia e na bruxaria. A doença mental existe ou é "real" exatamente do mesmo modo que as bruxas existiam ou eram "reais".

Escolha, responsabilidade e psiquiatria

Embora eu tenha argumentado que as doenças mentais não existem, obviamente não queira com isso dizer que os acontecimentos de natureza social e psicológica a que esta classificação está sendo agora atribuída também não existem; tal como os problemas pessoais e sociais que as pessoas tinham na Idade Média, são

suficientemente reais. O que nos preocupa são os rótulos que lhes atribuímos e o que fazemos subsequentemente a ter procedido a essa rotulação. Embora não possa desenvolver aqui todas as implicações deste problema, vale a pena ter em vista que foi uma concepção demonológica dos problemas existenciais que deu origem à terapia num contexto teológico. Hoje em dia, a crença nas doenças mentais implica – ou melhor, exige – que a terapia se insira num contexto médico ou psicoterapêutico.

Isto implica que a linha de pensamento que aqui é estabelecida seja algo bem diferente. Não pretendo oferecer uma nova concepção de "doença psiquiátrica" nem uma nova forma de "terapia". O meu objetivo é mais modesto, mas também mais ambicioso. Sugiro que os fenómenos que agora designamos como doenças mentais sejam olhados de um modo novo e mais simples, retirando-os da categoria de doença, e que sejam considerados como a expressão da luta do homem com os problemas inerentes ao modo *como* deve viver. A última questão mencionada é, obviamente, vasta, refletindo essa sua vastidão não só a incapacidade do homem para lidar com o seu ambiente, mas, sobretudo, a sua cada vez maior capacidade para refletir acerca de si próprio.

Por problemas existenciais, refiro-me aquela reação em cadeia verdadeiramente explosiva que começou quando o homem perdeu a graça divina ao colher o fruto da árvore do conhecimento. A consciência do homem acerca de si mesmo e do que o mundo pensa sobre ele parece ser uma constante em rápida expansão, que traz consigo o despertar de um grande *fardo da compreensão* (uma expressão tomada emprestada a Susanne Langer, 1953). Ora, *este fardo é algo que seria de esperar que não fosse mal interpretado*. O nosso único *meio racional* para o clarificar é conseguir atingir uma *maior compreensão*, assim como levar a cabo as *ações* apropriadas com base em tal compreensão. A nossa principal alternativa reside ainda em agir como se o fardo não fosse o que na verdade percebemos que é, refugiando-nos então numa visão teológica ultrapassada do homem; sob tal perspectiva, o ser humano não seria livre de conduzir a sua vida autonomamente, nem conseguiria influenciar muito do mundo que o rodeia, pois viveria o seu destino num mundo criado por seres superiores. Isto pode logicamente

conduzir à sua não-responsabilização quando posto perante problemas e dificuldades aparentemente incompreensíveis. No entanto, se falharmos em assumir a responsabilidade crescente pelas nossas ações, tanto individual como coletivamente, parece improvável que algum poder ou ser superior assumisse essa tarefa ou carregasse esse fardo por nós. Note-se que o nosso tempo dificilmente poderá ser um tempo adequado na história humana para se esca-motear a questão da responsabilidade pelas nossas próprias ações, escondendo-nos por detrás de uma concepção abrangentemente explicativa que invoca a doença mental.

Conclusões

Tentei mostrar que a noção de doença mental tem sobrevivido a qualquer utilidade que poderia ter tido no passado, funcionando agora simplesmente como um mito conveniente. Nesse sentido, é uma verdadeira herdeira dos mitos religiosos, em geral, e da crença na bruxaria, em particular. O papel de todos esses sistemas de crenças foi atuar como *tranquilizantes sociais*, incentivando assim a esperança de que o domínio de certos problemas específicos possa ser conseguido por meio de operações de substituição (simbólicas-mágicas). Por conseguinte, a noção de doença mental serve principalmente para iludir o facto quotidiano de que, para a maioria das pessoas, a vida é uma luta contínua, não no sentido de se alcançar a sobrevivência biológica, mas de se conseguir um "lugar no sol", a "paz de espírito", ou qualquer outro valor humano. Para o homem consciente de si mesmo e do que o mundo pensa acerca dele, estando as necessidades de preservação do próprio corpo (e talvez as ligadas com ter uma descendência) mais ou menos satisfeitas, surge o problema do que deve fazer consigo próprio. A fácil adesão ao mito da doença mental permite que as pessoas evitem enfrentar este problema, ao acreditarem que a saúde mental, concebida como a ausência de uma doença mental, lhes assegura automaticamente a realização das escolhas certas e seguras no modo como conduzem a sua vida. Mas os factos são outros. É a sua decisão por boas escolhas na vida que vai ser retrospectivamente considerada pelos outros como um indicativo de uma boa saúde mental!

Além disso, o mito da doença mental encoraja-nos a crer no seu corolário lógico: que as

relações sociais são algo de harmonioso e satisfatório, constituindo a base segura de uma "boa vida" sem as influências perturbadoras da doença mental ou da "psicopatologia". Deste ponto de vista, o potencial para a felicidade humana universal parece-me ser outro exemplo da fantasia do eu-desejo-que-fosse-verdadeiro. Eu *acredito*¹ que é possível atingir o bem-estar ou a felicidade humana numa escala inimaginavelmente grande e que estes não são algo alcançável apenas por uns poucos eleitos. Contudo, só se poderá atingir tais objetivos à custa de muitas pessoas, preservando unicamente aquelas dispostas e capazes de enfrentarem os seus conflitos pessoais, sociais e éticos. Isso significa que estas seriam as que demonstram coragem e integridade para renunciar a batalhas travadas em frentes falsas, encontrando soluções para estratégias de substituição – por exemplo, ao lutarem contra a batalha da acidez gástrica e a fa-

liga crónica em vez de enfrentarem um conflito conjugal.

Os nossos adversários não são demónios, bruxas, o destino ou uma doença mental. Não temos nenhum inimigo com quem possamos lutar nem que possamos exorcizar ou afastar através de uma "cura". O que temos são *problemas existenciais* – os quais são biológicos, económicos, políticos ou psicossociológicos. Neste ensaio, preocupei-me apenas com os problemas ligados a esta última categoria mencionada e, dentro desse grupo, principalmente com aqueles inerentes aos valores morais. O campo da psiquiatria moderna é muito vasto e eu não fiz nenhum esforço para o abranger na sua totalidade. A minha argumentação concentrou-se em propor que a doença mental é um mito, cuja principal função consiste em disfarçar e tornar mais agradável a pílula amarga dos conflitos morais nas relações humanas.

Nota

- ¹ Nota do editor dos *Classics in the History of Psychology*: no texto original surge aqui a palavra "não" (não acredito, em vez de acredito) Contudo, em comunicação pessoal, o Dr. Szasz informou-o de que isto era o resultado de um erro tipográfico entretanto corrigido nas reimpressões seguintes deste artigo.

Bibliografia

- Hollingshead, A.B., & Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
- Jones, E. (1957). *The life and work of Sigmund Freud*. Vol. III. New York: Basic Books.
- Lancer, S.R. (1953). *Philosophy in a new hey*. New York: Mentor Books.
- Peters, R.S. (1958). *The concept of motivation*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Szasz, T.S. (1956). Malingering: "Diagnosis" or social condemnation? *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, 76, 432-443.
- Szasz, T. S. (1957^a). *Pain and pleasure: A study of bodily-feelings*. New York: Basic Books.
- Szasz, T.S. (1957^b). The problem of psychiatric nosology: A contribution to a situational analysis of psychiatric operations. *American Journal of Psychiatry*, 114, 405-413.
- Szasz, T.S. (1957^c). On the theory of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 166-182.
- Szasz, T. S. (1958). Psychiatry, ethics and the criminal law. *Columbia Law Review*, 58, 183-198.
- Szasz, T. S. (1959). Moral conflict and psychiatry, *Yale Review* (in press).