



Psicologia e saúde: paradigmas unificadores atuais

José António ZAGALLO-CARDOSO¹

SUMÁRIO: 1. Preâmbulo. 2. Introdução. Perspectiva salutogênica versus perspectiva patogênica. 3. Desenvolvimento. 3. 1. Paradigmas Unificadores em Psicologia e em Saúde. 3.2. Paradigma Holístico. 3.3. Paradigma Ecológico. 3.4. Paradigma Interdisciplinar. 3.5. Paradigma Preventivo-Preditivo. 4. Conclusão- 5. Bibliografia

Resumo

No presente estudo, tentamos identificar e sistematizar os paradigmas atuais, que são unificadores dos campos da Psicologia e da Saúde. No sentido de organizar uma tetralogia coerente, detalhamos os principais aspectos de cada um deles (Paradigma Holístico, Paradigma Ecológico, Paradigma Interdisciplinar e Paradigma Preventivo-Preditivo).

Abstract

In this study, we try to identify and to systematize the actual paradigms that are unifying the fields of Psychology and Health. Having in view to organize a coherent tetralogy we analyze the main aspects of each of theme (Holistic Paradigm, Ecological Paradigm, Interdisciplinary Paradigm and Preventive-Predictive Paradigm).


1. Preâmbulo

«...a nossa primeira descoberta foi descobrir a ideia de descoberta».
Fernando Pessoa (1888-1935)

Ao redigir de uma *«lição de síntese»* difícil se torna eximir-nos ao trabalho hermenêutico de procurar deslindar qual a interpretação e o propósito a dar aos termos: *«Lição de Síntese»*.

O clássico preceito da escolástica prescrevia, precisamente, tratar de um qualquer assunto começando pela definição dos termos, nele versados. Sem a pretensão de seguir à letra tal preceito, não podemos deixar de levantar duas interrogações preliminares: Que síntese se pretende convocar, aqui, ou melhor, como interpretar a adjetivação proposta para a *«lição»*? Qual o possível objeto para essa *«síntese»*?

¹ Professor da Universidade de Coimbra e do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Porto



Na resposta à primeira dessas duas questões, vislumbram-se três significados possíveis, que abarcam a síntese dita hegeliana (D' Hondt, 1963), enquanto momento último da trilogia sequencial precedida das respectivas tese e antítese, o que não se afigura, aqui, como intenção subjacente; a síntese pessoal, enquanto retrato do percurso curricular acadêmico-científico do seu autor, que bem poderia ser o caso se assim fosse explicitado; a síntese como entendimento do senso comum, isto é, «resumo».

Sendo adotado o senso comum, fica por esclarecer, ainda, qual o objeto da síntese/resumo, pelo que a mesma tanto pode reportar-se a «fatos» (investigações empíricas) como a «ideias» (investigações teóricas). Tendo em mente, ou melhor, ficando sob o signo pessoano deparamo-nos com a noção de que, segundo o nosso poeta maior, a primeira descoberta foi, precisamente, descobrir a *ideia* de descoberta, denotando, assim, o valor heurístico das ideias enquanto *instrumentos conceituais*.

Em termos científicos, as ideias revestem a forma de «Conceitos», «Teorias», «Modelos» e «Paradigmas» (Chalmers, 1987). E tanto basta para nos dedicarmos a ideias e irmos ao encontro daqueles *instrumentos conceituais* que, em Psicologia e em Saúde, possam constituir «traços de união» avais dos seus corpos teóricos.

Essa tarefa parece poder justificar-se não apenas por tentar ir ao encontro dos «Paradigmas Unificadores Atuais» desses campos, como também por o mesmo ser, historicamente, tão marcado pela divergência de correntes oriundas da Psiquiatria, escolas seguidas em Psicologia e diferentes teorias da personalidade e do comportamento humano. Assim sendo, a «Lição de Síntese» cobre um problema teórico-prático do âmbito da disciplina, e tem por título «Psicologia e Saúde» e por subtítulo «Paradigmas Unificadores Atuais».

Pretendemos, então, traçar, aqui, uma *perspetiva integradora quanto* ao problema suscitado, no campo recente da moderna Psicologia, enquanto ciência da saúde (Rodrigues, 1994). É um tema que se nos afigura ser tão mais relevante quanto é agregador dos saberes envolvidos e extensivo, a cada dia que passa, a um crescente número de áreas de aplicação (saber fazer) da Psicologia e ciências do comportamento à saúde e às ciências da vida. No nosso espírito, esteve a preocupação de articular um tema de ensino, em saúde, com as necessidades sociais que lhe correspondem.

Quanto aos destinatários da «lição,» seja-nos permitido, admitir que eles possam ser os Alunos, para os quais é pensado o processo de ensino-aprendizagem: mais, concretamente, Alunos de Ciências da Saúde.

Aquilo que almejamos equacionar, aqui, não pretende ser, propriamente, inovador, mas esperamos que possa contribuir, ou melhor, fomentar o debate das questões levantadas pelo campo da Psicologia e da Saúde e pela sua aplicação às comunidades e às pessoas. É uma matéria sobre a qual há muitas questões e que está muito longe de ser um assunto esgotado, desde logo quanto aos paradigmas que foram objeto de seleção e aos que o não foram. Com efeito, não temos qualquer pretensão de dizer a última palavra sobre o assunto. Por isso mesmo, a nossa atitude e os nossos comentários serão sempre muito mais interrogantes do que respondentes.

2. Introdução. *Perspectiva salutogênica versus perspectiva patogênica*

Ao tratar os principais «paradigmas unificadores», em Psicologia e em Saúde, devemos começar por ter presente a necessidade de deslindar alguns *nós* de «linguagem» dos médicos e de situar o binômio «saúde-doença» enquanto fenômeno social.

Como profissionais de saúde, não seria bom que tivéssemos consciência dos *nós* que enredam o nosso entendimento e a nossa linguagem? A «terminologia profissional» dos médicos (quer dizer, as palavras que escolhem para descrever a «realidade clínica») influenciou, decisivamente, os seus conceitos e as «representações sociais» a respeito da Saúde e das «doenças».


Talvez pela atitude face à «saúde» e à «causalidade», se explique a tendência, para interpretar o declínio da taxa média anual de mortalidade, por doenças infecciosas (por exemplo, a «tuberculose respiratória»), que se verificou em todos os países industrializados da Europa Ocidental, como mero resultado da introdução da quimioterapia, em 1947, esquecendo-nos de que a mortalidade, por tuberculose, vinha decaindo, nitidamente, desde que foi descrita, pela primeira vez, em 1838, em virtude da modificação das condições que tornaram a tuberculose tão temível (a diminuição das resistências às infecções devido à mal nutrição e à exposição à promiscuidade, em grandes aglomerados populacionais).

Conforme Thomas McKeown (1976) concluiu, com fundamento, no seu estudo de revisão, as principais influências sobre a saúde – nutrição, ambiente e comportamento – são exteriores ao sistema de saúde e ficam de fora do âmbito dos cuidados de saúde (promover estilos de vida saudáveis, ambientes físicos e sociais saudáveis e, sobretudo, melhorar a qualidade de vida).

Seja-nos permitida, aqui, uma certa simplificação e, por que não, um certo grau de dogma para clarificar o ponto de partida do nosso pensamento ao tratar a «Lição de Síntese». O *princípio fundador* que informa toda esta «lição» e tudo aquilo que procuraremos mostrar é que *compreender a doença (e compreender os comportamentos na doença) não chega (é, certamente, muito pouco ou quase nada) para explicar a saúde (e os comportamentos de saúde)*.

A «perspectiva salutogênica» não pode confundir-se com a «perspectiva patogênica» (Angeram-Camon, 2004; Figueira, 2006). Aplicar ao campo da Saúde e, em especial, à Psicologia da Saúde e à Educação para a Saúde, os modelos de doença parece ser, profundamente, errôneo. Honestamente, sabe-se muito menos acerca das dimensões psicológicas e sociais da Saúde do que das dimensões da doença.

A nossa perspectiva é convergente com correntes que vão da *Saúde Mental* (isto é, da ótica do «bem-estar» e não propriamente da «patologia mental») à *Psicologia Positiva* (isto é, à preocupação com a «vida feliz» e não com a «correção dos desvios»), numa palavra e ao jeito de Bachelar (1990) a nossa perspectiva é convergente com uma «ruptura epistemológica», que sentimos a necessidade de afirmar, radicalmente, isto é, fundamentá-la desde a raiz sociocultural e histórico-científica. Podemos encarar esse corte como uma faceta de um movimento epistemológico mais vasto, oriundo dos anos 60 do Século XX, que questionou, amplamente, o «modelo clínico» e o «modelo médico-psicológico».



Esse *princípio*, a nosso ver radical, de concepção e de concretização da Saúde não é generalizadamente aceite, sendo mesmo rejeitado, tanto na teoria como na prática dos profissionais mais arreigados ao modelo biomédico (ou médico-psicológico), tal como apontou Engel (1962; 1977; 1982). Aliás, o «modelo psicológico» merece-nos as maiores reservas, quando ao clamar, ingenuamente, contra o «modelo biomédico» mais não faz que caricaturá-lo, reproduzi-lo e, em grande escala, generalizá-lo, afinal de contas.

3. Desenvolvimento

3. 1. Paradigmas Unificadores em Psicologia e em Saúde.

Na abordagem de qualquer campo científico, afigura-se desejável e útil dispor de fundamentos coerentes e consistentes. Por isso mesmo, pensamos que vale a pena meter ombros ao tema desta «lição de síntese» e cremos que se legitima a sua escolha.


No seu livro *The Structure of Scientific Revolutions*, Kuhn (1970) considera que cada período histórico da evolução daquilo a que se chama a ciência «normal» se caracteriza por um «paradigma dominante», com o que este autor pretende significar, entre outras acepções, o conjunto articulado de «*postulados científicos — conceituais, teóricos, instrumentais e metodológicos — que, durante certo tempo, fornecem modelos de problemas e de soluções a uma comunidade de praticantes da atividade científica*».

Segundo a difundida teoria de Kuhn, o «paradigma dominante» não é, obrigatoriamente, um paradigma único e exclusivo. Na verdade, o conceito e a definição de «paradigma dominante» implicam e pressupõem ou, pelo menos, admitem, implicitamente, a existência simultânea de paradigmas «dominados» ou outros, ainda que não legitimados, que desempenham, igualmente, um papel relevante. Por conseguinte, aceita-se uma coexistência de paradigmas com graus de preponderância e de aceitação variáveis.

Falar de Paradigmas Unificadores Atuais, em Psicologia e em Saúde, implica, antes de mais nada, identificar e, se possível, caracterizar esses paradigmas, ainda que incipientes ou nem sempre amplamente vigentes.

Se analisarmos, à luz das concepções de Kuhn, os fundamentos teóricos e a práxis da Psicologia e da Saúde, poderemos identificar os «paradigmas unificadores» desse campo. Ao procedermos a essa análise, nomeadamente, através do respaldo histórico das ideias, nesse campo, deparamos com um conjunto de «paradigmas unificadores» emergentes, que se afirmam em quatro domínios. São eles o domínio «conceitual», o domínio «relacional», o domínio «temporal» e o domínio «dimensional». É, em cada um desses domínios, que se definem e traduzem outras tantas configurações, nos objectivos, na filosofia, nos princípios e na prática, em torno da Saúde, que podemos apelidar de «paradigmas».

No domínio conceitual, em que o primeiro conceito, o conceito matricial é a resposta — sem a qual de nada adianta falar sobre aquilo que venham a ser, na expressão de Barahona Fernandes (1969), as «Antropociências» —, a «o que é o Homem?», emerge o *Paradigma Holístico*, que rompe com o atomístico e o fragmentar. No domínio relacional, emerge o *Paradigma Ecológico*, que se contrapõe ao autosuficiente e ao isolado. No domínio dimensional, emerge o *Paradigma Interdisciplinar*, que sucede ao unidisciplinar e contrapõe uma interdisciplinariedade ativa à multidisciplinariedade fragmentar e acrítica. Por fim, no



domínio temporal, emerge o *Paradigma Preditivo*, que sucede ao curativo e se acrescenta ao preventivo, afirmando o futuro no presente, por antecipação da informação sobre saúde e doença.. Quanto a nós, estas quatro grandes referências estruturantes ou «Paradigmas», ainda que não esgotem o leque possível, enquadram a identidade ou identidades do atual campo da saúde.

Esta perspectiva permite conceber a(s) identidade(s) da Psicologia e da Saúde organizada, em torno desses quatro diferentes «paradigmas unificadores». Passemos, então, a discutir alguns aspectos dessas quatro grandes referências centradas, no *holístico*, no *ecológico*, no *interdisciplinar* e no *preventivo-preditivo*.

3.2. Paradigma Holístico

«Todas as coisas são causas e efeitos, subsidiárias e subsidiantes, mediatas e imediatas. E todas estão encadeadas por um laço natural e imperceptível, que liga as mais distantes e diferentes, sendo impossível conhecer particularmente as partes sem conhecer o todo, nem conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes»

Blaise Pascal (1623-1662)

O paradigma holístico é um modelo global e total, que resulta de uma perspectiva sintética (Wilber, 1982). Etimologicamente, a palavra «holismo» deriva do grego *holikós* («universal») e *ismo* («sistema»), significando a tendência, que se supõe ser própria do Universo, a sintetizar unidades, sob a forma de uma totalidade organizada. Nas várias correntes do pensamento contemporâneo, chama-se *holismo* à doutrina segundo a qual o todo como tal, sobretudo o ser vivo, tem propriedades que faltam aos seus elementos constitutivos — o todo seria algo mais do que a soma das parcelas. Por outras palavras, o todo é uma síntese, por efeito estruturante da interação das partes. A proposta do paradigma holístico deve muito às teses apresentadas, pelo físico austríaco Fritjof Capra (2000⁴), sobre a complementaridade da partícula quântica, em Física, em cuja formulação original defende que a realidade contém todas as partes, no seu todo, e que cada parte, em si mesmo, contém, também, o todo (Woit, 2006).

O modelo holístico, em que a pessoa é vista como um todo, uma síntese complexa e não um somatório das suas múltiplas dimensões (físico-química, biológica, afetiva, cognitiva, comportamental, interpessoal, sociocultural, etc.), reflecte-se nos fenómenos de saúde e de doença. A saúde e a doença são encaradas como processos dinâmicos, em mudança constante, e explicados por uma multicausalidade, em que se considera a relevância dos factores biológicos, psicológicos e socioculturais.

No campo da Psicologia e da Saúde, vem-se reconhecendo o modelo holístico (Engel & Noblit, 1992), e aceitando a existência solidária da tríade dimensional — biológica, psicológica e social —, que traduz esse todo complexo e global que é o ser humano, cuja unidade e unicidade são a marca da Pessoa humana irreductível a qualquer perspectiva reducionista ou acumulativo-associacionista do tipo bio-psico-sociológico. A realidade «biopsicoecosociohistóricocultural» constitui um todo indissociável, em que aquilo que se define como sendo «parte» é inseparável e dependente do todo, em união recíproca.

Curiosamente, este tipo de mundivisão faz lembrar, em muitos aspectos, os conceitos próprios de civilizações muito antigas (muitos séculos anteriores à «ascensão e



esplendor» do empirismo de Bacon, Galileu e Newton). Referimo-nos à história da ciência na China e, para ilustrar o que acabámos de dizer, podemos citar Needham (1956): «o Universo é encarado, em si mesmo, um vasto organismo, em que ora um ora outro dos seus componentes assume a direcção. É um organismo espontâneo, não criado, em que todas as partes colaboram entre si num serviço mútuo [...]. Num sistema como este, a ‘causalidade’ é reticular a hierarquicamente flutuante, e não fragmentária ou linearmente encadeada. Com isto quero dizer que a concepção chinesa de ‘causalidade’ a respeito do Mundo Natural é semelhante à do fisiologista, que estuda a rede nervosa dos celenterados ou a chamada ‘orquestra endócrina’ dos mamíferos [...]. Tudo isto significa uma forma de pensar muito diferente do conceito de causalidade fragmentária mais simples, tipo bola de bilhar, em que o impacto inicial de determinado objecto é a causa única do movimento de outro».


Em nossa opinião, a abordagem da Saúde, tanto no campo da clínica como na área da investigação, talvez fosse mais correcta e tivesse mais significado se a concebermos (e às suas possíveis «causas») de acordo com aquilo a que Needham chama «modelo chinês» de causalidade reticular e hierarquicamente flutuante — que se opõe ao modelo de causalidade linear ocidental e newtoniano. No fundo, o «moderno princípio holístico» recupera muito do património cultural tradicional.

O reconhecimento da integração básica da adaptação humana, a totalidade da experiência humana, a unidade e bidireccionalidade de corpo-alma, as interrelações comportamento-ambiente são ancestrais, também, na cultura Ocidental, podendo ser encontrados desde a antiguidade clássica da cultura greco-romana, passando pela cultura islâmica peninsular e pela Idade Média.

A necessidade de preservar e de repor a harmonia corpo-espírito e pessoa-ambiente (natural e social) é reconhecida desde a Antiguidade. É o que, de um modo sintético, formularam os romanos, no seu clássico aforismo *mens sana in corpore sano* — isto traduz, cabalmente, o sentido holístico da Saúde. Não é justo olvidar o holístico e humanista modelo médico oriundo da cultura islâmica peninsular protagonizado pelos «médicos-filósofos» (os chamados *hakim*) desse tempo como Avicena (Ibn Sinâ), que foi seguidor de Hipócrates e Galeno e autor do célebre *Canon* ou Averrois. Poderíamos recuar aos primórdios da psicossomática e aos seus percussores, entre os quais avulta a figura ímpar e brilhante de Pedro Julião (ou Pedro Hispano), o Papa português João XXI, introdutor, na Europa, do saber médico helenístico dilatado pelos conhecimentos árabes e precursor da psicossomática, na sua obra *De Anima*, que comenta Aristóteles e que constitui, aliás, o mais antigo tratado conhecido de Psicologia...

É certo que essas perspectivas foram sendo (e são...) excluídas do «paradigma dominante», que, progressivamente, passou a ser erigido com as marcas de dualismo, racionalismo, mecanicismo, positivismo, cientismo, determinismo, reducionismo, biologismo...

Quantas vezes, a procura crescente, por parte da população, de medicinas alternativas ou de medicinas tradicionais ou populares, não traduz, precisamente, a procura daquilo que a medicina científica ocidental já não tem para oferecer, pela depuração que resultou de todas essas marcas.



No «paradigma holístico» de saúde e doença, está em causa a concepção sobre a natureza e a condição humanas, as relações interpessoais e a vida em sociedade. As implicações do campo da Psicologia e da Saúde apelam a transformações mais profundas do que as eticamente controversas modificações ou modulação dos comportamentos. Na verdade, está em jogo o desenvolvimento pessoal e social e o redimensionamento do projecto existencial. É o sentido do humanismo, da partilha e do encontro que se procura revitalizar. Ir ao encontro daquilo que realmente significa ser-se humano como Kierkegaard (1941), insistentemente, nos pedia que tivéssemos em conta.

A noção holística de Saúde alia-se, em articulação coerente, com a visão ecológica do Homem. Por isso, entendemos abordar, seguidamente, o «paradigma ecológico».

3.3. Paradigma Ecológico


«Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo» Ortega y Gasset (1883-1955)

O paradigma ecológico adopta uma óptica relacional e privilegia o sistema de interacção entre a pessoa e o meio. Uma das conclusões fundamentais e universalmente aceites, que resulta da investigação, é a de que, nos complexos sistemas ecológicos, tudo está interrelacionado, o que vai de encontro à perspectiva holística, que acabámos de esboçar.

O ponto de vista ecológico do Homem é oposto à visão do Homem isolado e «individual» (*in-divisível*, que não se divide). Nenhuma pessoa pode viver sem ambiente. Pessoa e meio ambiente de que faz parte são inseparáveis: um conjunto indissociável que deve funcionar de maneira integrada e em equilíbrio. Por isso mesmo, a Pessoa saudável ou doente tem de ser encarada a partir da rede de interacções, que protagoniza. Estudar, apenas, a Pessoa é proceder como se esta vivesse sem ambiente ecológico, num estado de isolamento puro. Em Psicologia e em Saúde, há que clarificar esta rede de interacções.

A concepção da ecologia como valor emergente comporta um *Ethos* e um *Eidos*, isto é, uma Ética e uma Simbologia, que nos permitem encarar este valor como motor da acção. Esta concepção não é tanto uma teoria, mas mais propriamente um novo paradigma subjacente à procura de novos modos de compreender e, também, de fazer. Como afirma Marques-Teixeira (1998), o paradigma ecológico reaproxima-se da formulação inicial do modelo hipocrático (no sentido da medicina humanista).

O «paradigma ecológico» procura congrega três importantes dimensões constitutivas, a saber: I) a reciprocidade dos laços e relações, que dizem respeito à pessoa e ao ambiente; II) a relatividade cultural; e III) a diversidade humana. Os aspectos básicos do «paradigma ecológico» podem definir-se à volta de certos planos. No plano dos valores, a aceitação da relatividade cultural e da diversidade humana implica que as diferenças respeitantes às pessoas e às formas de relação com o ambiente são desejáveis. No plano dos conceitos, valoriza-se a qualidade das relações entre as pessoas e o ambiente físico, social e mental. Por conseguinte, admite-se que os problemas humanos residem mais ao nível da relação pessoa-ambiente do que ao nível da «fraqueza» das pessoas ou da «inferioridade» dos ambientes, o que significa que não há pessoas nem ambientes inadequados, mas sim que a interacção entre pessoas e ambientes pode ser mais ou menos harmoniosa. No plano



da acção, promovem-se alternativas com base nos recursos e nas forças sociais existentes e não acções dirigidas às chamadas «fraquezas» das pessoas ou das comunidades.

Um paradigma, que se baseia na Ecologia e nos valores apontados, é não apenas uma via para valorizar as relações entre as pessoas e o ambiente, como também uma perspectiva inteiramente nova de encarar a mudança social. Esta perspectiva não visa ajustar cada pessoa a um único ambiente, como foi praticado, na «correção», também médico-pedagógica, de tantos dos chamados «desvios sociais» envolvendo desde canhotos a praticantes de onanismo e a homossexuais, mas sim promover e equiparar os recursos materiais e psicológicos, no sentido de *dar a todas as pessoas a oportunidade de ser cada um*. Isto é um ideal que tem implicações muito diferentes das dos paradigmas tradicionais baseados, na aceitação de um padrão único de competências pessoais e na classificação das pessoas segundo categorias diagnósticas «nosocomiais».

Podemos falar de três ambientes, que «envolvem e penetram» o Homem. A primeira ecologia diz respeito ao meio biofísico fora do qual o ser humano não pode sobreviver. A ecologia social organiza o nosso universo relacional e concretiza-se, no interpessoal (o quotidiano das relações interpessoais ou o modo-de-estar-no-mundo-com-outros) e no sócio-comunitário: os nossos encontros e desencontros, as nossas instituições e decisões colectivas. Na verdade, o «Eu» é sempre social: para outro, com outro, com a ajuda de outro ou por outro. Tal como escreveu o filósofo espanhol Ortega y Gasset (1921) «*Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo*». A circunstância humana, a circunstância das pessoas são, também, os outros. Essa circunstância e esses outros não são, obrigatoriamente, «O inferno» (J.P. Sartre), mas «O Inferno», «O Purgatório» ou «O Paraíso», que, afinal de contas, para eles também nós somos ou podemos ser. E, ainda, a ecologia mental (ferramentas, símbolos, narrativas e narradores, histórias de família e histórias de vida, discursos sociais e sistemas de crenças e de afectos, atitudes, doutrinas, ideologias, etc.).

Nas décadas de 30 e 40 do século XX, Kurt Lewin propôs, através da sua «Psicologia Topológica», alguns conceitos muito seminais. Para ele, o comportamento humano seria função de uma interacção entre a Pessoa e o espaço (meio ambiente). A *Totalidade* constituiria um sistema de partes conectadas, dinamicamente, de tal modo que uma alteração de qualquer parte provocaria uma mudança do todo. Lewin referiu, especificamente, as instâncias de «espaço de vida» (totalidade dos factos que determinam o comportamento da pessoa, em certo momento), «ambiente psicológico» (humor, motivação, ideais e objectivos) e «zona de fronteira do espaço de vida» (área provável de estímulos percebidos, que levam à ulterior execução da acção), apontando como tarefa da Psicologia interessar-se pelas áreas do mundo social e físico e de desvendar quais delas determinam, em certo período, a «zona de fronteira do espaço de vida». No nosso contexto, é, particularmente, interessante que Lewin tenha sugerido denominar esta área de estudos de, precisamente, «ecologia psicológica».

Bateson (1972), ao caracterizar a Ecologia Mental, define o plano mental, em função de uma «rede relacional complexa» (*Comentários à V Seção da obra citada*). A Ecologia Mental diz respeito à ecologia de ideias, conceitos e, também, de valores e afectos. Para esse autor, seria uma ecologia do desenvolvimento humano, que inclui a ecologia humana e



a ecologia do comportamento. De resto, a perspectiva relacional constitui-se como teoria psicológica contemporânea com expressão e implicações relevantes (Abreu, 1987). Essas perspectivas contrastam, radicalmente, com aquela que foi adoptada desde os primórdios da psiquiatria e que pode ser sintetizada, pela célebre afirmação de Kraepelin: «*Em Medicina mental, a ignorância da língua do doente constitui uma excelente ocasião de observar*».


A ecologia mental aplica-se, em larga medida, ao comportamento das pessoas que não se ajustam à sociedade. De certo modo, é uma tentativa de lidar com as pessoas marginais, que rejeitam ou são rejeitadas pela sociedade. A abordagem do problema dos «desvios» às normas sociais centrada, na ecologia, reconhece o relativismo social do «desvio» e, por conseguinte, a necessidade de elucidar, em que medida os comportamentos, que, anteriormente, eram atribuídos à «psico(pato)logia», são socialmente determinados pela falta de oportunidades e pelas desigualdades económicas e educacionais, que atingem sobremaneira os mais pobres. Na perspectiva ecológica, o imprópria e equivocadamente chamado «desvio social» é encarado não propriamente como fenómeno psicológico isolado, mas antes como realidade interactiva, que reflecte a relação do indivíduo com o meio de que faz parte integrante e, claro está, *vice-versa*.

O desenvolvimento humano é feito à medida que se vai dando a inserção nesses três patamares ambientais. A personalidade encontra-se em interacção dialéctica permanente com o ambiente em geral. A perturbação ou desorganização de cada um desses meios pode gerar vulnerabilidade, que acaba por se manifestar, ulteriormente, perante acontecimentos críticos da vida. A ecologia humana integra essas três ecologias (biológica, social e mental) que, na verdade, são co-constitutivas.

Este paradigma não pode confundir-se com o antigo e esgotado conceito de «tríade ecológica da saúde», que explicava a doença humana por uma relação causal entre o agente (microorganismo), o hospedeiro susceptível e o ambiente biofísico. No modelo ecológico, a noção de «relação causal» deu lugar à de «sistema de interacção» entre a pessoa e o meio, o conceito de ambiente passou a contemplar as dimensões biofísica e psicossocial e a ideia de agente causal foi preterida pela de «factor de risco»: múltiplos factores de risco (multifactorial) e factores mediambientais de saúde..

Tanto na Saúde como na doença, a interacção da pessoa com o meio faz parte integrante da situação existencial. Na expressão de Barahona Fernandes (1969), a «dolência» representa um drama vivencial que engloba a pessoa, o seu passado, o seu ambiente afectivo e interpessoal, o seu clima ecológico.

Todo o comportamento humano, na saúde e na doença, assenta, essencialmente, no conjunto das suas interacções. É a teia de interacções que pode conduzir à doença. Em larga medida, a doença resulta de desequilíbrios, no complexo sistema dinâmico que abarca a Pessoa, que se perturba, e as suas circunstâncias ambientais. Esses desequilíbrios constituem verdadeiras perturbações «homeostáticas» do sistema considerado. Infelizmente, as lógicas científica e social vão, no sentido de tratar («combater») a doença e não os factores subjacentes de vulnerabilidade. Mas a lógica ecológica da interacção e a lógica clínica do «caso» não têm, necessariamente, de ser conflituosas.



Em síntese, a saúde e a doença não são somente fenómenos «individuais», na medida em que têm uma dimensão holístico-ecológica. Os paradigmas holístico e ecológico são «policêntricos». Nesse sentido, são «medievais»: a circunstância está em todo o lado e o centro não está em lado algum. O homem faz parte integrante da natureza e deve ser considerado, no quadro das suas relações interpessoais, familiares e sociais. O «paradigma ecológico» encara a saúde integrada, no contexto das relações de influência e de dependência entre a pessoa e o meio, e aponta para uma multiplicidade de intervenientes: determinantes de saúde, mediadores de saúde. A aplicação da perspectiva ecológica com as suas dimensões biopsicosociais é favorável à abordagem interdisciplinar, que passamos a discutir de imediato.

3.4. Paradigma Interdisciplinar

«O médico que só sabe de Medicina, nem de Medicina sabe»

Abel Salazar (1889-1946)

As recentes áreas interdisciplinares revestem elevado potencial científico e apresentam notável relevância social (Pombo *et al.*, 1993). Essas áreas levantam novos problemas e exigem novas respostas (Kessel *et al.*, 2003). Se não se estiver confinado ao «autismo disciplinar», é fácil aperceber a «mais-valia» científica e o grande impacto social dessas áreas. Muitas vezes, os progressos científicos estão reservados, precisamente, para aqueles que vêem o significado do trabalho produzido, num certo campo, para o avanço do conhecimento noutra diferente.

A história da Psicologia ilustra, cabalmente, o que acabámos de dizer, em áreas de origem «extra-psicológica». A título de exemplo, refira-se que as ideias expressas por Parsons, na sua obra *Chosing a Vocation*, publicada, em 1906, que rapidamente conheceram uma ampla divulgação, e o movimento de orientação profissional que, entretanto, começou a expandir-se, representam bem uma área que, no início, tinha pouco a ver com a Psicologia. Todavia, os psicólogos aperceberam-se, prontamente, do significado e do interesse da orientação e do aconselhamento para promover o desenvolvimento pessoal e permitir a cada um realizar-se tão plenamente quanto possível.

Actualmente, cabe «religar» as esferas do saber separadas pela modernidade. K. Popper contrapõe, ao movimento de especialização do saber decorrente de uma dinâmica inicial e de uma lógica vertical, o movimento de aglutinação do saber resultante de uma dinâmica ulterior e de uma lógica horizontal. É essa horizontalidade do saber, no sentido de Popper (1963), que define e caracteriza a natureza da «interdisciplinariedade».

Os diferentes aspectos da Saúde levantam, necessariamente, vários questionamentos éticos, jurídicos, sociais, psicológicos, educativos, que aspiram a uma visão não fragmentada e de conjunto .

A abordagem unificadora e integradora resultante de diversas disciplinas convergentes, em torno do mesmo objecto, conduziu a progressão do estágio unidisciplinar ao estágio multidisciplinar, no qual vigora uma larga autonomia dos vários ramos do saber nele implicados, e, ultimamente, ao actual estágio interdisciplinar ou, até, transdisciplinar, com uma nova metodologia, resultante da perspectiva de síntese, que abarca a totalidade dos aspectos presentes, as suas interdependências, e que permite reunir e organizar melhor




os conhecimentos e recursos, em função da complexidade e diversidade das tarefas e objectivos. Assim, é possível espelhar os contributos de vários paradigmas científicos convergentes.

Porém, prevalência geral de estruturas curriculares desarticuladas e desintegradas baseadas, na justaposição de matérias e conteúdos, pressupõe uma perspectiva disciplinar do conhecimento e reflecte-se na divisão da cultura, em segmentos compartimentados, que restringem a visão da realidade como um todo interrelacionado. Um dos grandes desafios, que se coloca ao ensino é, precisamente, como tornar o currículo mais integrado, relevante e significativo para a formação integral do Aluno.

As questões da Saúde, seja ela física ou mental, seja ela individual ou colectiva, para serem tratadas, na sua complexidade, reclamam o contributo de várias disciplinas (Kessel, Rosenfield, Anderson, 2003), que analisam os diversos aspectos que intervêm, nesse âmbito. Essas disciplinas, globalmente abrangidas, no domínio das designadas Ciências da Saúde, incorporam referências conceituais e processos metodológicos característicos e relativamente independentes, mas convergem num campo prático de saber que permite abordar as questões da Saúde. O estudo da saúde e da doença, seja ele médico ou seja ele psicológico, não pode alhear-se das perspectivas social, cultural, histórica, económica, educacional e política. É uma tarefa interdisciplinar à qual são chamados, além da medicina, vários ramos do conhecimento: antropologia, educação, psicologia, sociologia, filosofia, teologia, economia, direito, arquitectura, paisagismo, farmacologia, nutrição, ginástica, desporto, etc.

A área da saúde faz apelo a uma abordagem interdisciplinar, sendo certo que a interdisciplinariedade apenas pode existir à escala de uma equipe de trabalho (Burns, 2004) e não à escala de uma só pessoa. Não podendo a teoria e a prática sobre a saúde e a doença ser adequadamente encaradas dentro dos limites de uma única disciplina académica ou área de conhecimento científico tradicionais, será desejável compreender a importância do papel que os diferentes ramos do saber e as várias profissões especializadas podem e devem desempenhar, no campo da Saúde, a par da necessidade de formar profissionais, em todas as suas dimensões, para integrarem equipas interdisciplinares de saúde. Na verdade, a interdisciplinaridade passa pela construção de respostas «interprofissionais» ao nível da prática institucional.

A abordagem interdisciplinar é, antes de mais, uma tentativa de dar resposta aos limites e à relatividade de cada uma das áreas especializadas de saúde, resultando, também, do reconhecimento da interdependência e da complementaridade dessas mesmas diferenciações convergentes. Essa via permite antever a possibilidade de articular os vários aspectos envolvidos e de contribuir para o desenvolvimento de um paradigma diferente e mais sensível e útil de prestar cuidados de saúde, favorecendo uma melhor compreensão e comunicação com as pessoas, bem como uma mais adequada intervenção ao nível psicológico e emocional junto destas, no futuro. Para promover a humanização dos cuidados de saúde, ter-se-á sempre de contemplar os aspectos psicológicos a par dos médicos, científicos, técnicos, etc. É neste contexto que as dimensões psicológicas e sociais da saúde e da doença ganham particular relevância e atualidade. Quanto a nós, esta será a pedra



angular para os cuidados de saúde poderem maturar e aperfeiçoar a qualidade da sua intervenção.

Neste campo, o alheamento da perspectiva interdisciplinar conduz, facilmente, os profissionais e os investigadores ao confinamento de fronteiras bem estanques — as quais, por vezes, até mesmo se chega a desejar... — e a uma visão deformada da realidade, tal como foi muito bem caracterizado, na adaptação poética, que Godfrey Saxe (1959) fez, da velha fábula hindu dos homens cegos e do elefante. Conta ela como seis homens cegos do Industão, que desejavam saber como seria a morfologia do elefante, para eles desconhecida, acabaram por identificá-lo com várias formações das quais tinham noção táctil, apenas por que dele tomaram conhecimento parcelar: comparando-o com uma parede, por um deles haver topado com a sua vasta ilharga; a uma lança, por um outro ter tacteado um dente; a uma serpente, semelhante à tromba; a uma árvore, por se haver abarcado um membro; a um abano, por se dar conta dos movimentos de uma orelha a florada; e a uma corda, por haver sido agarrada a cauda. Godfrey Saxe adaptou, também, a conhecida moral da fábula aos investigadores em geral, cuja passagem não resistimos a recordar e a traduzir aqui: «Nas disputas científicas, muitas vezes os contendores isolam-se e fecham-se, com total desinteresse pelo que os outros desejam comunicar-lhes, para apenas tagarelarem acerca de um elefante que, afinal de contas, nenhum deles chegou a observar!»

Para contrariar a perversa e perniciosa conclusão da fábula, infelizmente tão verdadeira e disseminada, no mundo científico e académico, o antídoto mais eficaz de que dispomos, na atualidade, é seguir o «caminho» da interdisciplinaridade.

Romper com o divórcio entre especialidades e saberes proporcionará o surgimento de diferentes questionamentos. A questão da interdisciplinaridade, nas ciências — novo modelo conceitual, no campo das ciências humanas e sociais —, implica situar, epistemologicamente, a proposta de um novo quadro de conhecimento e a sua aplicação à saúde e à doença. Como pode conceber-se, hoje em dia, a questão da interdisciplinaridade, nas ciências que se ocupam do Homem (Antropociências) com abordagens muito diferenciadas entre si. Despojar dos velhos e clássicos paradigmas e ultrapassar, em definitivo a era do «autismo disciplinar», que autores franceses, como R. Bastide, definiram sob o conceito crítico de «imperialismo», em cada área das ciências humanas e sociais. A época sucessora dessa fase «autista» está aí: a «cultura interdisciplinar», na qual se posicionam os instrumentos específicos das próprias disciplinas singulares.

Presentemente, a interdisciplinaridade é um desafio à comunidade científica especializada, constituindo uma condição *si ne qua non* para o alargamento do universo de referências disciplinares, pela polifonia das «vozes» dos saberes. Com efeito, a abordagem interdisciplinar é o *locus* privilegiado para a tão necessária leitura aberta dos fenómenos.

É necessário um conceito avançado de interdisciplinaridade entendido como um plano específico, que exprime a unidade e diversidade da Pessoa, através da sua vida relacional, no âmbito da sua realidade comunitária. Para irmos nessa direcção, precisamos de determinação e esforço mais radicais com vista a romper o horizonte limitado: dar espaço ao sistema expressivo da pessoa humana; criar instrumentos metodológicos de investigação mais refinados e conceitualmente articulados; explorar limites entre um e outro saber. Em suma, objectivos que somente uma actividade crítica pode garantir, através do debate e do



questionamento culturais ricos, estimulantes e geradores de cooperação e participação capazes de se traduzirem numa interdisciplinaridade activa e não na multidisciplinaridade fragmentada e acrítica.

Por último, cabe referir que a interdisciplinaridade é um requisito indispensável e inerente ao estudo da interacção das variáveis implicadas, no modelo biopsicosocial. A Saúde é um sistema aberto de natureza multidimensional. Actualmente, a colaboração interdisciplinar é uma exigência absoluta para o desenvolvimento do conhecimento em Saúde. A fragmentação dos objectos e as inconsistências epistemológicas a que a especialização conduziu as questões de saúde são uma limitação apreciável ao seu conhecimento científico. A convergência, em áreas de fronteira, como o campo temático da Saúde, constitui o *locus* próprio para o exercício da interdisciplinaridade: transcender, gradualmente, os limites das disciplinas afeitas à temática da «saúde e doença», entrecruzando saberes e incorporando ao campo de acção novas áreas do conhecimento.

Existe uma dialéctica entre a redistribuição do saber e a partilha do poder, que se pode fechar, no «autismo disciplinar», ou abrir, no «diálogo disciplinar» (interdisciplinaridade). E é este o timbre do campo da Psicologia e da Saúde. O seu desenvolvimento é uma decorrência lógica e necessária do incremento não somente das inovações biomédicas de tipo científico-tecnológico, como sobretudo da sua aplicabilidade à comunidade, nomeadamente, no domínio preventivo e na Saúde Pública (Matos, 2004). Como apontámos, há que procurar articular de novo as áreas do saber afastadas pela modernidade, a desprender mesmo de qualquer resquício de fronteiras latente, no «interdisciplinar»..

Os paradigmas discutidos (holístico, ecológico e interdisciplinar), anteriormente, estão mais orientados para o estudo de aspectos como as interacções (biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais), que modelam a saúde, do que para o estudo da pessoa isolada e mais para a prevenção do que para o tratamento. Daí termos deixado para a última seção a abordagem do «paradigma preventivo-preditivo».

3.5. Paradigma Preventivo-Preditivo

«O verdadeiro fim da Medicina é tornar os médicos inúteis» William J. Mayo (1861-1939)

O paradigma preventivo é comum tanto à Medicina como à Psicologia. Podemos falar de Medicina Preventiva e de Psicologia Preventiva. No percurso histórico da Medicina ocidental, é possível reconhecer três paradigmas, que se interligam entre si e influenciam a teoria e a prática actual dos cuidados de saúde, a saber: Medicina curativa, remediativa ou reparadora; Medicina preventiva, promotora ou construtiva; e a Medicina predictiva ou antecipativa. Neste caso é, assim, possível à medicina aliar, idealmente, a prevenção à predição, maneando a variável «tempo», que Charles Darwin introduziu no mundo científico..

O paradigma curativo dominou, por assim dizer, toda a Medicina até meados do Século XX e influenciou e influencia, de forma decisiva, a orientação dos profissionais de saúde. Entretanto, à medida que se ia apreciando o valor das imunizações e questionando o alcance da prática curativa, em Saúde Pública, nasciam, progressivamente, outros



objectivos, para a Medicina, visando a prevenção da transmissão das doenças. Assim, a partir da década de 50 do Século XX, acompanhando as crescentes intervenções de carácter profiláctico, na prática médica, define-se o paradigma médico-preventivo, valorizado por *alguns* profissionais e posto em acção por *certos* serviços de saúde de muitos países, através de programas de rastreio e de detecção precoce.

A indissociabilidade e complementaridade dos vários paradigmas (curativo, preventivo e preditivo) levam-nos a adoptar uma posição eclética face aos mesmos. Porém, segundo a sabedoria popular portuguesa expressa, no conhecido aforismo, «*mais vale prevenir do que remediar*», isto é, prevenir é, sempre, preferível a curar.

Existe, evidentemente, um fio condutor que liga entre si a Medicina Preventiva, a Saúde Pública, a Psicologia Preventiva e a Saúde Mental. A Psicologia Preventiva parte das teorias da prevenção, a saber: epidemiológica, sistémica e ecológica.

A prevenção apresenta os seus níveis e suas linhas mestras, nas quais avulta o papel da Educação para a Saúde dentro da Educação Global e nunca separada desta, reforçada, actualmente, no paradigma preditivo.

Segundo o modelo teórico do pioneiro clássico da prevenção, em Saúde Mental, G. Caplan (1964), as intervenções de prevenção dividem-se, em três níveis principais, a saber: a) *Prevenção primária* (profilaxia — redução da incidência); b) *Prevenção secundária* (diagnóstico precoce e tratamento — redução da prevalência); e c) *Prevenção terciária* (recuperação e reabilitação — redução da prevalência). A intervenção, em Saúde Mental, apresenta, obviamente, interesse, em qualquer dos três níveis de prevenção.

A realidade complexa da doença e do internamento não pode ser encarada como mera rotina. A panóplia ou mesmo a «invasão» de técnicas biomédicas diagnósticas e outras levam a situar a prevenção, também, ao nível dos «efeitos iatrogénicos», sendo necessário prevenir o perigo crescente do predomínio da «invasão das técnicas» sobre a «relação de ajuda» (Aguiar, 2004). Há mesmo quem proponha para a *prevenção da iatrogenia* a designação e a noção de *prevenção quaternária*, constituindo assim, mais um nível de prevenção a juntar, agora, aos três clássicos seus antecedentes.

Entre o vasto leque de aspectos envolvidos, nas questões de Saúde, devemos procurar encontrar os modos de maximizar os seus benefícios e, paralelamente, de minimizar os possíveis custos psicossociais. Devemos prestar uma atenção especial à prevenção de consequências iatrogénicas emocionais. A vertente psicossocial é um aspecto que deve integrar, obrigatoriamente, qualquer intervenção de Saúde Pública. Aliás, sem apoio espiritual, psicossocial e sócio-familiar mais vale a pena não oferecer certos serviços à comunidade, como, por exemplo, testes de diagnóstico genético e outros. As inovações biomédicas que não têm em conta os aspectos psicológicos e as necessidades emocionais, que cada caso exige, podem mesmo chegar a ser mais prejudiciais do que úteis. Para uma mais adequada utilização dos conhecimentos médico-sanitários, é imprescindível que a Psicologia se articule *pari passu* com os meios técnicos de Saúde.

Os Estados despendem mais de 80% dos orçamentos destinados à Saúde, na organização dos cuidados de saúde, e canalizam os restantes 20% para a melhoria do ambiente e a intervenção, no comportamento humano. Porém, o campo da organização dos



cuidados de saúde não influencia mais de 20% para a Saúde das comunidades, ao passo que o ambiente e o comportamento contribuem com cerca de 80%. Esta perspectiva pode ser ilustrada por um exemplo modelar: alguns cientistas defendem que o dinheiro gasto na pesquisa da cura do cancro, cuja descoberta se proclama, mas não dá sinais de se concretizar, seria mais bem gasto se aplicado, na prevenção do mesmo. Esta é uma controvérsia, que conta já alguns anos, aflora em muitos outros quadrantes: John Granger, renomado biólogo molecular e professor de uma escola Médica londrina (Faculdade de Medicina do *Imperial College*), pôs o dedo na ferida ao apontar o paradoxo de, na Inglaterra, haver verbas para a cartografia completa do genoma do bacilo de Koch, o agente infeccioso da tuberculose, enquanto faltam recursos materiais para implementar um programa de tratamento correcto da tuberculose, na população pobre....

O comportamento face à Saúde, quer em termos pessoais, quer em relação a terceiros, é, particularmente, relevante ao nível do Paradigma Preventivo. A Organização Mundial de Saúde estabeleceu o objectivo de «Saúde para Todos, no ano 2000» (W.H.O., 1990), na sequência da «revolução» dos Cuidados de Saúde proclamada, oficialmente, na Conferência de Alma-Ata (URSS), no ano de 1978 (WHO-UNICEF, 1978; Velji, 1991). Tal desiderato ficou muito longe de ser alcançado.

O referido programa foi, desde logo, comprometido pelo agravamento da miséria no mundo e da disseminação de epidemias como a tuberculose e a SIDA: um bilhão e oitocentos milhões de pessoas, isto é, mais de um terço da população total, estão infectados pelo *micobacterium tuberculosis*, dos quais 80% vivem nos países pobres; quanto à SIDA, estão infectadas pelo VIH quinze milhões de pessoas, dos quais 95% vivem nos países pobres.

Para além das ponderosas causas sócio-económicas, entre outras razões que se podem identificar, para o insucesso, estão, ainda, o acréscimo substancial de problemas de saúde ligados aos estilos de vida, aos comportamentos de risco e à personalidade; a maior exposição das pessoas à incerteza e à sobrecarga e, por conseguinte, ao risco de doença.

Para que um dia seja possível lograr o tão almejado objetivo, afigura-se necessário implantar programas adequados de prevenção Segundo Thier (1990), é indispensável a participação de outros profissionais, para além dos médicos, nomeadamente, educólogos e psicólogos, nos serviços preventivos de Saúde.

O objetivo enunciado pela Organização Mundial de Saúde seria o corolário lógico e final da aplicação dos conhecimentos ao plano geral das práticas de Saúde e das decisões político-coletivas. Em nosso entender, é essencial destacar esse objetivo preventivo basilar, pois não pode vacilar-se nem desistir-se, neste domínio de importância fundamental para o futuro das pessoas, das famílias e das sociedades.

A frase de Calman (2000), que passamos a reproduzir, ilustra bem o nosso pensamento a esse propósito: «*O conceito de 'Saúde para Todos' dá-nos uma visão do que poderia ser conseguido se viessem a concretizar-se as potencialidades de melhoria da saúde. Diz respeito a viver uma vida com significado, sendo particularmente relevante quando se discute a pobreza. (...) 'Saúde para Todos' poderia muito bem tomar a forma de 'Qualidade de Vida para Todos'.*». A Saúde inscreve-se, assim, no quadro mais vasto da «*justiça social*»,



não podendo reduzir-se à mera «responsabilidade individual» com que, tantas vezes, os decisores políticos e governantes tentam desresponsabilizar-se e com que, constantemente, acena o modelo norte-americano com esse mesmo fito.

A primeira noção implícita, no objetivo de «saúde para todos», passa por reconhecer a importância da intervenção para atenuar as desigualdades sociais face à «saúde/doença». A segunda, passa por colocar a ciência ao serviço das pessoas e das comunidades.

A Promoção da Saúde não vem inscrita, no nosso «programa genético». Tem de aprender-se. É uma tarefa do dia-a-dia tanto de cada pessoa comum como de cada decisor político. O profissional de saúde tem um papel educativo, mas não exclusivo em relação à comunidade, quanto às atitudes e decisões a tomar, no âmbito das questões da saúde e da doença. Nesta perspectiva, é crucial aperceber a importância do papel (positivo e negativo) desempenhado pela comunicação social de massas (*media*), nos conhecimentos, atitudes e comportamentos de «saúde-doença».

A integração bem sucedida dos Modelos Preventivos, nos Cuidados Primários de Saúde requer uma parceria efetiva entre Pacientes, Médicos e Serviços de Saúde. Os desafios do «paradigma preditivo-preventivo» requerem atitudes, crenças e práticas dos profissionais mais positivas acerca da avaliação dos «fatores de risco comportamental» dos pacientes. A orientação para a doença, que é inerente ao próprio modelo biomédico, constitui um poderoso obstáculo, que os médicos mais motivados para a prevenção têm de ultrapassar (Scutchfield & Moor, 1992). Além disso, a prevenção requer um maior envolvimento e uma mudança de atitudes, crenças e comportamentos por parte dos utentes. A prevenção passa por estilos de vida salutar a desenvolver e promover, no âmbito da Psicologia e da Saúde.

Neste contexto, importa reconhecer, criticamente, situações e comportamentos, que possam implicar perigo ou risco para a saúde e ser capaz de enfrentá-los e de evitá-los com responsabilidade e com critérios personalizados. Identificar as «pessoas em risco» e actuar, prevenindo o aparecimento da enfermidade mediante a actuação sobre as causas conhecidas, que possam precipitá-la, e detectar problemas de saúde já declarados com vista a estabelecer uma estratégia de resolução dos mesmos.

É um dado adquirido que a prevenção dirigida às populações de alto risco pode diminuir a incidência e a prevalência de vários problemas de saúde. A identificação da população em risco e o seu envolvimento, em campanhas de Educação para a Saúde, foram reconhecidas, desde há mais de duas décadas, como sendo eficaz, na prevenção de certas formas de cancro (*v.g.*, do pulmão, da mama, da próstata, etc.). Neste âmbito, importa entender por que as pessoas correm riscos (psicologia do risco) ou adoptam práticas saudáveis. Na óptica da Psicologia Preventiva, a regra de ouro é prever para prevenir. Em termos de risco evolutivo, ou seja, de risco para o desenvolvimento é, fundamental, começar por conhecer os sinais de risco evolutivo (preditores de risco) e o grau de risco evolutivo.

O processo de descobrir genes do cancro, sejam eles oncogenes (genes que favorecem o aparecimento de células cancerosas) ou genes supressores tumorais (genes que impedem o desenvolvimento e a evolução dos cancros), é, ainda, bastante complicado. Após a descoberta, em 1994, do gene BRCA1, logo seguida do BRCA2, tiveram início a aplicação de




testes de genes de cancros hereditários e o confronto com as suas limitações: era possível identificar algumas mulheres em famílias com um vasto número de cancros da mama e do ovário, estando elas em risco ou não, ou seja, podia ser detetada a mutação de tipo convencional num dos genes envolvidos, contudo falhando a deteção de muitas outras mutações. Nos anos que se avizinham, podemos esperar a identificação de dezenas de genes que tenham um papel decisivo na predisposição para o cancro e para outras doenças graves (p. ex., doenças cardiovasculares, doenças autoimunes, doenças metabólicas e doenças neurológicas). Isso significa que será possível, numa fase precoce da vida, colher sangue, analisar os genes e tratar os dados num computador de modo a obter uma «história probabilística de saúde», ou seja, uma espécie de, chamemos-lhe assim, «história do futuro» sobre aquilo que poderá vir a suceder à saúde de cada um. A partir dessa futura «história provável» de carácter preditivo será desejável poder tomar medidas preventivas eficazes.

A Promoção da Saúde visa prevenir a doença e melhorar a Saúde, intervindo desde a infância e a adolescência, numa perspectiva de desenvolvimento (Joyce-Moniz, 2004). Tradicionalmente, era uma esfera reservada aos médicos de Saúde Pública e aos educadores profissionais. Desde sempre, o seu objectivo principal tem sido a prevenção das perturbações físicas, tais como a doença cardíaca coronária e o cancro. A teoria psicológica e os seus métodos foram-se tornando parte integrante da Promoção da Saúde (Seedhouse, 2002, 2003) através de aconselhamento sobre atitudes saudáveis e de medidas conducentes ao desenvolvimento de estilos de vida mais criativos e favorecedores do desenvolvimento pessoal e social.

Em torno das estratégias de Promoção da Saúde existem duas grandes abordagens, que se confrontam entre si e que dão respostas diferentes ao desafio, que se coloca às sociedades organizadas sob a forma de Estado Moderno: «Saúde e doença são ou não uma questão pública da estrutura social?». A Educação para a Saúde tem vindo a concentrar-se, prioritariamente, na mudança do comportamento pessoal ou de aspectos «intrapessoais» como as atitudes e as crenças, que se julga serem determinantes do comportamento, a fim de promover um melhor estado de saúde. Em contrapartida, o desenvolvimento histórico da Promoção da Saúde assistiu a um amplo Movimento Social muito para além da Educação, incluindo medidas económicas, ambientais, sociais e legislativas, para melhorar a saúde da população. Subjacentes a estas orientações encontram-se duas perspectivas muito diferentes sobre a Saúde, designadas, nos termos de Caplan: «regulacionista social» e «estruturalista radical». No fundo, a problemática da saúde e das suas condições sociais e culturais traduzem-se, nas diferentes abordagens à Promoção da Saúde (Dias, 2004).

Recentemente, a Saúde Pública empreendeu uma apreciável mudança dos seus objectivos e práticas, por via da sua aplicação aos espaços territoriais locais. As reconfigurações dos espaços locais da Saúde Pública dão lugar a experiências múltiplas de grande riqueza. Dispositivos visando facilitar o acesso de populações desfavorecidas aos cuidados de saúde, políticas de redução dos riscos para consumidores de drogas ilícitas, programas de saúde comunitária em bairros degradados, e tantas outras manifestações dessas mudanças através das quais a acção do poder local parece investir, no campo sanitário para aí enfrentar os problemas da sociedade. Deste modo, a «Saúde Pública Local» extrapolou, em larga medida, os limites tradicionais da Medicina e, por vezes, a tutela dos



próprios médicos. A par dos especialistas de saúde, os urbanistas, psicólogos (Matos, 2004), educadores, engenheiros sanitários, assistentes sociais, educadores de rua, animadores de bairro, juízes, polícias, administrativos e, certamente, os habitantes das localidades passam a ser, também, actores e protagonistas. Perspectivam-se, assim, novas configurações de poder e de competências, de saberes e de práticas, de valores e de normas.

Temos consciência plena de que aos olhos do leigo ou do Aluno o paradigma preventivo pode parecer, facilmente, uma preocupação bizarra com os problemas das pessoas, afinal de contas, saudáveis, por não corresponder à preocupação esperada e ditada pelo peso de uma tradição ancestral e pelas representações sociais dominantes.

Este paradigma será difícil de assimilar por que não só os seus resultados se esfumam, no tempo e no espaço, sem uma tradução imediata e palpável, como também a sua implementação exige uma nova atitude dos profissionais e da população. Ao projectarem-se, na sociedade, e ao integrarem a pessoa, na comunidade, os cuidados de saúde invertem a posição do médico e do paciente: no modelo clássico de cuidados de tipo curativo, a iniciativa parte do doente que deverá procurar o profissional de saúde; no modelo de cuidados de tipo preventivo, é o profissional que passa a ir ao encontro das pessoas com vista a promover a saúde e evitar a doença.

Em conclusão: a nosso ver, a Saúde Mental deve propor ao Aluno uma abordagem holística, ecológica, interdisciplinar e preventiva das questões de Saúde. E, ainda, a perspectiva da Pessoa como agente dos seus próprios estados de saúde e doença e, conseqüentemente, como actor nos processos de procura, manutenção e recuperação da saúde. A ponderação deste vasto contexto afluído, nesta tentativa de síntese, é essencial para o desenvolvimento da disciplina de Saúde Mental.


4. Conclusão

Nesta «Lição de Síntese», efectuámos o périplo pelos paradigmas unificadores atuais, em Psicologia e em Saúde, restando destacar algumas ideias, que ficam sobre o mesmo. Começámos esse périplo por contextualizar a «Saúde», enquanto fenómeno social, que também é, e por demarcar a «perspectiva salutogênica» da «perspectiva patoênica».

Percorreram-se quatro caminhos convergentes, seguindo os grandes paradigmas unificadores atuais, que foram propostos e analisados (holístico, ecológico, interdisciplinar e preditivo-preventivo). Aquilo que se pretendeu foi oferecer uma amostra representativa do universo de preocupações dos campos da Psicologia e da Saúde, delimitando a latitude das respectivas áreas de convergência, que têm implicações para a formação, a investigação e a intervenção.

A discussão dos paradigmas teve, em linha de conta, a dimensão dos aspectos psicossociais envolvidos, designadamente, a preponderância do comportamento, assim como a importância social de que se revestem.

Propôs-se adotar um núcleo de paradigmas unificadores, que se afigura unitário, funcional e coerente para a integração dos domínios da Psicologia e da Saúde.



A noção holística de Saúde, à frente de toda a concepção que se reduza à intervenção de um modelo sanitário sobre o indivíduo entendido como «doente», faz ressaltar a visão ecológica e situativa do Homem, no seu mundo. O sofrimento passa a ser entendido como um acontecimento referido a uma cultura e não como um desvio a um «código nosocomial» abstrato de «entidades patológicas». Parece muito adequado aplicar, também, a *noção holística de meio* (físico, biológico, social, comunitário, profissional, económico, geográfico, cultural, religioso, psicológico, etc.).

Cabe «re-ligar» as esferas do saber separadas pela modernidade, a ponto de nos aventurarmos numa radical «in+disciplina», em relação a todas as compartimentações artificiais.

O traço de união entre os paradigmas holístico, ecológico e interdisciplinar radica, em grande parte, na sua orientação comum em torno da abordagem das interações, sejam elas biológicas, psicológicas, sociais, culturais ou ambientais. Essas interações estão presentes, no *continuum* «saúde-doença», e acabam por evidenciar e valorizar o sentido do «paradigma preventivo-preditivo».

Não resistimos a afirmar uma tetralogia coerente formada pelos paradigmas unificadores abordados que revela o fio condutor de Ariadne, no labirinto atual da especialização das Ciências da Vida e das Ciências do Comportamento, numa lógica holístico (domínio «conceitual»: concepção de pessoa) - ecológico (domínio «relacional»: concepção de relação pessoa-mundo) - interdisciplinar (domínio «dimensional»: concepção de ciências da pessoa-Antropociências) - preventiva-preditiva (domínio «temporal»: concepção do momento de intervenção com as pessoas).


Essa tetralogia é, seminalmente, reverberativa, por que a prevenção é o garante da preservação da Pessoa, no seu todo... Concebe-se, assim, uma perspectiva convergente sobre a(s) identidade(s) da Psicologia e da Saúde polarizada pelos quatro «paradigmas unificadores» discutidos.

Seja-nos permitida a expressão e a intenção de, numa «lição de síntese», aspirar «contagiar», aqueles que seriam os mais diretos destinatários e inspiradores da «lição», os Alunos, com espírito holístico, ecológico, interdisciplinar e preventivo-preditivo.

A nosso ver, os «Paradigmas Unificadores em Psicologia e em Saúde» são alicerces, que podem contribuir para o objectivo da clássica afirmação de William J. Mayo quando disse: «*o verdadeiro fim da Medicina é tornar os médicos inúteis*».

5. Bibliografia

- ABREU, M. V. (1987). Le psychisme, l'individu et son monde. In C. Coll et. al., *Comportement, Cognition, Conscience. La Psychologie à la Recherche de son Object* (pp.: 241-260). Press Universitaire de France: Paris.
- AGUIAR, A. (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Relume Dumará: Rio de Janeiro.
- ANGERAM-CAMON, V. A. (Org.) (2004). *Atualidades em Psicologia da Saúde*. Pioneira Thomson Learning: São Paulo.



BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chandler Publishing Company: New York.

BURNS, T. (2004). *Community mental health: a guide to current practices*. Oxford University Press: Oxford.

CALMAN, K. C. (2000). Equidade, pobreza e Saúde para Todos. *Psiquiatria na Prática Médica*, 13: 35-41.

CAPRA, F. (2000⁴). *The Tao of Physics: An Exploration of the Parallels Between Modern Physics and Eastern Mysticism*. Shambhala Publications: Berkeley.

CAPLAN, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books: New York.

CHALMERS, A. (1987). *Qu' est-ce que la Science ? Popper, Kühn, Lakatos, Feyerabend*. Ed. La Découverte: Paris.

COHEN, A. (1991). *A Saúde como Direito e como Serviço*. Cortez Editora: São Paulo.

COHEN, A. (1992). *A Pesquisa Social em Saúde*. Cortez Editora: São Paulo.

CUNNINGHAM, W.R. & BROOKBANK, J.W. (1988). *Gerontology: the psychology, biology and sociology of aging*. Harper and Row, Publishers: New York.

D' ÁVILA, I. (2005). *(A Minha) Lição de Anatomia (e a dos outros)*. Mauad: Rio de Janeiro.

D' HONDT, J. (1965). *Hegel*. Edições 70: Lisboa.

DIAS, M. R. et al. (2004) Promoção da saúde: o nascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 22: 463-473.

ENGEL, G. (1962). The nature of disease and the care of the patient: the challenge of humanism and science in medicine. *Rhode Island Medical Journal*, 45: 245-251.

ENGEL, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.

ENGEL, G. (1982). The biopsychosocial model and medical education. *The New England Journal of Medicine*, April: 802-805.


ENGEL, J. and NOBLIT, G. (1992). The holistic injunction: an ideal and a moral imperative for qualitative research. In J. Morse (Ed.), *Qualitative Health Research*. Sage Publications: London.

FERNANDES, B. (1969). Psicologia, Psicopatologia, Psiquiatria. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 6-8: 1-35.

FIGUEIRA, M.J. (2006). Psicologia da doença vs Psicologia da Saúde: A relevância dos Modelos de Senso-Comum. In Leal, I.: *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Quarteto: coimbra.

FONSECA, A. F. (1987). *Psiquiatria e Psicopatologia (vol. II)*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.

GONÇALVES-FERREIRA, F. A. (1986/1990). *Moderna saúde pública*. I º Volume. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.



HELMAN, C. G. (2003). *Cultura, saúde & doença*. Artmed: Porto Alegre.

JOYCE-MONIZ, L (2004). Intervenção desenvolvimentista em psicologia da doença. *Análise Psicológica*, 22: 487-497.

KESSEL, F., ROSENFELD, P., ANDERSON, N. (2003). *Expanding the boundaries of health and social science: Case studies in interdisciplinary innovation*. Oxford University Press: New York.

KIERKGAAARD, S. (1941). *Fear and trembling* (trad. Ingl. de W. Lowrie). Princetown University Press: Princetown.

KÜHN, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press: Chicago.

MARQUES-TEIXEIRA, J. (1998). Ecologia e cuidados de saúde. *Brotéria*, 14: 573-587.

MATOS, M.G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 22: 449-462.

McKEOWN, T. (1976). *The role of medicine — dream, mirage or nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospital Trust.

MORGADO, L. (1982). Influence du milieu socio-économique sur le développement psychogénétique. *Rev. Port. Pedag.*, XV: 265-281.

NEEDHAM, J. (1956). *Science and civilisation in China, Vol. II: History of scientific thought*. Cambridge University Press: Cambridge.

ORTEGA y GASSET, J. (1921). *Meditaciones del Quijote*. Revista de Occidente: Madrid.

PARSONS, T. (1951). *The social system*. The Free Press: Glencoe.

PASCAL, B. (2000). *Œuvres complètes*. Ed. Du Seuil: Paris.

POMBO, O., GUIMARÃES, H. M. & LEVY, T. (1993). *A Interdisciplinariedade: Reflexão e Experiência*. Texto Editora: Lisboa.

POPPER, K. (1963). *Conjectures and refutations*. Routledge and Kegan Paul: London.

ROBIN, B & MacDonald, G. (2002). *Health promotion: Disciplines, diversity, and developments*. Taylor & Francis: New York.


RODRIGUES, C. (1994). Medicina e psicologia: ciências da saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15: 5-12.

SAXE, G. (1959). In J. H. Comroe, The Physiology of the pulmonary circulation. In W. R. Adams and I. Veith (Eds.), *Pulmonary circulation* (pp.: 20-25). Grune and Stratton: New York.

SCUTCHFIELD, F. D. and MOOR, C. (1992). Clinical preventive services: The physician and the patient in fee-service and health maintenance organization settings. *Clin. Chem.*, 38: 1547-1551.

SEEDHOUSE, D. (2002). *Total Health Promotion: Mental Health, Rational Fields and the Quest for Autonomy*. John Wiley and Sons, Ltd.: New York

SEEDHOUSE, D. (2003). *Health Psychology*. John Wiley and Sons, Ltd.: New York



SHILOL, S., AVDOR, O. & GOODMAN, R. M. (1990). Satisfaction with genetic

SILVA, L. (2004). *Sócio-antropologia da saúde. Sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Universidade Aberta.

STACEY, M. (1979). New perspectives in clinical medicine: the sociologist. *J. Royal the quest for autonomy*. John Wiley and Sons, Ltd.: New York.

THEIR, S. O. (1990). The future of disease prevention. *J. Gen. Inter. Med.*, 5, S 136-137.

TOFFLER, A. (1980). *The Third Wave* (trad. port. de F. Rodrigues: A Terceira Vaga. Lisboa: Livros do Barsil, 1984).

VELJI, A. M. (1990). International health beyond the year 2000. *Infect. Dis. Clin. North Am.*, 5, 417-428.

WHO (Ed.) (1990). Healthy people 2000: National Health promotion and disease prevention objectives for the 2000. *MMWR – Morb. Mortal Wkly Rep.*, 39, 689-690/695-697.

WHO-UNICEF (Ed.) (1978). *Primary health care*. WHO-World Health Organization: Genève.

WILBER, K. (1982). *The Holographic Paradigm and Other Paradoxes*. Shambhala Publications: Boulder, Colorado.

WOIT, P. (2006). *Not Even Wrong- the Failure of String Theory and the Search for Unity in Physical Law*. Basic Books: New York.