

### Capítulo 3

## LINHAS DE INVESTIGAÇÃO CONTEMPORÂNEAS NA GEOGRAFIA: O DILATAR DA NOÇÃO DE SAÚDE

Prosseguindo com a divisão conceptual proposta por Curtis e Taket (1996), na qual são acompanhadas por outros autores (Kearns e Gesler, 1998; Gatrell, 2002), embora nem sempre decalcando as mesmas subdivisões, ou precisando com exactidão os mesmos limites, verifica-se que a designada «*Geografia Médica Contemporânea*» ou a «*Reinventada Geografia Médica*» de que falam Kearns e Gesler, ou se preferirmos, as «*Geografias da Saúde*» de Gatrell, emergem num quadro de alteração de paradigma onde as ciências sociais discutem, dilatam e concorrem na construção de conceitos que lhes estavam vedados pela norma positivista.

Neste ponto, a geografia assume-se como ciência contributiva na discussão da temática saúde – doença. Embora não reincida no enquadramento clássico já apresentado, baliza as suas novas propostas por contornos humanistas, transgressores deliberados de conceitos clássicos, tidos como fundamentais na disciplina - espaço, lugar e acessibilidade; cujos novos enquadramentos contribuem para a produção polissémica de noções mais «libertas da sombra médica» (Kearns e Gesler, 1998; pp. 5).

Neste contexto reactivo e protestativo, crítico e radical, não é só a Geografia que debate os excessos normativos e abstraccionistas do anterior modelo dominante. A generalidade das ciências sociais, particularmente a sociologia, a antropologia e a psicologia, desenvolvem uma profunda reflexão em torno da operacionalidade social do conhecimento científico, pautando-se pela defesa de uma crescente humanização, validando metodologias de análise que as tornam mais próximas e adequadas à compreensão das necessidades humanas. Impõem-se a concepção de novas ferramentas interpretativas que permitam descodificar com maior clareza as expectativas, as crenças e os valores que mediatizam as condutas e as necessidades dos grupos humanos, num esforço deliberado de aproximação ao «mundo imediato das pessoas». Neste ponto, Quartilho (2001) conduz a nossa atenção para a aproximação ao “mundo da vida” tal como Schutz (1970) o define:

«Um conjunto de experiências do dia a dia, as orientações e as acções através das quais as pessoas perseguem os seus interesses e objectivos, manipulando objectos, lidando com outras pessoas, concebendo e realizando planos de acção.» (citado por Quartilho, 2001; pp. 29).

Este processo auto-crítico perpassa a generalidade das ciências sociais nas décadas de 60 e 70, alastrando à ciência Geografia, questionando colectivamente a validade do distanciamento imposto, repensando a adequação dos processos interpretativos que se exigem mais antropocêntricos e operacionais, menos centrados na norma, conduzindo a posturas deliberadamente ideográficas.

Importantes *fora* de discussão, como a UNESCO (1959), questionam a adequação da produção científica vigente e o conseqüente processo de apropriação social cujas conclusões são particularmente elucidativas:

«(...) grande número de trabalhos científicos são alheios aos problemas importantes do mundo. Os temas elegidos carecem de relevância e interesse e não proporcionam muita luz na hora de resolver os problemas importantes que se têm colocado à humanidade.» (Estebanéz, 1983; pp. 116).

A Geografia prossegue, por diversos modos, a assunção de responsabilidades interpretativas numa desejável aproximação ao real e ao social, tal como é reclamado, beneficiando do distender das fronteiras do conhecimento disciplinar, autorizando “novas intromissões” contributivas, cuja delimitação se impõe mais por domínio administrativo do que por substância intelectual (Bruner, 1990; citado por Quartilho, 2001; pp. 31).

Para Ley e Samuels (1978; citado por Estebanez, 1983; pp. 120) o humanismo do século XX orienta-se agora para o combate das limitações positivistas da ciência, incluindo nas suas explicações questões referentes à estética, literatura, linguística e perspectiva histórica, permitindo, por esta via, resgatar o novo homem, tratando-o com todos os seus atributos, situando-o no centro de todas as coisas, como produtor e produto do seu próprio mundo.

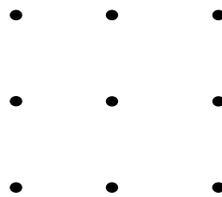
Seja escorado num radicalismo reformista, ou com recurso a teorias de análise social de cariz Marxistas, ou ainda por concepções assumidamente humanistas de suporte *fenomenológico* e *existencialista*, todas elas são, simultaneamente, tributárias e beneficiárias de um novo enquadramento discursivo que as ciências sociais produzem como um todo, embora nos interesse mais a observação da construção da noção de saúde – doença.

Esta nova construção rompe os limites disciplinares do modelo dominante, encetando novas vias interpretativas que se assumem mais contributivas e enriquecedoras e não como competidoras da vertente biomédica. É também nesta perspectiva que o contributo da Geografia em torno da saúde deve ser observado.

Como paradigma de uma transgressão construtiva, é absolutamente irresistível não mencionar a brilhante demonstração produzida por Watzlawick, Weackland e Fisch (1975), citada por Abdelmalek e Gérard (1999, pp. 26 - 28), ilustrativa da auto-censura que as fronteiras implícitas dos domínios científicos do conhecimento impõem, variando entre o ilusório e o autoritário, simulando formas onde apenas existem pontos, priorizando lógicas interpretativas, não raro consuetudinárias que, uma vez transgredidas, podem conduzir a uma significativa valorização da solução final.

Como exemplo ilustrativo consideraremos o *jogo dos nove pontos* (Fig. 3.1) que contem uma única regra: ligar todos os pontos através de 4 segmentos de recta sem levantar o lápis.

Fig. 3.1 – Jogo dos 9 pontos



Fonte: Abdelmalek e Gérard, 1999;pp. 26

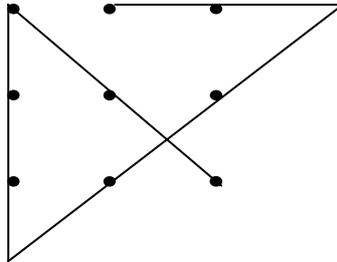
A causa do aparente fracasso na concretização mais ou menos rápida da tarefa, reside, regra geral, na assunção de uma regra fictícia, ilusória e auto-imposta pela maioria dos jogadores. Para além de terem de unir os pontos por segmentos de recta sem levantar o lápis, também idealizam a sua realização – sem sair do “quadrado” virtual sugerido pelo enquadramento dos pontos.

Tal como comentam Abdelmaleck e Gérard (1999), a maior parte das pessoas impõe e conforma uma regra não contida nas instruções, regra essa que aplicada à forma fictícia ou ilusória transformar-se-á na «fonte de todas as dificuldades»:

«(...) representa a ordem do discurso, ou seja a imposição de uma lógica de interpretação.» (Abdelmaleck e Gérard, 1999; pp. 28).

No caso específico e paradigmático da discussão saúde-doença, as ciências sociais procuram o seu contributo na transgressão da norma positivista conformadora do “quadrado” ilusório. A solução implica uma saída do quadrado virtual (Fig. 3.2).

Figura 3.2 – Transgredir o enquadramento



Fonte: Abdelmalek e Gérard, 1999;pp. 26

Verifica-se uma transgressão, não uma agressão ou obliteração da proposta inicial, tal como sublinham Abdelmaleck e Gérard (1999):

«(...) favoreceu-se a interligação dos diferentes níveis do discurso sem se excluïrem uns aos outros.» (Abdelmaleck e Gérard, 1999; pp. 28).

Numa postura contributiva encontramos as reflexões de Michel Foucault (1963) a propósito da construção semiológica do discurso biomédico na sua obra – *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. O autor aponta como necessária e adequada a validação de uma pluralidade interpretativa dos diferentes sintomas discorridos pelos indivíduos na tradução da sua doença e na construção da sua definição de saúde, tendo como ponto de reflexão as fronteiras apertadas e conformadas pelo arsenal interpretativo.

O discurso dominante do modelo biomédico de cariz positivista, suporta-se numa semiologia monista que opera a transformação dos sintomas emitidos em sinais clínicos, objectivos, através de uma acto de unificação que estabelece uma ligação clinicamente coerente entre *significante* e *significado*<sup>1</sup>. Neste processo, o discurso produzido pelo doente a propósito da sua doença contem um conjunto de significantes (*sintomas*) que podem ter diversos significados, adquirindo ou não um estatuto polissémico. O que Foucault questiona não é a validade operativa do sinal clínico, composto pelo *significante* e pelo *significado*,

1

$$\text{Sinal} = \frac{\text{significante}}{\text{significado}}$$

Ver: Abdelmaleck, Ali Ait ; Gérard, Jean-Louis (1999) – *Ciências Humanas e cuidados de saúde, manual para profissionais de saúde*. Instituto Piaget. Cap. 1.

num determinado contexto, mas antes a *exclusividade interpretativa* que é imposta no processo de unificação produtor do sinal e na interpretação subsequente. Mesmo no âmbito da clínica, o mesmo significante (*sintoma*) pode ter diversos significados que conformam sinais identificadores de patologias.

O sinal deixa de falar a linguagem natural da doença, apenas toma forma e valor no âmbito das interrogações que a investigação médica coloca. Tal como adverte Foucault (1969):

«É a intervenção de uma consciência que transforma o sinal em sintoma (...) Nada impede portanto que esta [consciência] o solicite e quase o construa. Já não é aquilo que, na doença, se enuncia espontaneamente, mas sim o ponto de encontro provocado entre os gestos da investigação e o organismo do doente (...)» (Foucault, 1969; citado por Abdelmalek e Gérard, 1999; pp. 29 -34).

O que se questiona é a unicidade contextual imposta pelo registo biomédico, desqualificando, na maioria das vezes, outros significados que não os clinicamente úteis. Na prática, funciona numa linguagem monista e de certa forma redutora, não autorizando outros registos e outros olhares ou, quando os autoriza, confere-lhes o estatuto de sinalização subjectiva (queixa vulgar), cuja valorização operativa coloca, maioritariamente como área externa de intervenção.

Na prática, isto não é mais do que a dualidade cartesiana entre corpo e espírito, sendo o único quadro válido de referência, aquele que diz respeito à doença e não ao doente (Abdelmalek e Gérard, 1999).

Obviamente que o que se procura traduzir nesta curta reflexão, não é a desqualificação operativa do sinal clínico como base de identificação e sustentação de diagnóstico e decisão terapêutica. Antes, o que se procura sublinhar como perda, ou mesmo como falha empobrecedora, é a exclusão de outras referências associadas ao discurso “saúde – doença”, produzidas pelo indivíduo, mediadas pela sua consciência e experiência de vida, e que constituem um discurso coerente na expressão da sua interioridade. O que é danoso é a desqualificação do sujeito, relevando exclusivamente o ponto de vista orgânico. É nesta perspectiva que o acto médico, no quadro referencial agora discutido, pode analgesizar a dor mas não interromper o sofrimento ou localizar a sua causa (Quartilho, 2001). No caso do carcinoma da mama, a mastectomia pode resolver em definitivo o aspecto clínico, mas não elimina o sofrimento que a perda simbólica, estética ou de outra ordem gera na mulher. O

que acontece, regra geral, é a busca de uma nova ordem por parte do doente face à desordem gerada pela doença, sendo que a triagem do discurso busca a transformação de sintomas em sinais clínicos, objectivos, protocolarmente enquadráveis, classificando os demais como sinais subjectivos, ou seja, o que o indivíduo doente sente sobre os seus sintomas (Quartilho, 2001; S. Duarte, 2002).

Entre o sinal objectivo e a queixa subjectiva fica a difícil, e não raras vezes desabituada, tarefa de descodificação referida por Good e Good (1981):

«Os sintomas adquirem o seu significado em relação aos estados fisiológicos, que são interpretados como os referentes dos sintomas...

As lesões ou disfunções somáticas produzem desconforto e alterações comportamentais, comunicadas através das queixas do doente. A tarefa crítica do médico consiste em “descodificar” o discurso do doente, relacionando os sintomas com os seus referentes biológicos, de maneira a diagnosticar uma entidade patológica.» (citado por Quartilho, 2001; pp. 78).

Neste contexto justifica-se a observação de destrinça mais profunda de significados presentes na língua inglesa diferenciando, semanticamente, a noção de *disease*, como sendo a doença clinicamente certificada, conforme a um diagnóstico, e a noção de *illness* como a doença subjectivamente sentida pelo doente, cujo significado também deve ser socialmente contextualizado, e ainda *sickness* como estado de má disposição, desconforto, que o discurso médico ainda não reconhece ou que desqualifica porque, em muitos casos, o conhecimento vigente ainda não lhe conferiu dignidade patológica<sup>2</sup>.

Sabe-se, na actualidade, que a excitação nervosa, geradora da sensação dolorosa (nocicepção), não é necessária nem suficiente para originar ou manter o sintoma doloroso, sendo que nestas situações ainda existe uma insuficiência explicativa pelas vias clássicas, ou empregam-se antigas certezas científicas, popularmente enraizadas cuja credibilidade há muito foi ultrapassada:

---

<sup>2</sup> Um exemplo adequado neste contexto pode ser encontrado na identificação e categorização do quadro de imunossupressão característico dos primeiros estádios da era SIDA, verificados na comunidade homossexual Nova-iorquina, onde as lesões e sintomas conformavam um quadro confuso para o qual não havia explicação. Tal como na sífilis, cuja designação remete para *syphilis* – “o que gosta de porcos”, também nestes casos iniciais o síndrome foi rotulado de “cancro gay” ou “febre cor – de – rosa”, numa clara alusão a um comportamento e não a um agente etiológico.

«(...) a dor crónica, em particular, é insusceptível de uma compreensão satisfatória com os argumentos tradicionais do modelo biomédico. No lugar da lesão tissular estão muitas vezes outros factores causais de manutenção, incluindo conflitos familiares ou interpessoais, perdas ou privações afectivas, num passado remoto. É por isto que o estudo da história de vida, nestas condições, pode fazer luz sobre a génese e manutenção do sofrimento, metamorfoseado em comportamentos de dor.

Deste modo, a dor crónica é um sintoma não apenas subjectivo, mas intersubjectivo, partilhado por práticas discursivas que lhe conferem significado social.» (Kleinman, 1992; citado por Quartilho, 2001; pp. 41 - 43).

É pois neste universo de subjectividade e de insuficiência positivista que o contributo das ciências sociais adquiriu elevado significado, repensando a validade da norma, coadjuvando na interpretação do processo histórico da construção social e cultural da saúde e da doença, bem como na sua percepção ao nível das culturas, dos grupos ou dos indivíduos, consoante o objecto de análise.

Paradoxalmente, à medida que a produção da antropologia, sociologia, geografia e psicologia enfatizam a dimensão socialmente construída, assiste-se ao desvanecimento progressivo da medicina relacional, aquela em que os sinais subjectivos e as histórias de vida ainda se assumem com relevo e dignidade. Lebreton (1990; citado por Abdelmalek e Gérard, 1999), discorre sobre o crescente abandono do doente como pessoa, primando cada vez mais o corpo como peça e o médico com engenheiro, partilhando a posição de François Degonet (1990), em que o médico abandona e renuncia aos papéis ditos arcaicos de confidente, padre e consolador, para se constituir apenas em observador atento. Neste ponto, não é só a medicina hipocrática que está em questão mas também a interrogação feita por Lebreton (1990):

«Quem serão os novos curadores autorizados da pessoa doente?

(...) Os aparelhos de imagem sobrepõem-se. Se se contentar com essas informações, se considerar as palavras do paciente como dispensáveis e imprecisas, em comparação com a informação que lhe proporciona a imagem, se não usar o saber como meio, não como um fim, se se contentar em actuar como tradutor hiper-especializado dos instrumentos de diagnóstico que utiliza, o médico afastar-se-á mais do doente, objectiva

mais a doença, ao desligá-la da aventura singular e dos parâmetros próprios do paciente. (...)

O tratamento das informações substitui o tratamento do doente, em vez de constituir uma das etapas deste: medicina dos órgãos e não a medicina do homem.» (Lebreton, 1990; citado por Abdelmalek e Gérard, 1999;pp. 47).

Por esta via, permanecem abertas, desde meados da década de 60, novas oportunidades de investigação, quase sempre desqualificadas pelo denominado “paradigma dominante”, como lhe chama Santos (1986), que tende a assumir uma paternidade simultaneamente exclusivista e sacralizada no domínio da saúde – doença, evocando sempre o doente, quando muitas vezes apenas quer dizer, o corpo.

A insuficiência de respostas holísticas produzidas pelo modelo, assentes numa visão segmentada do saber científico e da sua consequente apropriação, reclamam a emergência de novas interpretações, suportadas por novas metodologias capazes de averiguarem a polissemia dos significados, sempre presentes mas nem sempre observados e qualificados. O risco de abandono humanista, gerado pela hiper-especialização, decorre da submissão absoluta à normalização, preferindo a imagem à palavra, substituindo o indivíduo pela anomalia (Lebreton, 1990).

Perante a multiplicidade de sucessos alcançados, onde se conta a alteração do padrão epidemiológico, redução da mortalidade e o dilatar da esperança média de vida, a medicina é vítima do seu próprio sucesso, sendo-lhe, muitas vezes exigidas soluções cujo alcance está claramente para além das suas próprias fronteiras.

Enquanto do ponto de vista clínico se procuram debelar os sintomas, actuando sobre as causas, nas patologias com eminente contorno social a clínica apenas pode ajudar a minorar a dor física e o desconforto, sendo que a cura obriga a uma intervenção no corpo social e económico que enquadra o indivíduo e conforma a sociedade. Exemplos paradigmáticos desta «medicalização»<sup>3</sup> das determinantes sociais, económicas e políticas são, por excelência, algumas desordens do foro psiquiátrico e um número significativo de patologias infecciosas, especialmente as IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), em particular a infecção por VIH/SIDA.

---

<sup>3</sup> *Medicalização*: termo que descreve um processo através do qual problemas não médicos são definidos e tratados como se fossem problemas médicos (Conrad, 2000; citado por Quartilho, 2001;pp. 88 – 89). Illich (1977, citado por Barbosa, 1987; pp. 171) acrescenta ainda que o aumento da *medicalização* na sociedade pode actuar nos profissionais de saúde como um “álibi”, contribuindo para a manutenção das estruturas sociais e económicas alienantes, tornando aceitáveis pela medicalização condições de existência revoltante.

A desintegração da estrutura familiar, a crescente anomia urbana e a solidão subjacente às grandes metrópoles, materializada sob a forma de isolamento social, a criminalidade e violência física, o *stress* laboral, o sedentarismo, a violação de direitos e a perda de rendimentos estão entre as principais causas de depressão crónica, fobias diversas e desordens psíquicas. Novas alavancas podem ser utilizadas na descodificação etiológica, para além daquelas que o modelo biomédico classicamente qualifica. Tal como explica Vaz Serra (1999), a família pode ser vista como um elemento facilitador de doença ou, pelo contrário, como um elemento impeditivo de doença.

Tendo presente a influência dos factores sociais nos estados de saúde e de doença, Quartilho (2001) esclarece:

«Em larga medida, a doença, a morte, a saúde e o bem-estar são socialmente produzidos. A doença não é apenas uma experiência física ou uma experiência psicológica, é também uma experiência social. O corpo doente não está fechado, escondido limitado pela pele. Do mesmo modo, o nosso ambiente físico, tal como a paisagem urbana, o local de trabalho, ou os alimentos, são influenciados pela cultura, estrutura social e relações interpessoais.» (Quartilho, 2001; pp. 62).

Como é óbvio, esperado, e eticamente adequado, o alívio da dor e do sofrimento gerado pela doença deve ser alcançado por todas as vias, nunca excluindo a clínica e farmacológica, todavia, esta continua apenas a ser uma condição necessária mas não suficiente, um dos muitos patamares envolvidos na reposição da tão desejada condição de equilíbrio.

Uma vez mais recorremos ao exemplo gerado pela pandemia da Sida para exemplificar a validar o imperativo de uma interpretação polissémica e de uma abordagem multisectorial que se impõe em saúde. Duas décadas de epidemia afectaram 50 milhões de seres humanos em todos os continentes. As campanhas preventivas e a terapêutica anti-retrovírica apenas previnem a contaminação ou retardam a progressão da infecção por VIH. As causas subjacentes à contaminação massiva de milhões de seres humanos, particularmente no continente africano e asiático, estão para além da clínica. Residem na ausência ou restrição severa da escolaridade, no insuficiente rendimento auferido por 1,2 biliões de indivíduos que sobrevivem com menos de 1,5€ por dia, na escravatura contemporânea, incluindo a prostituição, o turismo sexual, a incapacidade de auto-determinação sexual de milhares de

indivíduos, particularmente do sexo feminino, em suma, uma pandemia que se alimenta de uma generalizada, consentida e sistemática violação de direitos humanos.

Consequente ao processo de multicausalidade da doença, e da maturação exigida no aprofundamento de abordagens multidisciplinares e polissémicas sobre as determinantes que operam na relação saúde – doença, a *abordagem geográfica de contorno humanista*, e outras subsequentes, assumem-se como beneficiárias líquidas da dialéctica aqui equacionada, produtoras de uma explicação social e cultural do espaço nas investigações geográficas da saúde.

O *espaço* que agora é considerado é aquele que resulta da apropriação histórica dos grupos, um espaço transformado e apropriado pelos «modos de vida», orientado por projectos políticos, económicos e culturais, independentemente da sua fecundidade, numa sucessão (re)construtiva e (des)qualificadora, criando uma “segunda natureza” onde também há lugar para a satisfação das necessidades estéticas e afectivas, sintetizadas na noção proposta por Milton Santos (1996), citado por Czerésnia e Ribeiro(2000):

«O espaço é hoje um sistema de objectos cada vez mais artificiais, povoado de sistemas de acções igualmente imbuídos de artificialidade (...) de um lado os sistemas de objectos condicionam a forma como se dão as acções e, de outro, o sistema de acções leva à criação de objectos novos ou se realiza sobre objectos pré-existentes. É assim que o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma.» (Milton Santos, 1996; citado por Czerésnia e Ribeiro, 2000; pp.8).

### **3.1. - O paradigma compreensivo do espaço e da saúde**

Este novo paradigma interpretativo, referenciado pela construção social da saúde e da doença, particularmente a *abordagem humanista da «Geografia Médica Contemporânea»*, encontra nas abordagens qualitativas e na concepção *fenomenológica* e *existencialista* o suporte necessário para o desenvolvimento de novas linhas de investigação.

Neste ponto, Gatrell (2002) vai mais longe que a maioria dos autores, no que respeita à valorização da metodologia qualitativa e à consideração da experiência subjectiva como fonte válida de conhecimento. Esclarece que a designada corrente *humanista* nos estudos

contemporâneos da geografia da saúde<sup>4</sup>, resulta de uma alteração de paradigma que procura explicar o uso do espaço com base na compreensão do processo implícito às crenças, aos valores, e aos significados subjacentes à condição do homem, legitimando por esta via a designação usada – *humanista*.

Adicionalmente, Aggleton (1990) propõe uma designação mais específica para a compreensão deste processo de descoberta e valorização da subjectividade, denominando-o de *interaccionismo social (social interactionist)*, na medida em que objectiva a percepção da realidade, tal como é vivida pelo sujeito, aquilo que dá coerência às suas reacções e às suas escolhas, produzidas para além das interacções mais ou menos normativas que construímos no dia-a-dia na obrigatoriedade do relacionamento social (Gatrell, 2002; pp. 31-32).

A este nível, coloca-se o significado naquilo que os fenómenos representam para o indivíduo ou grupo singular, transferindo a ênfase da investigação para a compreensão dos processos que conformam as atitudes e os comportamentos. A metodologia, qualitativa tem como último objectivo a produção de um conhecimento empático, perceber a decisão do outro, através da descoberta de valores e símbolos latentes por detrás da conformação das decisões.

No caso da investigação saúde - doença, procura-se o significado individual das vivências saudáveis e mórbidas, o modo como são percebidas e o modo como são devolvidas à comunidade através de comportamentos de adesão ou rejeição.

Privilegia-se a este nível de leitura, o estudo intuitivo da realidade social e amplia-se o interesse pelo conhecimento do designado «*mundo vivido*», o mundo da experiência, propondo-se o «regresso às coisas, elas mesmo».

Por esta via de suporte *fenomenológico*, admite-se a capacidade de percepcionarmos os fenómenos, tal qual eles se apresentam de imediato à nossa consciência, antes de os interpretarmos, bastando para tal que suspendamos (*epogé*)<sup>5</sup> todas as ideias prévias sobre a natureza dos objectos, tal como são estabelecidos pela ciência e pelo senso comum, permitindo a emergência de novos significados a esse respeito. Tal como esclarece Capel (1981), estamos a escorar-nos sobre a linha desenvolvida por Edmond Husserl (1859 –

---

<sup>4</sup> Denominados por Curtis e Tacket (1996), tal como já fizemos referência, por: *Estudos de Geografia Médica Contemporânea*.

<sup>5</sup> *Epogé* – termo grego que significa suspensão do juízo o que, segundo Estébenez, compreende a suspensão do juízo frente ao conteúdo doutrinal, conformando as nossas aprovações dentro deste quadro de suspensão (Estebanez, pp. 139, conforme Ferrater Mora, 1979)

1938) e por Nicolas Hartman (1882 – 1950) entre outros, onde se converte a filosofia numa ciência rigorosa e teórica, sendo que a essência das coisas é objecto de captação intuitiva:

«A análise fenomenológica é uma contemplação desinteressada dos objectos do mundo considerados como fenómenos, ou seja o verdadeiro ser e a sua essência.» (Capel, 1981; pp. 420).

Indiscutivelmente Husserl (1859 – 1938, citado por Estébanez, 1983; pp. 124) qualifica a *fenomenologia* simultaneamente como método e um modo de ver. Estamos, pois, perante a valorização definitiva de uma metodologia qualitativa onde o significado que os indivíduos dão aos factos por si reproduzidos são, eles próprios, o objecto primordial de pesquisa, aquilo que Lessard-Hébert *et al.* (1990; citado por S. Duarte, 2002<sup>6</sup>) designou por *paradigma compreensivo das ciências sociais*.

É pois sobre esta via que a Geografia volta a redescobrir e a revalorizar a dimensão subjectiva. Enquadrada pelo suporte fenomenológico, a investigação etnometodológica contribui muito para que os investigadores procurassem um conjunto de significados, barreiras ou símbolos que, explícita ou implicitamente, estão na base das decisões individuais sobre a procura de cuidados de saúde e a interpretação subjectiva da doença. Assumem particular relevo as práticas discursivas na esfera do social, bem como a análise de conteúdos, procurando compreender a «racionalização das práticas do quotidiano, através de enunciados de linguagem comum» (S. Duarte, 2002).

Exemplos deste tipo são encontrados nas investigações de Eyles e Cornwell (1984) e de Donovan (1986), realizadas com recurso a entrevistas estruturadas e não estruturadas, abrangendo um número reduzido de pessoas unidas por relações de vizinhança ou de rede social, com o objectivo de descobrir o que está implicado na construção do conceito individual de saúde e de doença, o modo como conformavam o seu estatuto e como este determinava a imagem que projectavam dos serviços de saúde.

Para Gatrell (2002), o estudo de Jocelyn Cornwell (1984) constitui, neste tipo de abordagem, um marco na investigação da Geografia da Saúde, não só pela validação da metodologia antropológica e etnográfica utilizada, mas também pelo dilatar dos conceitos subjacentes à concepção e compreensão do significado de saúde e de doença.

---

<sup>6</sup> S. Duarte (2002), na sua obra – *Saberes de saúde e de doença: porque vão as pessoas ao médico?* a autora apresenta-nos ainda uma outra definição de investigação fenomenológica, construída por Giles (1982) que consiste numa descrição das experiências individuais em termos fenomenológicos, isto é, exactamente a forma como as pessoas em causa as vivem (S. Duarte, 2002; pp 20).

Através de uma multiplicidade de entrevistas, Cornwell consegue alcançar nos seus informantes a distinção entre aquilo que eles percebem, como verbalização e como desempenham comportamentos adequados à esfera pública (desejabilidade social), e aquilo que pertence à sua concepção privada, construída a partir de significados singulares, consequentes à sua experiência de vida (Curtis e Taket, 1996; Gatrell, 2002).

Do possível conflito entre as duas perspectivas presentes no indivíduo, pública/privada, Cornwell desenvolve uma adequada compreensão e interpretação de comportamentos e de decisões relacionadas com a valorização local de estados de saúde-doença, adesão a campanhas de sensibilização e utilização de serviços de saúde.

A metodologia etnográfica assume-se, neste contexto, como uma das ferramentas de pesquisa que ilustra superiormente a perspectiva humanista, ao permitir que as pessoas se «expressem no seu próprio modo» (Curtis e Taket, 1996).

De acordo com Glaser e Strauss (1967; citados por Curtis e Taket, 1996), os conceitos teóricos iniciais são objecto de progressivo aperfeiçoamento, com recurso ao material recolhido no terreno, sendo o resultado interpretativo e as proposições emergentes aquelas que mais fielmente retratam o «mundo vivido». Tal como sublinham Eyles e Donovan (1986; citados por Curtis e Taket; 1996; pp. 14 – 15), nas investigações humanistas a ênfase não tem que estar relacionada com a busca científica e positivista da verdade mas antes, deve estar comprometida com a percepção que os indivíduos têm do mundo.

Importa pois perceber que mecanismos e que estruturas suportam a noção de satisfação e de acessibilidade desenvolvidas pelo utilizador e que símbolos e conceitos estão envolvidos na sua construção.

Um exemplo adequado a este respeito é produzido por Scarpaci (1988; Curtis e Taket; 1996; pp. 14-15) sobre o significado polissémico que a construção *subjectiva de acessibilidade* pode conter. Num estudo efectuado em Santiago do Chile, junto de utilizadores de cuidados de saúde primários, verifica que *o tipo acolhimento dedicado por parte do médico ao seu doente*, relevava mais na construção subjectiva da noção de acessibilidade do que a distância física que o utilizador era obrigado a percorrer, ou o tempo médio de espera que, neste caso particular, estava estimado em cerca de 4 horas.

Não desmerecendo em absoluto a validade e utilidade desta perspectiva, Bruner (1990) e Quartilho (2001) acautelam alguns excessos que podem estar latentes na interpretação fenomenológica e etnográfica *stricto sensu*, chamando a nossa atenção para uma necessária inteligibilidade do processo subjacente à organização narrativa, onde a cultura e o sistema social marcam inquestionável presença na organização discursiva.

Segundo Quartilho (2001), todo o processo de verbalização exige uma qualidade pré-narrativa e um esforço de arrumação:

«Os relatos da experiência individual implicam o uso da linguagem. O relato individual, nestas circunstâncias não corresponde a uma duplicação pura da experiência; é antes a tradução da experiência num sistema de sinais que obedece a convenções culturais. Ou seja, a linguagem estrutura e ordena a experiência individual de acordo com os conceitos disponíveis no âmbito da cultura.

(...) A narrativa, neste sentido, seria um processo selectivo através do qual as pessoas organizam, interpretam e compreendem as suas experiências, e lhes conferem os respectivos significados, num contexto em que os fenómenos, sendo interpretados também são socialmente construídos.» (Quartilho, 2001; pp. 49).

Pese o facto desta parceria interpretativa gerada entre a corrente *behaviorista*, (escorada nas explicações da psicologia e da psiquiatria), e a corrente *humanista* da geografia poder parecer excessiva ou transgressora no âmbito de uma abordagem geograficamente mais ortodoxa, não é contudo absolutamente inédita. Um estudo retrospectivo produzido por Philo (1986; citado por Curtis e Taket, 1996; pp. 15) sobre a origem e fundamentação da *abordagem humanista*, encontra nos trabalhos de Faris e Dunham (1936), bem como nos trabalhos de Giggs (1973), ambos inseridos na abordagem ecológica tradicional, preocupações metodológicas e conceptuais muito próximas das aqui partilhadas o que, surpreendentemente, leva o autor a propor a curiosa designação de «*geografia psiquiátrica*» como forma de enfatizar o relevo colocado na descodificação dos processos interpretativos e comportamentais presente nos estudos em causa.

### **3.2. - Espaço e a saúde como objectos de conformação das estruturas político-sociais**

A segunda linha de investigação contemporânea da Geografia Médica tal como Curtis e Taket (1996) a apresentam – *estruturalista, materialista, crítica*, é quase na sua totalidade decalcada por Gatrell (2002), numa perspectiva de franca concordância teórico-metodológica para com os limites propostos.

A designação em causa, remete-nos uma contextualização filosófica que, simultaneamente, suporta e diversifica o(s) objecto(s) de investigação, não só da Geografia, mas da generalidade das ciências sociais, objectivando uma interpretação e actuação mais relevante e produtiva na área político-social. Por este motivo, vamos encontrar uma análise detalhada do impacte que as macroestruturas sociais, políticas e económicas, detêm na determinação dos estados de saúde e de doença, bem como dos processos de modelação que lhe são consequentes, envolvendo, simultaneamente, o produto de uma reflexão crítica-radical e a inclusão da análise materialista marxista, ao nível das infraestruturas da sociedade no confronto com as superestruturas políticas, jurídicas e axiológicas, particularmente no que respeita à teorização do conflito social.

A expansão do *estruturalismo*, que ocorre fundamentalmente nas décadas de 70 e 80, coloca em discussão a fragilidade explicativa da corrente humanista, sublinhando as insuficiências do “voluntarismo” humano, esvaziando a acção humana ao nível individual, relevando os constrangimentos estruturais que moldam a actuação dos grupos. Neste processo socorrem-se, na sua fundamentação, de um conjunto de ferramentas teórico-interpretativas oriundas da economia política e, posteriormente, já na década de 90, retomam os laços primordiais da génese estruturalista, encetados com a teoria literária (Roland Barthes), antropologia (Claude Levi-Strauss) e psicologia (Jean Piaget), que coadjuvam activamente a maioria dos geógrafos anglo-saxónicos na revisão do estatuto teórico dos conceitos espaço temporais até aí trabalhados, admitindo a fragilidade interpretativa de concepções exclusivamente empiristas: os “factos” não “falam por si próprios” (Johnston *et al.*; 2000).

Ao desenvolverem ensaios críticos sobre o papel do voluntarismo e da ilimitada capacidade da intervenção humana, os defensores da análise das *estruturas*, simbólicas e materiais, promovem a depuração de modelos sobre a paisagem, a economia espacial e o sistema espacial, aprofundando o significado de um conjunto de categorias através das quais a actividade social dos grupos era vulgarmente compreendida, formulando pistas inovadoras sobre a actuação constrangedora das estruturas e o seu impacte no produto da actividade humana sobre o espaço. O que releva não é a análise dos elementos de *per se* mas o conjunto de relações formais que estruturam, maioritariamente por via de oposição, equivalência e complementaridade.

Consequente à pluralidade de leituras e de orientações autorizadas por esta linha, encontramos na literatura geográfica diferentes propostas identificadoras deste nível de actuação. Gatrell (2002), sublinhando o ênfase dado à análise da macro-escala social e política, bem como da estrutura económica, admitindo a sua simplificação nominativa –

*abordagem político-económica*, baseando-se na profunda imbricação das relações que os elementos detêm uns sobre os outros.

Para além destas, podemos ainda encontrar outras propostas como a de Mayer (1992) que sugere a designação de – *ecologia política (Political ecology)*, ou ainda a referenciada por Phillips (1981), numa visão mais académica e disciplinarmente centrada – *geografia-médico-social (Medical-social-geography)*, fazendo convergir interesses interdisciplinares clássicos partilhados nesta abordagem.

A inclusão plural de conceitos e estruturas pertinentes à interpretação de determinantes nesta área, beneficia das reflexões previamente produzidas no âmbito da geografia do bem-estar (Smith, 1977), onde se considera a influência das políticas e da orientação ideológica na qualificação de bem-estar e da qualidade de vida dos grupos.

A relação existente entre a ideologia perfilhada pelos Estados, a extensão de direitos juridicamente consagrados na área do social e as infraestruturas disponibilizadas para o persecução de objectivos, são objecto de investigação e produção crítica e inovadora.

Referências obrigatórias neste campo são os trabalhos produzidos por Phillips (1981)<sup>7</sup> e Eyles (1987)<sup>8</sup> onde à escala nacional e infra-nacional são averiguadas, entre outras coisas, a organização e extensão dos respectivos serviços nacionais de saúde, o seu impacte ao nível da prestação de cuidados e o processo de decisão dos utilizadores. Este último aspecto remete-nos, uma vez mais, para a compreensão e interpretação dos processos de decisão individual e de grupo, ao nível dos utilizadores, sendo objecto de uma prática transversal e recorrente, presente no desenvolvimento de diferentes linhas de investigação pois, na sua totalidade, reconhecem a utilidade da compreensão dos processos comportamentais, uma vez que deliberadamente buscam colocar o Homem no centro da sua reflexão.

No caso do estudo reportado por Phillips (1981), somos conduzidos a uma interessante análise produzida por Mckinlay (1978), a propósito da acessibilidade e utilização de serviços de saúde, sendo-nos propostas seis linhas de investigação, como forma de identificar e compreender, de um modo tão completo quanto possível, as barreiras que implícita ou explicitamente condicionam o uso dos serviços de saúde, partindo da conformação das estruturas: económicas (1); sócio-geográficas (2,3,4,5) e político-organizacionais (6):

1. *Abordagem económica*: examina as diferenças na utilização dos serviços de saúde por parte de grupos com distinto poder económico, centrando a sua atenção na

---

<sup>7</sup> Phillips, David R. (1981) *Contemporary issues in the Geography of Health Care*. Geo Abstracts, England

<sup>8</sup> Eyles, J. (1987) *The Geography of National Health*. London, Croom Helm

investigação do efeito de barreira gerado entre rendimento / pagamento de serviços, particularmente em países onde o Serviço Nacional de Saúde (SNS) não detém coberturas tão extensas como as até agora verificadas na maioria dos países europeus, ou onde estas coberturas estão presentes de forma absolutamente mitigada como é o caso dos EUA;

2. *Abordagem sócio-demográfica*: é, em muitos casos, semelhante à investigação realizada sobre os aspectos empíricos do comportamento mencionados anteriormente. Procura inventariar e compreender diferenças ao nível da procura e uso de cuidados de saúde com base na classe etária, educação, género, estatuto social, rendimento e identidade religiosa;
3. *Abordagem geográfica*: segundo a referencia de Mckinlay, pode incluir estudos realizados por não geógrafos, com partilha de igual preocupação em relação à distância e localização dos serviços de saúde. Neste ponto podem incluir-se avaliações de consumo de serviços de saúde gerados a partir de factores facilitadores (transportes, informação), ou factores de proximidade, com visível efeito sobre a procura, comparativamente com outros que o não são: habitação na proximidade de áreas identificadas como prestadoras de serviços, ter familiares na área de vizinhança destes centros, sendo que estes factores devem sempre ser distinguidos de uma necessária avaliação da acessibilidade definida em termos clássicos;
4. *Abordagem sócio-psicológica*: sublinha o contributo da perspectiva fenomenológica e perceptiva na utilização dos serviços de saúde. Inclui aspectos relacionados com a motivação, percepção e aprendizagem, uma vez que estes podem constituir-se em factores com significativa influência sobre o consumo, quer a nível individual quer a nível colectivo. Neste ponto, Mckinlay inclui a visão crítica de Bem Sira (1976) onde relevam na avaliação individual da *satisfação* mais os aspectos afectivos, incluindo a determinante relação médico-doente, do que os aspectos técnicos inerentes à prestação de serviços, fundamentalmente pela menor qualificação técnica e científica do "cliente";
5. *Abordagem sócio-cultural*: propõem-se investigações sobre o tipo de procedimentos inerentes às determinantes culturais características de grupos sociais ou étnicos, incluindo as diferenças clássicas da dicotomia de estilos de vida urbano e rural.

Devem ser igualmente avaliadas um conjunto de crenças de cariz popular, bem como os saberes tradicionais relacionados com a saúde e o tratamento da doença, em confronto com orientações informadas pelo conhecimento científico e erudito, ou por vivências com ele relacionadas (aquilo que muitas vezes se designa por *cultura médica*) sendo que Suchman (1964; citado por Phillips, 1981) as distingue entre “cosmopolitas” e “provincianas”;

6. *Abordagem organizacional (delivery-system)*: esta orientação procura investigar o modo como o sistema está construído e o modo como se organiza administrativamente o acesso. Embora possa incluir alguns dos subtópicos mencionado noutras abordagens, procura trazer à discussão um conjunto de barreiras estruturais que promovem ou facilitam uma diferenciação de acesso, centrando-se na capacidade de conhecimento que os grupos ou indivíduos detêm para lidar burocraticamente com o sistema ou em exercer direitos de cidadania. Esta abordagem deve contemplar, segundo o autor, três subtipos de investigação específicos, relacionados com a existência de barreiras ou inacessibilidades, por ele denominadas de – *impedimentos organizacionais*, que são geradas no interior do sistema:

a) Barreiras impostas por códigos implícitos de pertença social, comportamento ou linguagem, geradores de empatias entre profissionais e pacientes que partilham igual estatuto;

b) Barreiras de natureza burocrática, especificamente geradas por via administrativa, conformando uma aplicação restrita de regras ou regulamentos, o que pode ditar o afastamento de determinados grupos étnicos ou sociais, ou classes etárias mais elevadas, de certa forma marginais ao sistema (ex: ausência de domicílio certo, ausência de identificação fiscal, ausência de subsistema de saúde, identidade irregular);

c) Barreiras de normalização resultantes da crescente burocratização dos procedimentos em saúde, através da implementação de protocolos aferidores de boas práticas médicas, o que pode facilitar a erosão da relação médico-doente,

transformando-a num procedimento burocraticamente regulamentado tipo prestador-cliente, podendo incentivar à prática de uma medicina defensiva.

Neste patamar estruturalista, materialista e crítico, reconhece-se a validade interpretativa das teorias sociais como fonte de conhecimento e teorização das interações sociais entre os grupos e as organizações, particularmente no domínio da investigação saúde-doença. São múltiplas as citações que referenciam a base interpretativa construída pela *Teoria Funcionalista* de Talcott Parsons (1951) na sua obra – *Social System*, onde se discute o processo de regulação social presente nos quadros de saúde e de doença. Encontramos, simultaneamente, no que Parsons designou por «*papel do doente*» (*sick role*) e nos recursos médico-terapêuticos, o «*papel do médico*», o desempenho de funções controladores e normalizadores do indivíduo doente, legitimadores de direitos, obrigações e isenções socialmente sancionadas. De acordo com Parsons, o indivíduo no seu estado de doença, procuraria a medicina e o seu intérprete, o médico, como forma de normalizar o seu estado de saúde, compondo deste modo o seu papel de doente sendo-lhe devolvidos:

1. Isenção de responsabilidades sociais comumente designadas;
2. Isenção de censura e de culpa pelo seu estado e, simultaneamente, pela incapacitante de desempenho de papéis socialmente normais;
3. Deveria evidenciar e operacionalizar a sua intenção de conduta colaborante, de modo a afastar suspeitas de simulação e fingimento do seu estado;
4. Na doença, a busca de ajuda técnica especializada, objectiva o desejo de regresso à normalidade, biológica e social, pelo que deve procurar e respeitar os actores que estão legitimados técnica e socialmente para esse efeito - profissionais de saúde; (Quartilho, 2001).

Neste ponto, tal como mencionam Eisenberg e Kleinman (1981) e Mechanic (1978, citados por Pereira, 1987), estar doente não conforma um simples estado biológico mas também um estado social onde, não raras vezes, se assiste a um processo de regulação e de legitimação da função de doente pela posição social ocupada pelo indivíduo no grupo, pelas normas sociais, e menos pela avaliação clinicamente objectiva de sinais e sintomas. Pereira (1987, citando Waxler, 1981) vai ainda mais longe a respeito da *rotulação de doente (social*

*labeling*), admitindo que esta decorrer de negociações sociais entre o médico, a família e a restante estrutura de cuidados de saúde<sup>9</sup>.

Outra tipologia de estudo prevalente na abordagem estruturalista, contempla a análise de impacte que as políticas preconizadas pelos Estados têm sobre os níveis de bem-estar e saúde dos indivíduos. Sabe-se que os diferentes contextos políticos, bem como a ideologia subjacente, têm implicações directas ao nível dos direitos sociais, laborais entre outros, que podem ser juridicamente consagrados e reclamados pelos cidadãos. A este respeito, existe um vasto campo de investigação francamente favorecido pela transição mais ou menos profunda dos princípios orientadores do Estado-providência, particularmente nas sociedades ocidentais, onde se assiste a uma sucessão de reformas de orientação neo-liberal que, progressivamente, declaram a incompatibilidade destes princípios com o progresso económico necessário numa sociedade capitalista (Mishra, 1995). Algumas destas orientações ficaram amplamente associadas aos nomes dos seus executores, funcionando como símbolos de uma política, tais como *Reganismo* e *Thatcherismo* que, durante a década de 80, mitigaram paulatinamente a responsabilidade estatal ao nível da protecção social, procedendo à desregulamentação dos mercados, à restrição da universalidade dos serviços sociais e de saúde, sendo que a generalidade destes conceitos eram, e ainda são, menos desenvolvidos nos EUA do que na Europa.

É nesta perspectiva que Rosenberg (1988; citado por Curtis e Taket, 1996) advoga a utilidade de uma interdisciplinaridade produtiva entre a Geografia Política e as diferentes escalas de análise que lhe estão associadas, conjuntamente com a sociologia e a ciência política, como forma de alcançar uma melhor compreensão do papel desempenhado pelas macroestruturas ao nível da saúde global.

---

<sup>9</sup> A este nível, Graça Carapinheiro (1988) produziu um notável testemunho do processo agora descrito, utilizando a conceptualização de Herzlich (1973) sobre o estatuto social do doente, do médico e das suas relações com o sistema, de onde relevam duas figuras: “o doente do hospital” e o “doente dos médico”.

“*O doente do hospital*” é o indivíduo isolado, cuja família não é integrada no processo de internamento como protagonista válida para a negociação com o hospital. Com estatuto social inferior, ou não desenvolve nenhuma actividade (doente idoso, reformado, desempregado entre outras situações possíveis), ou desenvolve uma actividade socialmente desvalorizada, independentemente da atribuição de critérios de utilidade social das profissões (...) este doente dirige-se à instituição através da urgência ou consulta externa, na procura do sistema de cuidados que lhe é específica;

“*O doente do médico*” detém uma posição diferencial, não só na sua relação com a sociedade mas também em relação ao sistema médico-hospitalar. O seu contexto exterior é importante na determinação da sua posição como doente, firmando-se esta posição junto dos diversos técnicos ao longo do período de internamento. As funções sociais que desempenha são valorizadas, daí o cuidado que se reveste a actuação médica na remissão da doença (...) este doente dirige-se ao médico e não há instituição (pp. 210 – 252).

Por seu lado, a instituição em função da adopção das normas caracteriza os doentes, pelo seu grau de aderência aos princípios, submissão à autoridade técnica e conformação com as práticas, ainda que não detenham fundamentação científica (pp. 252 – 280).

Turshen (1984, citado por Gatrell, 2002), propõem a contextualização e avaliação concreta destes factores, à escala regional e nacional, como por exemplo o impacto gerado pelas diferentes políticas de saúde pública. A este nível abrem-se novas e estimulantes possibilidades de investigação, debruçadas sobre a prevenção de IST's ou da política de drogas, debatendo o efeito geral alcançado entre normas proibicionistas e políticas de redução de danos, com maior inteligibilidade do tecido social, orientados por princípios mais tolerantes e integradores. Partindo do princípio que as normas e as instituições reflectem a consciência axiológica dos grupos de suporte e de legitimação, o balanço objectivado pelo autor discrimina, criticamente, a existência de patologias sociais agravadas por decisões políticas:

«A doença permanece não no corpo mas no corpo político.» (Turshen, 1984; citado por Gatrell, 2002; pp. 35)

Neste contexto, os vinte anos de pandemia VIH /SIDA têm demonstrado que as orientações político-institucionais ao nível social e sanitário têm sido tão determinantes como a investigação clínica propriamente dita. Apostas mais eficazes ao nível da prevenção da infecção do VIH desenvolvidas pelos Estados, são aquelas que, para além da resposta clínica, apostam no médio/longo prazo na transformação e melhoria das condições sociais das populações vulneráveis, mediadas por programas de combate à iliteracia, desenvolvimento de auto-estima, de direitos e exercício de cidadania, a par de mediadas adequadas de redução de danos. O silêncio epidemiológico declarado por alguns Estados até meados da década de 90, a subnotificação crónica prosseguida e mantida por outros, ou ainda o consentimento de práticas discriminatórias, redundam em dramáticos cenários de crescimento exponencial da epidemia.

Um outro exemplo é nos fornecido pelos trabalhos de Akatan (1987; citado por Curtis e Taket, 1996) ao investigar o impacto que os projectos de desenvolvimento económico têm sobre a saúde das populações em determinadas regiões, sobretudo aqueles que envolvem a construção de infraestruturas de elevada dimensão, como barragens, complexos militares, auto-estradas, aeroportos entre outros. Para a consecução de alguns destes projectos de desenvolvimento<sup>10</sup> recorre-se, muitas vezes, à expropriação e anulação de estruturas

---

<sup>10</sup> Tal como reconhecem Phillips e Verhasselt (1994; pp. 6) o impacto global das políticas de desenvolvimento e as consequências directas e indirectas que advêm para a saúde das populações, ao nível local ou regional, são objecto de frequente subavaliação, tendendo a considerar exponencialmente os benefícios económicos como sinónimo de desenvolvimento.

produtivas locais que, historicamente, serviram de suporte económico a determinadas populações, ou força-se a deslocação e desenraizamento de comunidades, rompendo processos de identidade e de solidariedade imprescindíveis ao equilíbrio social. Na época pré e pós-sida, a construção de mega-empresendimentos no continente africano, com a congregação de milhares de trabalhadores migrantes oriundos de diversos países, acantonados em aldeias construídas para o efeito tem-se materializado numa verdadeira política de inoculação e amplificação da epidemia. Decosas (1996) fornece um excelente exemplo deste processo, envolvendo múltiplas migrações de homens Krobo que, nos anos 60, participaram na construção da barragem de Akosombo no Gana. Para a edificação deste empreendimento, muitos homens e mulheres Krobo deslocaram-se dos seus territórios e venderam a sua força de trabalho. Eles como trabalhadores de construção, elas como trabalhadoras sexuais, fundamentalmente quando a albufeira do Lago Volta destruiu a geoeconomia local de base agrícola, submergindo as suas terras. Embora não se possa estabelecer com facilidade uma relação de causa efeito entre a deslocação deste povo, o processo de migração e a “expropriação” de que foram alvo, o que se verifica é que duas gerações de mulheres atingidas por este processo têm maior prevalência de infecção por VIH/SIDA quando comparadas com a restante população.

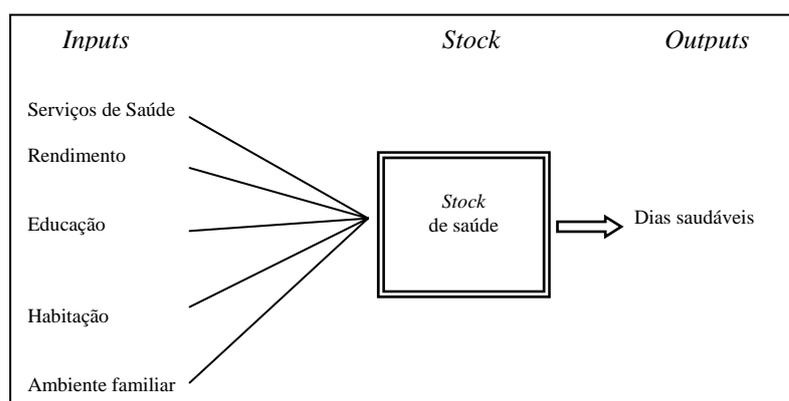
Outros autores (Phillips, 1981; Scarpaci, 1988; Simões, 1989; P. Santana, 1993; Mohon, 1993), seguindo a perspectiva geográfica e sócio-ecológica, ainda que numa escala diferente da anterior, investigam o impacto que as estratégias públicas detêm no acesso à saúde, sugerindo a reorganização dos serviços perante a emergência de novas exigências sanitárias e epidemiológicas, ou pelo redimensionamento demográfico e económico das populações. Em alguns destes estudos, estão latentes as interpretações procedentes da teoria marxista, justificando as iniquidades incrustadas no tecido social pelo conflito de classes, ou ainda, perspectivando o acesso aos circuitos de produção e consumo de saúde como uma forma de propiciar indivíduos saudáveis, garantindo por este via a viabilidade do sistema económico (Quartilho, 2001).

Ferguson (1979; citado por Gatrell, 2002) examina à luz da interpretação marxista a actuação histórica do modelo biomédico, particularmente o seu impacto em possessões coloniais, num período compreendido entre o final do século XIX e o início do século XX. Verifica que a pobreza e a carência de infraestruturas são responsáveis pela maioria dos casos de doença, sendo maioritariamente promovida e incentivada a actuação de uma medicina exclusivamente curativa, preterindo o potencial inerente uma medicina preventiva e social:

«Deste modo, a medicina serve a perpetuação das desigualdades sociais e a ocultação das diferenças entre ricos e pobres; [segundo Ferguson, economista político] nada foi feito para reduzir estas disparidades.» (Gatrell, 2002; pp. 36).

Nas investigações pautadas por preocupações político-económicas, releva ainda o modelo preconizado por Grossman (1972), expresso posteriormente por Maynard (1981), onde se perspectiva o nível de saúde de um indivíduo não como um factor exclusivamente biológico, mas algo que é relativamente dependente dos recursos afectos à sua manutenção. Segundo o autor, a procura de saúde pelos consumidores deriva de um duplo objectivo: a saúde como *bem de consumo*, uma vez que os dias de doença são observados como *desutilidades*, e como *bem de investimento* pois os estados saudáveis permitem a execução de actividades económica e socialmente produtivas (Giraldes, 1997).

Figura 3.2.1 - Modelo de produção de saúde adaptado por Maynard (1981)



Fonte: Giraldes, 1997; pp. 49

Fuchs (1972, citado por Giraldes, 1997) sublinha que na óptica de Grossman, os cuidados de saúde são um *input* necessário mas não suficiente para manter um adequado stock de saúde, podendo partilhar de um nível de importância comum a outros factores como a educação, rendimento, habitação entre outros.

Gatrell (2002) evidencia de igual modo a validade das investigações que observam as estruturas sociais como modeladoras do conhecimento, e as práticas sociais como geradoras de constrangimentos ao nível do género, particularmente ao nível do desempenho feminino, naquilo que Young (1996, citado por Gatrell, 2002) designou por – *duplo fardo* (*double burden*):

«[a mulher] tem que decidir no contexto das redes de recursos económicos e sociais disponíveis para elas e para as suas famílias. As escolhas realizadas devem ser julgadas no enquadramento espaço-temporal de referência daquelas mulheres, consideradas em função do seu próprio estatuto de saúde, da divisão do trabalho imposta pelo mercado e pelas responsabilidades domésticas de que estão investidas [*double burden*].» (Young, 1996; citado por Gatrell, 2002; pp. 43).

Por último, encontramos ainda sob esta orientação metodológica referências a um conjunto de investigações sobre saúde - doença, desenvolvidas numa perspectiva histórica, em relação ao processo de institucionalização da doença, à avaliação do impacte gerado pelas sucessivas políticas coloniais de saúde e o seu efeito sobre as populações autóctones, enfatizando os efeitos curativos do modelo biomédico ocidental e a conseqüente desvalorização de conteúdos de sabedoria local ou, em muitos casos, proibindo estratégias preventivas de forte matriz cultural. Este tipo de investigações fora produzido por Newson (1993; citados por Gatrel, 2002), abordando a difusão das doenças do “velho mundo” e o impacte que tiveram ao nível da estrutura demográfica do “novo mundo”, ou ainda investigação da perspectiva histórico-política reclamada por Turshen (1984), versando a imposição dos sistemas de saúde ocidentais sobre os sistemas locais-tradicionais, agregando-os ou esmagando-os em nome de uma necessária modernização (Gatrell, 2002).

Tal como foi demonstrado, este suporte metodológico de investigação geográfica tende a estabelecer fortes laços de interdisciplinaridade, não só com a antropologia médica e sociologia da medicina mas, particularmente, com a medicina social e com a epidemiologia social. Este ponto torna-se particularmente inteligível através da consideração da definição proposta por Morris (1964) a este respeito:

«Medicina social é a ciência médica que se ocupa da saúde da colectividade, das relações entre a saúde e o modo de vida, das medidas sociais a favor da saúde e do efeito que essas intervenções têm na vida dos indivíduos e da família.» (Citado por G. Ferreira, 1990; pp. 35).

O indivíduo cede lugar à colectividade e a ênfase não é colocada sobre a etiologia específica desta ou daquela doença, mas o que releva é uma análise no âmbito da multicausalidade

contributiva, nomeadamente ao nível das relações económicas, sociais e políticas, investigando o impacto que detêm no favorecimento da saúde individual e colectiva.

Por outro lado, tal como sublinham Berckman e Kawachi (2000), a *epidemiologia social*, tida como um ramo da epidemiologia, investiga as determinantes sociais dos estados saudáveis sendo que, os mesmos, não existem no vácuo, apartados das pessoas e do espaço por elas edificado, pelo que se valoriza a investigação de um conjunto de interações resultantes da actuação das forças sociais onde os indivíduos se inserem.

Tal como advoga Morris (2000), a determinação pós-moderna dos estados de saúde - doença, deriva da aceitação de uma determinação biocultural, onde os agentes agressores não são só os agentes clássicos mas estão imbricados nos riscos inerentes aos estilos de vida geradores de vulnerabilidades (alcoolismo, sexualidade, cultura de risco, excessos alimentares entre outros), conjugados com constrangimentos sociais como a pobreza, a criminalidade e o stress.

### **3.3 - A construção Cultural do Espaço e da Saúde**

A terceira e última linha de actuação da abordagem contemporânea da Geografia Médica é designada por Curtis e Taket (1996) como – *abordagem cultural*.

Tal como o nome indica, estamos perante uma proposta de leitura das relações saúde – doença, à luz de interpretações fornecidas pela *Geografia Cultural*, fundamentalmente a partir da década de 70, incorporando contributos e metodologias etnográficas, antropológicas, comportamentais e materialistas.

Emergem, por esta via, novas formas de observação e de compreensão do espaço e do seu processo construtivo, desenvolvendo novas propostas para conceitos clássicos da geografia: lugar, paisagem e identidade.

Somos confrontados com uma alteração muito significativa acerca daquilo que o espaço representa para o indivíduo e para o grupo, e o modo como este mesmo espaço pode conformar, material e imaterialmente as relações de saúde – doença. No começo da década de 70, a abordagem humanista, particularmente patrocinada pela Geografia Cultural, numa produtiva convergência de contributos comportamentais, estruturalistas e materialistas, formula um conjunto de interrogações relacionadas com as referências que os indivíduos constroem sobre o seu «espaço vivido».

A referência geográfica de base locativa, onde o sítio era adequadamente referenciado por coordenadas geográficas e caracterizado no esteio dos elementos físicos e ambientais do

meio, é agora distendida, compreendendo um conjunto de referentes emanentes a esse espaço, sejam eles construídos com base em emoções, afectos, sensações, valores étnicos e religiosos, numa organização coerente de símbolos e significados escorados nas vivências individuais.

As localizações, as posições topográficas de ocupação, transformam-se em *lugares* (*places*) quando congregam nos seus ocupantes e observadores, um conjunto de significados e simbologias. Um *lugar* é pois, mais do que uma mera localização. Resulta de um conjunto de sensações e de significados consciencializados, moldados pelas circunstâncias económicas, sociais, culturais e emotivas que os indivíduos, eles próprios, experienciam<sup>11</sup>. Estamos perante a aplicação da interpretação fenomenológica das vivências do lugar, valorizando os laços afectivos que se estabelecem com o espaço, traduzidos na designação *topofilia*<sup>12</sup> presente nos estudos de Relph, Buttimer (1976) e Yi Fu Tuan (1977).

Na dissecação de um *lugar* (*place*), encontramos um tecido fortemente estratificado, polimórfico, composto pelas características físicas do local, pelas experiências sensoriais registadas (luz, ruído, odor, temperatura), pelas experiências perceptivas mediadas pela consciência, pelos valores estéticos, políticos, religiosos e históricos (inclusão, exclusão, agitação, quietude, medo), concorrendo, todas elas, para a produção de uma imagem coerente e identitária desse lugar, onde o todo é, sem qualquer dúvida, muito mais significativo do que a soma das partes (Kearns e Gesler, 1998).

Para Rose (1995; citada por Gatrell, 2002; pp. 9), no processo de identificação dos lugares, os sentimentos e símbolos construídos relevam, fundamentalmente, das experiências económicas, culturais e sociais, vivenciadas por cada indivíduo. Suportando esta perspectiva, e procurando corrigir o risco de se romancear excessivamente o senso de *lugar* Mohan (1998; citado por Gatrell, 2002; pp. 10), admite que são maioritariamente as situações adversas, a nível económico e habitacional, fortemente ligadas aos excessos do capitalismo, aquelas que se assumem como mais significativas na construção identitária dos *lugares*, pelo que Cornwell (1984) adverte:

---

<sup>11</sup> A validação desta vertente individual, também fazedora de uma identidade comunitária, alicerçada em vivências e significados comuns, partilhados pela maioria da comunidade, leva a que alguns autores (Johnston *et al.*; 2000; pp. 494-496), classifiquem esta linha de investigação como – “*post-medical geography*”.

<sup>12</sup> Derivadas deste conceito, podemos ainda encontrar outras designações: *topolatria*, designa a existência de sentimentos reverenciais e míticos por um dado lugar; *toponegligência*, tendência a perder o sentido de lugar através da despersonalização do espaço, que pode advir da reprodução da mesma norma arquitectónica ao redor do globo, como por exemplo a «*sheratonização*» e a «*hiltonização*» de que nos fala Sanguin; e ainda *topofobia*, associação de sentimentos de aversão, desconfiança, medo ou repulsa a um dado lugar (Estébanez, 1983; pp. 126 – 128).

«Onde existe pertença existe não pertença, e onde existe inclusão existe exclusão.» (citada por Gatrell, 2002; pp. 9).

O espaço é, no registo da Geografia Cultural, mais do que um mero recipiente local de características físicas e humanizadas, transformando-se em *lugar* quando articula relações informacionais de pertença, exclusão, ou anomia, quando adquire, inequivocamente, um significado (Kearns e Gesler, 1998). Se assim não fosse, não nos sentiríamos agredidos ou confortados pelas características imateriais dos *lugares*. Dito de outra forma, o sentimento e significado de um *lugar* são, maioritariamente, auto-referentes. Resultam da presença ou da ausência de imagens e símbolos, cuja tomada de consciência se processa através de leituras e atribuição de significados, sinalizadores de sentimentos de conforto, insegurança, pertença, agressão entre outros.

Concomitante com a noção de *lugar*, e prosseguindo na proposta de Kearns e Gesler (1998), estamos agora mais habilitados a perscrutar o conceito de *paisagem cultural*, à luz de três distintos contributos evolutivos estando, todos eles, para além da noção edílica e bucólica do espaço pastoril, estereótipo pictórico da paisagem, frequentemente retratado na arte europeia setecentista que, segundo Gillian Rose (1993; citada por Kearns e Gesler, 1998; pp. 7 - 8), está profundamente enviesada por características de género e de classe.

O primeiro contributo para a construção do conceito de *paisagem cultural*, remonta aos trabalhos de Carl Sauer (1963) e da escola de Geografia Cultural de Berkeley. Numa visão clássica, enfatizam-se os aspectos materiais da cultura, visíveis e expostos no espaço físico, edificados e praticados para suprir as necessidades dos grupos humanos.

Neste contexto, a salubridade de um lugar era assegurada pela presença de elementos naturais, caracteristicamente associados a uma natureza limpa e pouco transformada, como uma fonte ou um regato cristalino (Kearns e Gesler, 1998).

Peter Jackson (1993; citado por Kearns e Gesler, 1998), na sua obra – *Maps of Meaning*, questiona este tipo de abordagem «presumivelmente inocente», reclamando a conceptualização cultural da paisagem como um processo construtivo, individual e dinâmico, onde se reconhece igual preeminência à mente e ao olhar. A *paisagem* surge como uma construção cognitiva onde, cada indivíduo, emerge como agente activo «inventor e fazedor de lugares».

A este respeito, releva igualmente o entendimento de Czeresnia e Ribeiro (2000), construído a partir dos contributos de Milton Santos (1996) e Harvey (1996):

«A experiência subjectiva conduz a caminhos muito diferenciados de percepção e imaginação. Distintas culturas e grupos sociais possuem diferentes concepções acerca do espaço.» (Czeresnia e Ribeiro, 2000: 10).

Kearns e Gesler (1998; pp. 7 - 8) avançam um exemplo particularmente significativo e útil para a compreensão do processo de construção cultural do *lugar* e da *paisagem*. Um hospital (ou qualquer outro elemento simbólico: uma escola, uma catedral, uma praça), pode permanecer durante muito tempo como um elemento neutro no tecido urbano até que sobrevenha ao sujeito um qualquer episódio na sua história de vida que o torne referente, sendo que, posteriormente, este pode ser reinventado ou reapropriado como paisagem de medo, angústia, sucesso, consoante a história aí vivida.

A qualificação deste simbolismo, coerente e significativo, permite, no âmbito da Geografia Cultural, a emergência de uma *compreensão empática*, através da qual se descobrem um conjunto de significados inscritos nas *paisagens*, conformadores de identidades e comportamentos.

A terceira e última proposta interpretativa da noção de *paisagem cultural*, não deriva tanto da compreensão do processo de construção empática mas antes, propõe a *paisagem* como um produto referenciado por normas sociais, cuja interpretação, valorização estética, espiritual e emocional resulta da actuação de um conjunto de normas e valores colectivamente defendidos e autorizados.

Neste ponto, a perspectiva estruturalista e materialista informam este conceito de *paisagem cultural*, ajudando à compreensão simbólica emanante à morfologia do espaço e à interpretação cénica dos seus elementos.

Diversos estudos realizados neste âmbito, dos quais destacamos os produzidos por Philo (1987, 1989; citados por Curtis e Taket, 1996; Gatrell, 2002), sobre a organização do espaço nas instituições psiquiátricas do século XIX. O autor destaca o modo como a organização espacial no interior das instituições de saúde mental contribuía, não só para alcançar objectivos terapêuticos, de acordo com a *leges artis*, mas também processos de supervisão exigidos pelas normas sociais em termos de ocultação, vigilância sexual e enquadramento securitário. Este é um exemplo paradigmático de como a evolução clínica subjacente às patologias de saúde mental, transforma profundamente a utilização e organização dos espaços asilares destinados ao tratamento e recuperação, contribuindo, simultaneamente, para a alteração da perspectiva cultural e da norma social que expressava vergonha e exigia distância e recolhimento.

Cultivava-se à época, neste tipo de instituições, uma noção de “espaço higiénico”, como sendo um espaço socialmente isolado, com áreas abertas no seu interior, maioritariamente orientado para a solicitação de tarefas relacionadas com o uso e cultivo da terra, propiciando alguma mobilidade aos seus internos, num espaço bucólico, calmo e útil para a cura.

O anterior espaço de clausura psiquiátrica, dotado de muros separadores, foi, durante muito tempo, visto e referenciado como o único espaço adequado à prestação de cuidados em saúde mental. Hoje são, em muitos casos, observados como espaços herméticos, desconfortáveis e insalubres, exibindo estigmas de violência e coercividade pelo afastamento e desintegração social imposta. A loucura, e a patologia mental como um todo, passam a ser vistas com outros olhos, conformando outros significados na paisagem. Preconiza-se a humanização e abertura destes espaço, a sua transformação e apropriação social e cultural, incentivando-se a proximidade social e a desospitalização, inserindo os doentes em espaços protegidos na comunidade, apelando à co-responsabilização social do grupo.

Assim, as definições de *lugar* e de *paisagem* agora apresentadas, ajudam-nos na compreensão da proposta de identidade que, pode ser entendida, como um processo de auto-percepção, presente de forma individual ou colectiva, conformada por uma relação geográfica com o todo envolvente, sumarizada na expressão usada por Kearns e Gesler (1998: 9) – *lugar no mundo (palce in-the-world)*. Estamos perante a valorização da construção identitária que liga o espaço ao social e ao cultural, investigada pela antropologia do espaço, tal como Hall (1966) a designou, e que F. Silvano (2001) discute criticamente servindo-se, neste contexto específico do comentário por Paul-Lévy e Sageud (1983):

«A relação com o espaço é assim, poderíamos dizer, universalmente garante da particularidade das identidades. O que quer dizer que a “dimensão espacial” não pode ser apreendida directamente; ela só se manifesta na intimidade dos dispositivos simbólicos, e não pode manifestar a sua universalidade senão tornando evidentes as operações que, toadas as sociedades comparadas, poderíamos tomar por universais.» (citado por F. Silvano, 2001; pp. 66).

A conjugação destes factores autoriza um olhar geográfico complementar, mais valorizador da diferença, ou seja, uma observação onde prevalece, ao nível da percepção da saúde – doença, uma concepção empática, cultural, espacial e experiencialmente construída, compreendida e descodificada sob o significado colectivo ou individual de *lugar* e *paisagem*.

Estamos pois, perante uma linha interpretativa que admite a expressão, a contribuição e a influência de propriedades imateriais do espaço nas relações que os indivíduos ou as colectividades mantêm ao nível da conceptualização da saúde, e na abordagem que fazem da doença, incorporando factores de diferenciação como classe, género, etnia, religiosidade, “raça”, sexualidade entre outras (Kearns e Gesler, 1998).

Podemos compreender com mais rigor as diferenças existentes entre a abordagem humanista cultural e a abordagem clássica da Geografia Médica, ao nível da composição das relações saúde – doença. Na visão clássica os “territórios nosogénicos” eram aqueles que reuniam um conjunto de características físicas e ambientais capazes de suportar prova etiológica, validada à luz do modelo biomédico positivista, subalternizando a *pessoa*, e a subjectividade das suas queixas (*illness*), relegando-a para o estatuto de “paciente” (Kerans e Gesler, 1998). O espaço geográfico congrega agora uma nova função explicativa:

«Inicialmente utilizado pela epidemiologia como uma tentativa de integrar o biológico e o não biológico, o espaço geográfico era considerado um lugar estático, isolado sem dimensão histórica. Ao revestir-se de carácter social, ele passa a atender também às necessidades explicativas à concepção de determinação social da doença, visto permitir que os diferentes factores que compõem a estrutura epidemiológica sejam analisados numa perspectivam dinâmica e histórica, estando a sua compreensão directamente articulada à função à formação económica e social.» (M. Conceição *et al.*, 1999; pp. 8).

Destacamos ainda neste contexto de abordagem cultural da geografia, acerca da compreensão empática e socialmente construída de espaço, a definição proposta por Gesler (1992, 1993) sobre «*paisagem terapêutica*», escorada nos conceitos examinados de lugar, paisagem e identidade:

«Paisagens terapêuticas são lugares que alcançam uma reputação duradoura por promoverem cura<sup>13</sup> física, mental e espiritual. Os factores

---

<sup>13</sup> A palavra inglesa aplicada *healing*, vertida pelo autor como *cura*, é passível de comportar outras noções como alívio, ou algo com propriedades medicinais ou calmantes.

«*Therapeutic landscapes are places that have achieved lasting reputations for providing a physical, mental and spiritual healing. The factors that contribute to this reputation vary great deal over space and time, but some common features appear to persist. Theses features include such natural characteristics as magnificent scenery, water, and trees; human constructions such as healing temples or spa bath; contributions to sense of place such as feelings of warmth, identity, rootedness, or authenticity; symbolic features such as healing myths; the*

que contribuem para esta reputação sofrem uma profunda variação ao longo do espaço e do tempo, mas parecem persistir alguns traços comuns. Estes traços incluem algumas características naturais como magníficos “cenários”, água, árvores, construções humanas tais como templos curativos e estâncias termais e balneares; contribuem para o senso de lugar sentimentos calorosos, identidade, arraigamento ou autenticidade; traços simbólicos como mitos curativos; a incorporação de familiaridade, rotinas diárias no processo de tratamento; sensibilidade para com crenças culturais; e uma forte atmosfera onde as distâncias sociais e as desigualdades são reduzidas ao mínimo.» (Kearns e Gesler, 1998; pp. 8).

Gatrell (2002; pp. 10) interpreta esta descrição, admitindo que no processo de construção de reputação terapêutica de um lugar, não só estão presentes qualidades físicas e químicas desse lugar, mas também um conjunto de outras características que interagem simbolicamente, socialmente reconhecidas e culturalmente construídas, assumindo-se como ícones de “cura”, bem-estar e alívio. Os exemplos fornecidos por Gesler (1993; Kerans e Gesler, 1998), comportam lugares simbólicos tão diversos como templos de deidades do período clássico grego, estâncias de banhos e estâncias termais, ou espaços sagrados, impregnados de espiritualidade (ex.: Santuário Mariano de Lourdes e de Fátima).

Como ficou demonstrado, o alcance da noção de *paisagem terapêutica* de Gesler abrange um conjunto polissêmico de conceitos, quer ao nível da qualificação de saúde e de doença, quer ao nível dos instrumentos terapêuticos restituidores de equilíbrio, segundo a norma positivista ou indo para além dela.

Ao nível da doença clinicamente definida (*disease*), o processo de cura ou de ajuda terapêutica, comporta o que biomedicamente está sancionado, como é o caso dos benefícios obtidos alcançados pela prática de termalismo em estâncias com propriedades medicinais. Todavia, um outro conjunto de recursos, cujos ganhos terapêuticos encontram maior dificuldade de expressão e de aceitação no modelo positivista, são contemplados ao nível da resolução de processos subjectivos de enfermidade e mal-estar (*illness*), através da fruição ou consumo de espaços cujas propriedades naturais, simbólicas ou culturalmente construídas, proporcionam alívio físico, emocional ou espiritual, distendendo ainda o seu entendimento à

---

*incorporation of familiar, daily routines into the treatment process; sensitivity to cultural beliefs; and an atmosphere in which social distance and social inequalities are kept to a minimum.»* (Kearns & Gesler, 1998;pp. 8).

promoção da noção de saúde, presente em estâncias termais e de banhos com objectivos estéticos e de manutenção de boa forma física e psíquica (*spa bath*)<sup>14</sup>.

### 3.3.1 - Cultura e Saúde Mental: uma leitura autorizada

É com conseqüente naturalidade que as interpretações produzidas pela abordagem cultural da geografia encontram, ao nível das convergências interpretativas e metodológicas, diversos pontos de contacto com a *Psiquiatria Cultural*, ou com a «nova psiquiatria transcultural» de Kleinman, tal como Quartilho (2001) a apresenta, fazedora de explicações plurais, interpretando as «vastas implicações do termo cultura» ao nível da saúde mental.

O passado recente destes estudos entronca na necessidade de interpretar e explicar determinados «síndromes ligados à cultura», que assumem proeminência regional, procurando através da sua variação geográfica identificar não só elementos transculturais universais, mas também elementos cuja especificidade é culturalmente inteligível, concordando com a perspectiva avançada por Hall (1966):

«(...) indivíduos pertencentes a culturas diferentes não só falam línguas diferentes, mas, o que é sem dúvida mais importante, habitam mundos sensoriais diferentes.» (citado por F. Silvano, 2001; pp. 62).

Neste contexto, a investigação transcultural das psicopatologias cumpre um duplo objectivo:

- Compreender do ponto de vista antropológico um conjunto de interacções culturais e sociais, subjacentes à expressão de psicopatologias de manifestação étnica e regional, distinguindo quais os factores etiológicos mais susceptíveis de serem influenciados por elementos contextuais;
- Compreender, ao nível da prestação de cuidados de saúde, um conjunto de queixas e sintomas, expressos numa linguagem culturalmente conformada, utilizados para expressar doença ou mal-estar (Quartilho, 2001).

Assistimos a um processo de reavaliação e de reformulação do conceito de cultura, e da diversidade de interacções por ela informadas, particularmente ao nível da compreensão da manifestação de sinais e sintomas subjacentes à saúde mental:

---

<sup>14</sup> *Spa: Salutem per aqua.*

«[...] o conceito de cultura tal como era exposto, ignorava a diversidade interna dos países, em termos de variedade étnica e religiosa, contextos rurais e urbanos, classes sociais etc.» (Quartilho, 2001; pp. 149).

Destaca-se, tal como já referenciámos anteriormente, o contributo prestado pela antropologia ao coadjuvar o processo interpretativo da manifestação da experiência subjectiva e intersubjectiva presente na expressão de doença, pelo que foi objecto de recente recomendação de inclusão e observação na prática clínica, particularmente ao nível de cuidados de saúde mental:

«A cultura pode influenciar a experiência e a comunicação dos sintomas depressivos. Pode reduzir-se a frequência de subdiagnósticos ou de diagnósticos errados se estivermos atentos à especificidade étnica e cultural das queixas que integram um episódio depressivo major. Por exemplo, nalgumas culturas, a depressão pode ser experienciada sobretudo em termos somáticos, em vês de se manifestar com sentimentos de tristeza ou culpa. As queixas incluindo “nervos” e dores de cabeça (nas culturas Latina e Mediterrânica), fraqueza e desequilíbrio (nas culturas Chinesa e Asiática), problemas no “coração” (nas culturas do Médio-oriente) ou as referências ao “coração partido” (entre os Hopi) podem traduzir uma experiência depressiva.» (DSM – IV; pp. 324; citado por Quartilho, 2001; pp. 158).

Na senda deste reconhecimento, a investigação transcultural das psicopatologias deve, segundo Quartilho (2001), conciliar a tradição epidemiológica e antropológica, as abordagens *etic* e *emic* que o autor esclarece:

«A perspectiva *etic* é essencialmente comparativa, procurando definir categorias independentes de especificidades locais. O seu objectivo consiste em identificar e comparar fenómenos equivalentes em contextos sociais diferentes.

(...)

A perspectiva *emic*, por seu lado, inclui uma avaliação dos fenómenos “ a partir de dentro”, a partir da cultura e do seu contexto, tentando explicar a

importância dos fenómenos e a sua relação com outros elementos intraculturais.» (Quartilho, 2001; pp. 155).

Admitindo que o objectivo primordial de uma saúde mental global reside na comparação válida de fenómenos psicopatológicos (Quartilho, 2001), então a noção identitária emergente da geografia cultural, suportada pela noção de *lugar*, e de *senso de lugar*, tal como os explicámos, podem também prestar um contributo válido na interpretação e categorização de sintomas, presentes e manifestos em diferentes culturas e, eventualmente, conformados pelas influências do *lugar* e da *paisagem*.

Neste sentido converge também a abordagem proposta por Rubel (1977; citado por Helman (2003), que atribui elevado significado à interpretação antropológica e cultural do que ele próprio designa por *doenças populares (folk illnesses)*, como sendo aquelas que afectam e são reconhecidas por um levado número de elementos pertencentes a uma comunidade ou grupo, oferecendo a *cultura local*, simultaneamente, uma “explicação etiológica”, um diagnóstico, medidas preventivas e esquemas de cura.

Quer para Quartilho (2001) quer para Helman (2003), as enfermidades inseridas nesta categoria – *folk illnesses*, representam muito mais do que meros padecimentos, uma vez que possuem um conjunto de significados que remetem para a ordem moral, social e psicológica, expressas frequentemente através de um código de queixas localmente reconhecido, utilizado na tradução de diversas disfuncionalidades vivenciadas: conflitos sociais, rupturas familiares, privação económica, violência sexual, entre outras. O *local* fornece aos seus intérpretes um conjunto mais ou menos diferenciado de instrumentos e padrões de actuação, socialmente construídos e sancionados, que legitimamente podem ser utilizados para manifestar sofrimento e incompreensão, num contexto colectivamente autorizado.

Investigações realizadas em populações migrantes, à medida que este fenómeno atingiu dimensão relevante, permitiram averiguar a existência de formas específicas de padecimento ao nível da saúde mental, cuja expressão é característica de determinados grupos ou etnias que partilham referências culturais comuns.

Uma vez mais, e para ilustrar a posição agora defendida, socorremo-nos de um estudo oportunamente referenciado por Quartilho (2001), realizado por Peter Guarnaccia em Porto Rico sobre os “*ataques de nervios*”, expressão utilizada recorrentemente por populações latinas e hispânicas para traduzir mal-estar ou desequilíbrio emocional:

«Os *ataques de nervios* foram interpretados sob a forma de experiências emocionais globais que respondem ao mundo social das pessoas afectadas, reordenando as relações com outras pessoas. Foram também considerados como uma “voz de resistência”, sobretudo para mulheres mais velhas, mais pobres e menos instruídas, sem poder, sujeitas às várias formas de dominação impostas por uma sociedade patriarcal. Os seus “gritos de protesto” para com os excessos alcoólicos e saídas extra-conjugais dos maridos, ou perante experiências de abuso físico, assumiram o formato emocional de *ataques de nervios*.» (Quartilho, 2001; pp. 156).

Tal como nota Helman (2003), ao nível das patologias mentais de cariz popular, como as anteriormente descritas, existe um padrão regional e étnico inerente à forma de comunicar os “males da alma” que, em muitos casos, mais não são do que desajustamentos sociais localmente sofridos e embutidos no tecido da comunidade.

Para Low (1981; citado por Helman, 2003), as enfermidades por “*nervios*” são, em muitos lugares da América latina, como na Costa Rica, formas legítimas e transversais de manifestação que estão presentes na sociedade local e, mais não são, do que sinalizações físicas correspondentes a rupturas de expectativas frustradas, encontrando tradução específica ao nível do género que, quase sempre, estão presentes quando a “*tranquilidade*” social está ameaçada.

Consequentemente, esta forma de sinalização é, naturalmente, melhor compreendida com recurso à antropologia e geografia cultural que, mais do que a rotulação clínica, melhor podem traduzir e interpretar estas perturbações *somatoformes* que, como o nome indica, sinalizam pela linguagem do corpo, as enfermidades contidas no corpo social.