

ALVES, Fátima ¹ (2010) "Racionalidades Leigas sobre Saúde e Doença Mental – um estudo no Norte de Portugal", in Fontes et al. (Org) Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Editora Universitária UFPE, Recife – pp. 25-69. ISBN 978-85-7315-702

Introdução

A pesquisa efectuada assenta na premissa de que os significados associados à loucura e à doença mental, experienciada ou não, são construções sócio-culturais (Benedict, 1934, 1^a ed.; Foucault, 1987; Bastide, 1967; Devereux, 1977) em que o conhecimento científico da medicina se interpenetra com o saber leigo para a produção de sentido. Esses significados sociais manifestam um "acordo" que num determinado tempo e espaço se estabelece numa sociedade. São, por isso mesmo, relativos – o que é loucura, doença mental, numa sociedade pode não o ser noutra.

Aquilo que hoje, nas sociedades ocidentais, a psiquiatria designa por doença mental, foi, ao longo dos séculos, entendido com recurso a interpretações diferentes, como seja a de sinal de sabedoria, conhecimento profundo de si, capacidade de comunicar com os espíritos, aflições religiosas, pecados, forças estranhas, entre outras (Benedict, 1934; Bastide, 1967; Devereux, 1977; Fábregas et al., 1978; Foucault, 1987). Não é igual dizer que a loucura é possessão ou que é uma doença; que é um comportamento desviante face aos padrões dominantes ou que é uma maldade.

A história das categorias que têm sido criadas nas sociedades ocidentais para ordenar e dar sentido ao fenómeno do sofrimento mental passou pela criação da doença mental definida pela medicina e pela psiquiatria, por analogia com a doença física. A sua emergência contrastou com as categorias anteriores de loucura, muito ligadas à cultura ou às culturas dominantes, enquanto formas de explicar o mundo e os fenómenos humanos intimamente relacionadas com os posicionamentos mágico-religiosos, filosóficos, etc., subjacentes.

Esta pesquisa assenta na ideia de que as racionalidades leigas contemporâneas no Ocidente continuam a incorporar formas de conhecimento com as suas classificações, representações, saberes, provenientes de vários campos, onde se inclui a ciência a par da religião, da moral, da magia, enfim, da cultura. Por um lado, temos os sentidos da

¹ Professora Auxiliar do DCSG da Universidade Aberta/Portugal. Investigadora do CEMRI.

loucura enquanto diferença e, por outro, temos a loucura ‘domesticada’ pela ciência que a explica, lhe descodifica as causas e define a interacção, ou seja, a forma como se deve lidar com ela. É essa incorporação do fenómeno na vida quotidiana que nos interessa descodificar. Como é que nas racionalidades leigas se concebe e se explica o sofrimento mental e, portanto, a loucura e a doença mental? Como se explicam as suas causas e como se lida com ele?

As configurações sociológicas que emergem da análise da literatura sobre o fenómeno da loucura e da doença mental atestam a irredutibilidade das racionalidades leigas ao quadro normativo de racionalidade e de regulação oficial, institucionalizado. As especificidades que se tecem em explicações autónomas e destacadas do enquadramento institucional, compatibilizando-se simultaneamente com esse mesmo enquadramento, constituem um desafio à análise sociológica. É aí que situamos o nosso objecto de estudo – o lugar de negociação e de afirmação de concepções e explicações sobre o sofrimento mental autorizados pela cultura e pela agência individual em contextos de interacção.

Trata-se de um estudo que investiga as racionalidades leigas contemporâneas sobre o sofrimento mental em Portugal. Para além das explicações e interpretações características da racionalidade profissional (onde se englobam técnicos, investigadores e indústria farmacêutica), e das da racionalidade política-jurídica (onde se englobam as políticas de saúde mental enquanto acordo que numa determinada sociedade se estabelece sobre concepção e resposta aos problemas da loucura), quais são as interpretações e concepções leigas? Com esta pesquisa pretende-se perceber como é que a população identifica, concebe, explica e lida com a loucura, em geral, e com a doença mental, em particular. Neste contexto, o “modelo” em que a sociedade portuguesa se tem vindo a desenvolver, integrando simultaneamente características típicas das sociedades desenvolvidas e complexas e das menos desenvolvidas e menos complexas, e que Boaventura Sousa Santos (1990) designa por sociedade semi-periférica, permite-nos antever um edifício explicativo sobre a doença mental complexo e multifacetado. Esta pesquisa adopta uma abordagem qualitativa que privilegia o *ponto de vista no nativo* de Geertz (1983), apoiando-se no argumento de Lahire (2005) de *pluralidade de habitus e contextos de acção*. Foram analisados os discursos produzidos em sessenta e oito entrevistas com homens e mulheres na Região Norte de Portugal.

1 - As racionalidades leigas sobre sofrimento mental – a definição dos objectivos

Retomando sumariamente o enquadramento teórico da loucura/doença mental, é possível situar as principais linhas de força em torno das quais se produziu o entendimento desse fenómeno como facto social.

Foi no final do séc. XVIII que, na Europa, surgiu a “nova” categoria social para as pessoas que apresentavam comportamentos estranhos, incompreensíveis, e que rompiam com as normas sociais - os doentes mentais² e, com eles, a Psiquiatria. O doente mental vem ocupar o lugar do louco enquanto marca do desvio, da exclusão (Foucault, 1987). Na viragem do século XIX, Freud revolucionou o pensamento sobre a natureza da doença mental ao introduzir a teoria analítica e o sistema mais amplo da psiquiatria dinâmica. Às categorias de doença da psiquiatria do asilo vieram juntar-se as neuroses, alargando o âmbito do conceito. Em pleno século XXI, nas sociedades ocidentais complexas, assistimos à extensão das categorias de doença mental a uma grande variedade de comportamentos humanos, o que Robert Castel (1976) denominou por psiquiatrização das sociedades ocidentais, complemento da medicalização da vida (Illich, 1975; Conrad e Shneider, 1992).

Nas ciências sociais, a sociologia médica de orientação estruturalista centrou a sua análise na identificação dos factores sociais que precipitam o surgimento da doença mental. Basicamente, aceita a concepção dominante (médica) sobre doença mental. São conhecidos os estudos que correlacionam o surgimento da doença mental com a classe social (Hollingshead e Redlich, 1958; Dohrenwend e Chin-Shong, 1967), o sexo (Brown, et al., 1978), e o suporte social (Henderson, 1988), acentuando a vulnerabilidade (Meehl, 1962), as circunstâncias do meio e os factores sócio-culturais nas explicações causais (Dunham, 1977).

Contrastando com esta tendência, a sociologia interaccionista perspectiva a doença mental como comportamento desviante produzido pela sociedade (Goffman, 1982; Gomm, 1996; Scheff, 1999) que, mais do que significar perturbação intrapsíquica, reflecte o "cárcere de ferro" (Weber, 1991) em que a nossa sociedade se transformou.

No âmbito da antropologia, o estudo da doença mental deslocou-se para o dos contextos culturais enquanto “construtores” de significados. Na linha de C. Geertz (1993),

² Pinel, Kraepelin e outros formaram as primeiras categorizações psicopatológicas de doença mental com base no método experimental.

Kleinman (1984, 1992) procurou privilegiar “o ponto de vista do nativo”. A cultura passa a ser o centro de reflexão a partir do qual se interpreta a doença mental. A tônica desloca-se da 'disease' para a 'illness', experiência subjectiva da doença com os seus significados expressivos em termos do código cultural que rege o grupo social em que se manifesta.

Nessa linha de pesquisas sobre os significados, os estudos sobre as representações sociais têm enfatizado os processos sociais excludores subjacentes à construção da loucura e da doença mental. Ter-se o rótulo de doente mental desencadeia, nos outros, processos sociais complexos que se traduzem, para o rotulado, na exclusão social e na separação “forçada” da vida quotidiana em sociedade (Jodelet, 1995). O estudo de Jodelet, sobre a representação social da loucura, mostra como o conhecimento médico é secundário em relação às crenças antigas, ou seja, a um conhecimento pré-médico. De uma maneira geral, todos os estudos desenvolvidos a partir dos anos 50 (período em que se começam a desenvolver as filosofias comunitárias para o tratamento da doença mental) encontram um denominador comum da violência, medo e perigo nas concepções leigas de doença mental (Cumming e Cumming, 1957; Nunnally, 1961; Phillips et al., 1969; Link e Cullen, 1983 cit. por Clarke, 2001; Bhugra, 1989; Hall et al., 1993 cit. in Clarke, 2001).

Estes estudos, desenvolvidos sobretudo em sociedades europeias e norte-americanas, têm como principal limite a incapacidade de revelar quais os modos de produção de sentidos para o sofrimento mental, uma vez que se centram no paradigma moderno da doença mental. Na nossa pesquisa procurámos outros modelos que, para além daquele, existem entre a população, modelos que respondem à necessidade de dar sentido à diferença. São eles que orientam a forma de lidar com a doença mental. Interessa-nos perceber o modo como o senso comum lida com o sofrimento mental (a loucura, a doença mental), de que instrumentos dispõem para o interpretar e para agir com ele? A consideração da semiologia popular na concepção ou concepções sobre saúde e doença, permite o acesso ao significado da experiência de adoecer como forma de construção simbólica, colectiva e partilhada da subjectividade (Coelho et al., 2002).

Esta pesquisa, situa-se no cruzamento de dois desafios: o da compreensão das racionalidades leigas (enquanto modos de produção de conhecimentos cujos sentidos sociais sobre sofrimento mental e doença mental importa compreender); e o das possibilidades dessas racionalidades enquanto formas de conhecimento (que muito mais

do que pré-científicos ou ignorantes se apresentam com um poder heurístico maior de explicar e orientar a vida do dia a dia), ancorados no senso comum. Coloca ainda a necessidade de reconhecimento do campo das racionalidades leigas no campo da saúde mental, enquanto conhecimento eminentemente prático, porque visa orientar a acção e ordenar o mundo, mas também teórico, porque sistematiza os conhecimentos disponíveis (provenientes de varias fontes, inclusive a ciência) envolvendo operações teóricas e operações práticas do pensamento para orientar a acção social.

Os conhecimentos leigos de saúde e de doença mental são um campo de conhecimento equacionado a partir de estudos sobre a saúde e a doença em geral. Estes estudos têm incidido, sobretudo, no estudo das representações sociais e das práticas (Shaw, 2002), e menos nas racionalidades leigas de saúde e de doença (Silva, 2008).

Os estudos sobre as racionalidades leigas desenvolvidos nas sociedades ocidentais, constataam que os seus conceitos, valores, atitudes, etc., integram simultaneamente elementos provenientes do sentido da ciência e do sentido de diferença e anormalidade da loucura, predominantes em períodos históricos anteriores à explicação psiquiátrica. Por exemplo, De Rosa (1987) encontrou que o tema da loucura evoca simultaneamente imagens arcaicas do louco e imagens mais modernas e medicalizadas. Estudos feitos em sociedades não ocidentais, como a Índia, por exemplo, focam o impacto da penetração do saber médico ocidental em sistemas de cuidados de saúde locais, com o objectivo de perceber como se processam as mudanças ou não de representações sociais e colectivas, de cartografar o modo de produção de sentido local sobre a loucura e a doença mental. O estudo de Wagner, et al. (1999), exemplificativo deste questionamento, centrou-se na pesquisa das representações de loucura numa sociedade contemporânea urbana do norte da Índia, numa população educada da classe média emergente. Os autores encontraram a coexistência de um sistema implícito marcado pela tradição que se reproduz no contexto mais privado da família, a par de um sistema explícito que se constrói na esfera pública onde a tolerância face à tradição parece ser incompatível com as exigências da racionalidade da ciência moderna. A maior parte das pessoas entrevistadas verbaliza a recusa da explicação da tradição (apesar de depois demonstrar que a conhece em profundidade e que a utiliza em primeiro lugar e, quase em exclusividade, no domínio da vida privada, na esfera da família), e adopta explicitamente um discurso próximo da explicação psiquiátrica (da qual revela muito pouco conhecimento). Isto indica o poder da ciência moderna em 'aniquilar' outras formas de conhecimento e de intervenção,

porque as considera menores, irracionais, arcaicas, ultrapassadas, contrárias aos valores da modernidade e às suas exigências. Resultados semelhantes encontraram Rabelo, et al. (1999a) num bairro de operários em Salvador, no Brasil: coexistência de formas de significar a doença mental e pluralidade de sistemas de cuidados mobilizados na cura.

Em estudo prévio (Alves, 1998), analisámos os discursos de pessoas com esquizofrenia e de seus familiares sobre a doença mental, pessoas com um grande historial de contacto com a instituição psiquiátrica e, portanto, com muito mais possibilidade de colonização médica. As concepções encontradas sobre a doença e sobre a forma de lidar com ela são plurais e apontam em direcção à coexistência da explicação médica com a explicação de tipo mágico, dominante em outros momentos da história do sofrimento mental ocidental. Predominam as interpretações não científicas ou não médicas, sendo a doença mental explicada com base em razões pessoais, sociais ou mágicas.

A presente pesquisa nasce desta indagação e da constatação de que a forma como os leigos concebem e explicam o sofrimento mental não é homogénea mas é plural (Lahire, 2005), aparecendo muito relacionada com os contextos. Moscovici (1976) denominou por polifasia, característica das representações sociais, a coexistência de diferentes formas de compreensão de um determinado fenómeno. Mais do que avaliar a separação ou afastamento, ou não, entre o conhecimento científico (em geral) e o saber da psiquiatria (em particular), por um lado, e o conhecimento do senso comum, por outro, é preciso perceber a configuração própria do conhecimento leigo. O conhecimento do senso comum (Berger e Luckman, 1999) é uma forma de conhecimento válida visto que produz sentido, explica os fenómenos do mundo da vida e orienta e possibilita a acção e interacção social. Este saber leigo não é estático, mas reconstrói-se na interacção, ou seja, admite a possibilidade de reflexividade da acção (Giddens, 2000), no sentido de que o agente não é receptáculo passivo das explicações disponíveis sobre os fenómenos da vida social. Ele está comprometido activamente nessa construção, na medida em que interpreta continuamente a realidade, a experiência vivida e a negocia de acordo com os sentidos do seu grupo. O reconhecimento destas características e da constatação da coexistência de modos de produção de sentido sobre o sofrimento mental, lembra-nos que também as racionalidades leigas ocidentais não são exclusivamente modernas. Também nas sociedades modernas encontramos outras formas de explicar as questões de saúde e de doença mental e de interagir com elas. Quais são essas formas? O que

constitui as racionalidades leigas de produção e reprodução de sentidos sobre o sofrimento mental? Quais as suas configurações?

O “modelo” em que a sociedade portuguesa se tem vindo a desenvolver, já acima o afirmamos, permite-nos antever um edifício explicativo sobre a doença mental complexo e multifacetado. Uma primeira característica da semi-periferia prende-se com a aproximação aos países centrais, em particular à Europa Ocidental, pelo enquadramento jurídico-institucional das relações sociais de produção capitalista e das relações sociais de reprodução social, ao mesmo tempo (aparentemente em contradição interna) que se verifica o afastamento em relação a esses países, pelas práticas concretas em que essas relações sociais se traduzem. Santos (1990) através deste fenómeno explica a dificuldade de, em Portugal, o enquadramento jurídico-institucional, invadir, “aculturar”, as relações sociais. Mesmo nas situações em que se produziram alterações das práticas sociais, essas alterações não foram homogéneas.

Observa-se essa aproximação/afastamento no caso do sistema de saúde mental em geral e da psiquiatria em particular que, em Portugal, seguiu com atraso a evolução da psiquiatria europeia, quer ao nível dos conceitos, quer ao nível organizativo, quer ao nível dos métodos terapêuticos (Alves, 1998). Apesar de, desde os anos 60, a legislação ter estado de acordo com as recomendações internacionais no que respeita à desinstitucionalização e à abertura à comunidade, na prática ela nunca se efectivou cabalmente, apesar de sucessivamente legislada.

Uma segunda característica da semi-periferia prende-se com o papel da sociedade-providência na “compensação” das deficiências da produção estatal. No caso da área da saúde e da doença mental, a sociedade civil secundária (Santos, 1990) tem corporizado algumas responsabilidades sociais (recentemente), nomeadamente pela organização de equipamentos que respondem de forma muito parcial e incipiente às necessidades identificadas como lacunas de política social. Na realidade, quando entre nós se fala de integração comunitária das pessoas com doença mental está-se, quase exclusivamente, a falar de integração nas famílias (Alves, 1998).

Na sociedade portuguesa, coexistem modos de produção da saúde em que, a par da medicina, reconhecida oficialmente como a instituição exclusiva da responsabilidade pela doença (Carapinheiro, 1993), se encontram as “medicinas paralelas” ou “alternativas” a que vem sendo progressivamente reconhecida alguma legitimidade no

campo da saúde, e a "medicina" popular, apenas informalmente reconhecida pela "comunidade" que a ela recorre num registo personalizado e semi-clandestino. Estas "medicinas não médicas" assentam em racionalidades onde os mapas cognitivos, os universos simbólicos e os hábitos são muito distintos dos da medicina. As concepções e as práticas relacionadas com a saúde / doença mental são diferentes se as tentarmos captar num modo de produção assente no universo cultural da medicina moderna, ou num modo de produção popular/leigo, culturalmente muito distante da representação do corpo, da doença e do doente da medicina (Devereux, 1977). Os trabalhos desenvolvidos em Portugal, sobretudo em contextos rurais, atestam essa diferença para o caso da saúde em geral (Nunes, 1987; Hespanha, M. J., 1987; Bastos, et al., 1987; Fontes, et al., 1999; Carapinheiro, 2001; Lopes, 2003; Silva, 2008).

Mas será que apenas nos meios rurais podemos encontrar a presença desta racionalidade popular, leiga na abordagem do fenómeno da doença/saúde em geral e da doença/saúde mental em particular? Que relações se estabelecem entre a (s) racionalidade (s) inerentes ao paradigma moderno característico da medicina oficial e a (s) racionalidade (s) do paradigma popular, leigo, na produção de sentidos sobre a doença mental? Como vimos, os estudos sobre os processos sociais subjacentes à construção da loucura e da doença mental dirigem-se às representações sociais (De Rosa, 1987; Bellelli, 1987; Serino, 1987; Jodelet, 1995) e à imagem pública das pessoas com doença mental (Cumming e Cumming, 1957; Nunnally, 1961; Phillips, 1966; Bhugra, 1989; Philo, 1994; Philo et al., 1996). É a perspectiva dos sujeitos, indispensável à compreensão do fenómeno, que esta pesquisa pretende descobrir.

Em primeiro lugar é necessário perceber como é que se configura internamente o paradigma popular na abordagem da doença mental. Pensamos, à partida, que nele se encontra o resultado complexo do cruzamento de lógicas de acção pré-modernas, modernas e pós-modernas, onde as concepções sobre a "doença" e o "doente" condicionam as práticas mágico-religiosas e/ou naturalistas, médicas e alternativas.

A doença é um modelo explicativo, não existe em natureza, não é uma coisa. Quais são os outros modelos? Como interagem com o da doença? Em Portugal, quais são os modelos explicativos sobre o fenómeno da loucura? Qual a configuração do sistema das racionalidades leigas?

Pensamos que existem especificidades na configuração do paradigma leigo, resultado da cultura ou da diversidade cultural que permeia o país – sustentado por uma estrutura

sócio-cultural, económica, política e ideológica que caminha a duas velocidades, uma mais próxima dos países desenvolvidos e outra mais próxima dos menos desenvolvidos. No contexto português, onde a penetração social da racionalidade científica e profissional e do sistema político-jurídico é fraca, como é que a população identifica e significa o sofrimento mental, a doença mental, o desvio? Como actua face a ele? Que importância assume ele na orientação das práticas? Como se caracteriza e interpreta? De que forma incorpora as estruturas? O ponto de vista leigo sobre a loucura é um recorte privilegiado para perceber a cosmologia na qual se situa a própria linguagem (a gramática da vida social) que faz a mediação entre o sofrimento mental das pessoas (que se movem dos serviços de psiquiatria públicos e privados às bruxas, curandeiros, padres, medicinas alternativas), numa combinação particular das suas concepções, expectativas e do tipo de respostas existentes.

Este estudo exige simultaneamente o estudo das taxonomias leigas (categorizações) e das práticas populares sobre o sofrimento mental, seja considerado doença ou não. Essas taxonomias contêm em si as explicações sobre o universo social e cultural e o modo de inserção dos sujeitos na sociedade, constituindo-se numa via privilegiada de acesso à representação da pessoa e do mundo vigentes em qualquer cultura (Duarte, 1998).

2 – O Método e a Amostra – discursos sobre sofrimento mental.

Dado o carácter qualitativo deste estudo, o método de pesquisa empírica privilegiou o “método de estudo de casos” (análise intensiva), dado que este possibilita a preservação “do carácter unitário da amostra, com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade” (Lima, 1981:18). O estudo de caso interessa-se sobretudo pela interacção de factores e acontecimentos em que “apenas tomando em consideração um caso prático se pode obter uma ideia completa dessa interacção” (Nisbet e Watt, 1980 cit. in Bell, J., 1997).

O trabalho de campo assenta em entrevistas em profundidade (Kaufman, 1996), dado que estas possibilitam o acesso ao universo de sentidos partilhados pelos sujeitos. A partir desses sentidos, enquanto manifestações discursivas individuais, podemos aceder à dimensão social, visto que eles se constituem reveladores da dimensão social e cultural do colectivo. Centrámos a pesquisa nos discursos que obtivemos através de entrevistas semi-directivas, dos quais fizemos uma análise descritiva num primeiro

momento, mas que procurámos interpretar tendo subjacentes as noções de ‘cumplicidade ontológica’ (Bourdieu, 1993) e de ‘descrição densa’ (Geertz, 1989).

As 68 entrevistas analisadas faziam parte de um projecto mais amplo (‘Vivências de Saúde e Bem Estar’), no âmbito do qual se realizaram entrevistas em dois momentos diferentes (separadas por um período de tempo mínimo de um mês). O domínio mental estava integrado no segundo momento da entrevista e decorreu entre 2004 e 2005. As entrevistas foram gravadas em áudio e integralmente transcritas.

Efectuámos um tratamento qualitativo das informações recolhidas nas 68 entrevistas, fazendo uma análise sistemática da informação recolhida a partir da sua organização em categorias temáticas. A *análise de conteúdo* (Bardin, 1979) serviu de apoio à identificação das categorias centrais emergentes. Neste sentido cruzamos procedimentos teóricos (decorrentes do quadro teórico-metodológico construído no presente estudo) com procedimentos resultantes de uma abordagem mais enraizada nas informações recolhidas – *grounded theory* (Glaser e Strauss, 1967). Aliás, as informações recolhidas no trabalho de campo permitiram a identificação de conceitos e implicaram retornos constantes à teoria, permitindo estabelecer canais de comunicação frequentes entre o quadro teórico e o trabalho de campo, tendo em vista compreender as informações recolhidas através das entrevistas. Foi dessa relação que nasceram as primeiras categorias encontradas para reportar as informações das entrevistas.

A análise dirigiu-se à variedade das representações, explicações, atitudes e comportamentos. É precisamente essa riqueza e variedade que nos permite compreender os significados que numa pesquisa de carácter quantitativo ficariam por explicar. Neste estudo não se revelam os factos, mas os seus processos subjacentes enquanto mediadores das maneiras de pensar e de agir sobre o sofrimento mental. É essa diversidade que pretendemos reportar nesta análise, não nos detendo na procura de relações, essas sim hipotéticas, entre os sentidos encontrados e as determinantes sociográficas que os condicionarão. Não construímos tipologias rígidas para leitura das informações recolhidas. Não subestimamos o enriquecimento que tal procedimento poderia comportar para a análise que, num posterior aprofundamento do trabalho, poderá passar por essa preocupação em relacionar as declarações com determinadas variáveis sociográficas que nos podem permitir a identificação de tipologias sociais de significação do sofrimento mental - mas também, é verdade, podem conduzir a

sobreinterpretação (Lahire 2004). No entanto, nesta análise, essas relações foram secundarizadas à procura dos sentidos.

A amostra, circunscrita à região Norte do país, é diversificada, com o objectivo de abarcar a diversidade social (idade, sexo, área geográfica, posição social e situação familiar). Não é representativa do ponto de vista estatístico mas do ponto de vista de uma análise sociológica em profundidade - que procura identificar tipos de situações e compreender as relações sociais que nelas se estabelecem (Lima, 1981). As pessoas a entrevistar foram seleccionadas por processo que não põe em causa a aleatoriedade no sentido de não enviesamento por critérios que escapam à direcção da pesquisa.

3 – Síntese e discussão dos resultados – As lógicas subjacentes às concepções de doença mental

Na construção de categorias leigas para classificar o sofrimento mental sobressai a relação entre corpo e mente e ainda a classificação da natureza humana em forte e fraca (o humano), as fronteiras entre normal e anormal e os sentidos da acção (a cultura) e a imbricação dos modos de produção de sentido sobre o sofrimento mental com os contextos que dão conteúdo às experiências e aos discursos sobre elas (a sociedade).

As racionalidades leigas não são exclusivamente modernas, elas são plurais.

O paradigma do saber leigo é permeado por múltiplas racionalidades, isto é, múltiplas formas de significar o sofrimento mental e a doença mental. Os discursos que recolhemos permitem-nos aceder às racionalidades enquanto modos de produção de sentidos sobre o sofrimento mental (doença e ‘não doença’). Mais do que sistemas de crenças, essas racionalidades sobre o fenómeno mental caracterizam o modo de ver o mundo e de nele interagir. As racionalidades leigas caracterizam-se por elementos conceptuais e por elementos práticos que se combinam na produção de sentidos sobre o fenómeno mental.

A pluralidade reflecte-se não só na regularidade dos diversos discursos, mas também enquanto característica de cada discurso singular. Em cada discurso encontramos mais do que uma forma de significar o sofrimento mental e a doença mental e de o integrar no quotidiano, o que traduz a complexidade das lógicas inerentes às racionalidades

leigas encontradas. Em termos conceptuais encontramos modos de produção de sentido próximos da racionalidade profissional e científica - que se podem observar sobretudo nas taxonomias, nas classificações utilizadas (embora elas adquiram significados diversos dos do domínio oficial) e nalguns factores causais identificados. No domínio da prática onde as pessoas falam de experiência própria ou de casos que conhecem, o discurso é marcado pela referência a outras racionalidades e a outras fontes de conhecimento (encontramos taxonomias de sofrimento mental culturais, como sejam ‘os nervos’ e ‘as cismas’).

As racionalidades leigas caracterizam-se por discursos públicos e discursos privados.

Podemos dizer que se encontra uma esfera pública e uma esfera privada nos discursos do conhecimento leigo. Já Cornwell (1984) se referiu aos ‘accounts’ públicos e aos privados (os públicos surgiam em contextos de entrevista mais formal, e os privados em situações práticas ou mais informais).

Na nossa pesquisa, o discurso público está muito mais eivado da racionalidade profissional dominante veiculada através do contacto directo com os profissionais e com os serviços ou através do contacto indirecto com o discurso dominante veiculado pelos *mass media*, discurso que é difundido como verdadeiro porque baseado em estudos científicos e opiniões de profissionais altamente especializados. Michael Bury refere que esta expansão de informações públicas sobre doença “proporciona às pessoas leigas uma muito maior oportunidade para narrativas pessoais da moda que ligam a esfera privada com formas públicas de conhecimento” (Bury, 2001:268, T/N), mais aceites no contexto da modernidade (Giddens, 1992; Beck, 1992). Este discurso que se aproxima do discurso oficial nos termos que utiliza para materializar situações de sofrimento mental, difere dele no entanto, em larga medida, nos significados que lhe atribui.

A esfera privada abre um outro mundo à análise – muito mais ligado às formas de entender, significar e lidar com o sofrimento mental que passam de geração em geração e se reproduzem na prática quotidiana, lugar onde os conhecimentos são convocados para produzir sentidos, estabilizar o mundo e dar lugar à interacção. Estas formas de interpretar e de significar o sofrimento mental encontram as suas raízes não apenas nas ‘verdades reveladas’ pela ciência, na psiquiatria, mas também na religião, no mundo natural, no mundo social e no mundo mágico e sobrenatural, que disputam as lógicas da acção e do sentido. Este domínio privado emerge quando os discursos se detém sobre a

experiência prática, seja na primeira pessoa (do próprio), seja na terceira pessoa (de outros que conhece).

O discurso leigo utiliza taxonomias próprias – “idiomas” do sofrimento mental para nomear as situações que são ‘doença’ e as que ‘não são doença’. A estas taxonomias correspondem formas de explicar as causas que esclarecem o sentido e o significado do sofrimento. Dessa identificação e interpretação resulta um determinado posicionamento sobre a forma de intervir, sobre a normatividade da acção – que simultaneamente traça os mapas dos recursos (sejam simbólicos, sejam concretos) a que se pode recorrer para lidar com o sofrimento mental identificado, nomeado, interpretado e significado. É nesse processo de construção de sentidos que as estruturas adquiridas se combinam na agência reflexiva dos agentes. Processo esse que é despoletado pela prática quotidiana que exige o desenvolvimento de estratégias de acção com sentidos, isto é, inteligíveis, possíveis, a partir do movimento conceptual e prático que a necessidade de interpretar o mundo para nele actuar exigem.

Nas racionalidades leigas a doença mental nem sempre é doença.

No que se refere às concepções encontradas, uma grande linha divisória atravessa os discursos: independentemente dos idiomas e das classificações, o sofrimento mental é classificado ora como “doença”, ora como “não doença”, em relação em primeiro lugar com a experiência pessoal e o contexto em que surgem: os discursos na primeira pessoa nunca identificam o sofrimento como doença mental. Nos discursos na terceira pessoa, a classificação em ‘doença’ ou ‘não doença’, relaciona-se com os dados da observação, nomeadamente, os da actuação no funcionamento social (comunicação, integração).

Uma outra diferenciação visível aparece no campo do sofrimento mental que ‘não é doença’. Os discursos apontam para a existência de ‘sofrimento mental normal’ e de ‘sofrimento mental continuado’ ou persistente.

O ‘sofrimento mental normal’ refere-se à reacção face a situações de vida pontuais que geram sofrimento – os problemas da vida. Sobre este tipo de sofrimento fala-se essencialmente na primeira pessoa. As pessoas ‘autoclassificam-se’ nesta categoria, que não constitui uma ameaça à sua identidade enquanto pessoas fortes (capazes, optimistas, alegres, serenas), com força para enfrentar/combater os problemas da vida e o sofrimento mental que eles causam. Além disso, é socialmente aceite que se possa

experimental dor, agonia, tristeza, angústia perante acontecimentos de vida justificativos, como sejam a morte de alguém, separação, desemprego, etc. O ‘sofrimento mental normal’ não implica alienação face à realidade. Ele é consciente, inteligível, compreensível. A justificação para o sofrimento está no contexto social, não nas características individuais. Não é responsabilidade da pessoa, ou seja, a justificativa contextual serve para se demarcar de um tipo de personalidade não valorizado socialmente e culturalmente (condenado até), serve para salvaguardar a identidade. Esta relação entre o sofrimento e a vida quotidiana faz-nos lembrar as narrativas contingentes (Bury, 2001) encontradas para justificar a doença em geral.

Algumas das pessoas que se incluem nesta classificação de sofrimento mental normal, que não é considerado doença mental, referem ter recorrido à medicina (médicos de clínica geral ou psiquiatras) e a algumas delas foram receitados medicamentos (‘medicamentos para dormir’, ‘para acalmar’, ‘medicamentos fracos’) e efectuados diagnósticos médicos (‘depressãozita’), ou seja, estamos perante ‘denominações doces’ que banalizam o que poderia ser tomado por doença. Há uma desvalorização simbólica desse recurso à medicina, ora porque se o considera normal (ao considerar normal tenta-se não ‘ferir’ o eu), ora porque se o rejeita (não tomando a medicação, por exemplo) e se enfrenta a situação vencendo-a. É a força interior que se situa na própria pessoa e a transforma em protagonista da sua ‘superação’. Esta recusa em vez de entrega ao sofrimento é muitas vezes metaforicamente declarada (não tomar os medicamentos, ou, pura e simplesmente, deitá-los fora – pela janela fora, enquanto forma de simbolicamente os expulsar da sua vida privada –, por exemplo) e aparece muito associada ao que Blaxter e Paterson (1982) encontraram nas narrativas de doença, enquanto estado espiritual (mais do que físico) associado com a personalidade e com a falta de fibra moral. É uma recusa simbólica da medicina e dos seus medicamentos, pois, ao recusar, a pessoa afasta-se do tipo de personalidade fraca tão desvalorizada social e culturalmente por interferir com o eu, com a identidade.

Encontramos também aqueles que não recorreram ao sistema médico porque simplesmente não lhe reconhecem nenhuma utilidade para resolver situações de sofrimento mental que só a própria pessoa pode resolver. Estes discursos enaltecem os recursos pessoais e a conversa, consigo próprio, com Deus, com os familiares próximos ou com os amigos.

Neste ‘sofrimento mental normal’, encontramos indirectamente abordada a saúde mental enquanto valor intimamente relacionado com outros valores fundamentais, como sejam as classificações das formas de ser em fortes e fracas. Valoriza-se a pessoa forte, capaz, positiva, com força interior para ultrapassar o mal-estar e as angústias. Através da experiência subjectiva de sofrimento mental, as pessoas exprimem a qualidade emocional e social (e até física) da existência, tal como Crawford encontrou (1984). ‘Sofrimento mental’ como taxonomia leiga aparece como um conceito alicerçado nas experiências e preocupações da vida quotidiana. Muito mais do que algo individual ele transforma-se num idioma de expressão cultural e social que se reporta ao ser humano e articula a situação individual com os contextos de vida. O ‘sofrimento mental normal’ acontece às pessoas fortes, assumindo um carácter excepcional justificado pelo contexto social e cultural. Para lidar com ele, o próprio sujeito é o protagonista, na medida em que utiliza a ‘atitude mental’ e a ‘força de vontade’.

As cismas e os nervos são categorias culturais do pensamento leigo utilizadas para designar o sofrimento mental

O “sofrimento mental continuado”, designação por nós utilizada para englobar as ‘cismas’ e os ‘nervos’ de que as pessoas nos falam, referem-se à maneira de ser da pessoa, com uma personalidade considerada ‘fraca’, que condiciona a vivência quotidiana.

As cismas são referidas espontaneamente e referem-se invariavelmente a pessoas que manifestam uma preocupação excessiva e constante com pequenos aspectos da vida quotidiana. Essa forma de ser e de estar condiciona a sua própria vida (o desempenho de papéis sociais, a relação com os outros e o estado de espírito de cada um) e causa grande sofrimento. As cismas traduzem-se em pensamentos, cujo conteúdo se refere ao medo que algo aconteça a si próprio ou a alguém próximo (familiares), geralmente o medo de alguém poder morrer, ter um acidente, uma doença, ou de lhe acontecer algo mau. Estas cismas formam-se aparentemente a partir da imaginação, visto que não existe algo que explique o seu surgimento ou que o justifique. Geralmente têm por base os afectos e não a razão (traduzem o contexto de vida, reflectem o contexto – pessoas significativas com doença; insegurança; riscos da vida que não se podem controlar ou cujo evitamento não depende da acção individual) e resultam nessa preocupação excessiva, anormal. As cismas traduzem-se, portanto, em emoções (medos) que têm como base pensamentos.

Manifestam-se em sensações de grande angústia. Este tipo de sofrimento mental expressa-se de diversas formas. Na falta de linguagem apropriada para o nomear, as pessoas tentam explicar os sentidos, socorrendo-se de exemplos. Muitas vezes este sofrimento traduz-se numa narrativa do corpo doente, materializando as cismas em dores ou mal-estares físicos localizados em órgãos do corpo – fígado, costas, cabeça – mas que não têm razão de ser, não têm causa aparente. Existem apenas na cabeça das pessoas.

Muitas vezes é referido que é feito o despiste dessas dores e “mal-estares” que as pessoas dizem ter, através do recurso ao médico - que faz exames (vê dentro do corpo) cujos resultados não confirmam a doença. O médico decreta que o indivíduo está saudável – esta constatação serve em algumas situações para ‘acabar’ com a cisma, outras vezes não. Aí os discursos apontam para a elevada probabilidade de a pessoa que cisma vir mesmo a sofrer daquela doença que relata, ou até ficar ‘maluca’ (de tanto pensar). Outras vezes, este sofrimento traduz-se numa narrativa de angústia existencial. A pessoa que cisma não tem descanso. Está sempre preocupada, com tudo e com nada. Está sempre alerta para os sinais da natureza e do contexto de vida.

Esses sinais são muitas vezes comunicados sob a forma de metáforas que exprimem em linguagem do corpo e das emoções o sofrimento mental. Já Lackoff e Johnson em 1980 sustentam no livro *Metaphors We Live By*, a tese de que as metáforas fazem parte da linguagem quotidiana, na medida em que permitem conceptualizar o mundo e produzir sentido sobre a vida quotidiana, tendo, portanto, um valor cognitivo e um estatuto epistemológico. As metáforas fazem parte das racionalidades que encontramos e ligam o corpo e a mente na produção de sentido sobre o mundo. Metáforas que ligam corpo e mente enquanto parte inseparável da pessoa. A cisma é uma angústia narrada como estado permanente que faz parte da própria maneira da pessoa ser. Há pessoas que cismam só de ouvir uma sirene tocar – pensam de imediato nos ‘seus’. É um estado de alerta permanente perante possíveis riscos de coisas más acontecerem. Portanto, as pessoas vivem quotidianamente com esses pensamentos, eles são uma forma de vida. É nesse sentido que as cismas podem causar doenças, físicas ou mentais.

A única forma de lidar com as cismas, dizem os entrevistados, é com força de vontade do próprio em não se deixar vencer por essas ideias, ultrapassando-as. É transformando a sua própria maneira de ser e tornar-se uma pessoa positiva, capaz de controlar as

situações, com força interior. A influência de alguém que consiga ‘tirar a ideia’ da pessoa que cisma, é considerada como eficaz – esse alguém tem o dom que lhe confere poder e reconhecimento para proceder à influência, tal como Tobie Nathan (1994), também já tinha encontrado nos seus trabalhos com uma população estrangeira em França.

Os nervos são outra das imagens mais vulgares de sofrimento, encontrada em várias culturas (Hellman, 2000, 1ª ed. 1984,). No nosso estudo, os nervos, também são uma categoria polissémica (Guarnaccia, 1996) que traduz uma determinada forma de se pensar a maneira de ser da pessoa (Helman, 2000; Duarte e Leal, 2001). Adquirem sentidos diversos na interacção, sentidos autorizados pela cultura e recriados pelos agentes. Os nervos constituem, nos discursos, um idioma cultural usado para traduzir diferentes tipos de situações, causadas por factores diversos, intimamente relacionados com os contextos individuais, sociais e culturais. Nos discursos na terceira pessoa, ou seja sobre os outros, os nervos aparecem associados a pessoas consideradas fracas (categoria humana altamente desvalorizada e rejeitada porque interfere com a identidade). Nos discursos na primeira pessoa, quando o próprio se declara nervoso, os nervos referem-se a um fenómeno diferente, quase sempre a situações menos graves e justificadas pelos contextos que despoletam os nervos – aqui a pessoa não é nervosa, mas apenas reagiu com nervos perante determinada situação. Nos discursos, eles aparecem relacionados com expressões emocionais e sensações físicas, com manifestações na acção e alterações na consciência. Algumas das pessoas que autodenominam sofrer dos nervos falam deles enquanto situações que resultam de determinantes contextuais, portanto, causadas por algo no exterior delas próprias. Mas as pessoas podem até deixar de ter a noção da realidade e perder o controlo da situação, entrando já numa situação considerada doença mental. Portanto, há as situações de nervos mais ‘normais’ porque não inviabilizam a vida quotidiana, e temos as situações de nervos que implicam a falta de controlo ou de consciência, permitindo a evolução para classificações mais graves – as doenças mentais.

Existem diversas formas de se lidar com os nervos. Vencer os nervos é ter controlo das situações, ter consciência e não se deixar controlar por elas. Mais uma vez aparece a ‘vontade’ (Silva, 2008) e a ‘atitude mental’ como motor da forma de lidar com a situação. Muitas vezes, os nervos justificam recursos ao sistema médico oficial, onde lhes são receitados medicamentos (calmantes) que (na primeira pessoa) recusam,

embora no discurso sobre os outros possam admiti-los como forma de ‘controlar’ o comportamento nervoso. Procuram também ajuda junto dos ‘profissionais’ que têm um dom – aqui o discurso já aparece também na primeira pessoa. Este recurso e suas orientações terapêuticas são bem aceites por não serem medicalizados, reconhecidos pelos resultados e pela estabilização de uma explicação causal mais próxima da concepção pessoal. Os ‘profissionais do dom’ proporcionam um esquema explicativo para os problemas (neste caso os nervos, mas de um modo geral para o sofrimento mental em geral) enraizado no contexto global da concepção leiga de pessoa, assente nas relações entre o corpo e a mente e comprometendo o indivíduo e o seu meio (social, cultural) no processo de produção de sentidos concretos (no aqui e agora) e sua resolução. As pessoas demonstraram grande relutância em falar das mulheres de virtude, das bruxas, enfim, destes profissionais do dom. As declarações assumiram muitas vezes o estatuto de confidência ou então o argumento de que não se pode provar – a marca da racionalidade moderna.

A doença mental é uma categoria polissémica.

Os doentes mentais têm defeitos e são destituídos social e culturalmente.

Uma outra diferenciação que encontramos dirige-se à ‘doença mental’, categoria que comporta uma multiplicidade de níveis, por relação ao grau de consciência do próprio sobre a situação e ainda por relação ao nível de autonomia face a terceiros e à capacidade de comunicação (inteligível, racional, compreensível ou não face aos outros) com o exterior. Aliás, é face a esses factores que as situações são ou não incluídas na categoria geral de doença mental. São eles que justificam que a doença mental seja vista como algo muito grave. Contudo, há doenças mentais mais graves do que outras, o que aparece associado muitas vezes ao tipo de doença mental que o discurso identifica. A doença mental aparece classificada em dois tipos que, independentemente das denominações utilizadas para as designar, significam invariavelmente dois graus de gravidade diferente. Podem referir-se à natureza da doença – fisiológica ou psicológica – em que esta última ocupa um lugar de transição entre a ‘não-doença’ e a ‘doença’ mental, ou seja, é menos grave. Também se referem às perspectivas de cura – incuráveis (as esquizofrenias e ‘os deficientes’) e curáveis (os problemas psicológicos, como as depressões – que quase sempre são retirados da categoria de doença mental e incluídos na ‘não-doença’).

A doença mental surge, nas racionalidades leigas, enquanto categoria plural e polissêmica que mais do que significar um enfraquecimento da pessoa (característica do sofrimento mental normal e continuado), significa uma falha, um defeito. Mais do que físico, o defeito é identitário, uma marca que transforma a pessoa em alguém menor, altamente estigmatizado e alvo de exclusão generalizada. A doença mental representa a antítese dos valores modernos, sedimentados nos últimos séculos em torno do individualismo, da autonomia e autodeterminação. Os discursos dão-nos conta desta falha que transforma a pessoa em alguém incapaz e incompetente socialmente e culturalmente, destituindo-a das suas funções e papéis sociais. Essa falha reflecte-se deste modo em todos os domínios da vida. Responsabilizam-se as famílias (é comum a ideia da dependência face à família) a nível material, social, afectivo, de prestação de cuidados, etc, etc. Muitas vezes convocam-se metáforas para o domínio da doença mental, as quais enaltecem esta dimensão de destituição social e cultural, humana até. Por exemplo, ‘as deficiências’ são um idioma sobre o sofrimento mental que é considerado doença mental (também ele polissémico) que se serve dos deficits físicos, muitos deles visíveis a olho nu (tetraplégicos, mongolóides, etc.), para falar das falhas e dos defeitos na cabeça, na mente, na razão. Como a capacidade de comunicação com o exterior está comprometida nos termos em que essa comunicação se desenrola em sociedade, a doença mental compromete a relação e a integração, fazendo intervir a noção de estigma. A própria construção dos discursos revela a presença do tabu e do estigma que rodeia a doença mental como realidade ameaçadora cujo contacto, ainda que só por palavras, deve ser evitado, tal como Jodelet (1995) já havia relatado no seu estudo em Anney le Chateau. Mesmo nos casos em que existe/iu um recurso à psiquiatria e existe/iu (com experiência própria) um diagnóstico psiquiátrico, nenhuma pessoa da nossa amostra se declara doente mental.

As pessoas retiram-se a si próprias sistematicamente, da categoria de doença mental, todas se demarcando desse rótulo e justificando a sua situação como algo transitório, algo que pertence ao passado ou se justifica por um contexto excepcional. A expressão ‘mas no meu caso é diferente’ marca estes discursos significando que ‘eu não sou doente mental’. É este conceito (negativo, diferente) que justifica que ninguém se auto identifique pela via da separação entre doença e sofrimento mental (confirma-se aqui o que escreveu Devereux, 1977).

Vários processos relativamente diferenciados entre si podem conduzir à doença mental. A doença mental pode ser o resultado final de um processo de sofrimento mental, que a pessoa não teve força de vontade para ultrapassar, tendo-se agravado e transformado progressivamente em doença mental. Ou seja a doença mental pode ser resultado de sofrimento mental, normal ou continuado. Encontramos também a doença mental enquanto resultado da natureza da pessoa – quer no sentido de algo inscrito biologicamente no organismo (que se pode manifestar ou não), quer no sentido de algo inscrito na personalidade construída. Os discursos assinalam também a doença mental enquanto algo de que a pessoa já é portadora ao nascimento – nascem com algo a menos. Outras vezes ainda, um acidente provoca essa alienação que conduz à doença mental. Em qualquer dos casos, os discursos marcam a pluralidade de concepções e enaltecem sempre, uma concepção do sujeito doente como alguém com algo a menos, com defeitos, com falhas, sem controlo e incapaz de protagonizar a sua vida. A concepção de doença mental ultrapassa a noção de fraco/forte que se colocava para as situações de sofrimento mental ‘não doença mental’ e centra-se nos defeitos, nas falhas (que se adquirem, ou com que se nasce).

As racionalidades leigas servem-se da linguagem psiquiátrica para denominar a doença mental, mas com significados diferentes.

Os idiomas leigos de doença mental ou taxonomias que traduzem racionalidades leigas, com os seus saberes e representações, mostram que a linguagem psiquiátrica penetrou na linguagem leiga. Os discursos servem-se de algumas denominações da psiquiatria (esquizofrenia, demência, sistema nervoso, deficiência ou, simplesmente, doença mental). Utiliza-as num significado que não coincide com o da psiquiatria, ou seja, as racionalidades leigas não se servem do sistema explicativo biomédico. A utilização das categorias psiquiátricas parece muito mais dever-se à falta de palavras para designar os comportamentos e atitudes que se observam e que se pensa não serem normais. São as pessoas que têm um historial de contacto com a psiquiatria, ou, por vezes, pessoas com maior escolaridade, que tendem a aproximar o seu modo de falar sobre doença mental à racionalidade psiquiátrica ou na falta de referências desta, à racionalidade biomédica. Isto traduz muitas vezes a incorporação do paradigma moderno da ciência sobre o que é conhecimento verdadeiro ou socialmente válido. Aliás, subjacente a esta utilização das

categorias psiquiátricas ou biomédicas, está muitas vezes uma espécie de desvalorização social que cataloga de ignorantes quem não as utiliza e quem não recorre ao sistema oficial para as explicar ou lidar com elas, porque são contrárias aos valores da modernidade. Por detrás da denominação psiquiátrica utilizada, encontramos significados sociais e culturais que bebem em outras fontes – morais e religiosas, naturais, sociais, mágicas, culturais.

A anatomia leiga do sofrimento mental situa-o na cabeça

‘Doenças da cabeça’ é uma categoria que atravessa todas as classificações de doença mental, constituindo-se como explicativa do conceito de doença mental em geral – as ‘doenças da cabeça’ implicam uma perda de consciência da realidade, enfraquecimento ou aniquilamento da razão (que se situa dentro da cabeça, no cérebro), já encontradas por Rabelo et al. (1999a). Essa falha, ou defeito, explica a incapacidade dessas pessoas em relacionarem-se e integrarem-se normalmente nas relações: a comunicação fica perturbada, incompreensível até; os comportamentos ficam perturbados, tornando as pessoas irresponsáveis pelos seus actos, (deixam de trabalhar, faltam ao respeito dos outros, são agressivos, batem, partem tudo, podem até matar, não compreendem os outros). Outras características referem-se à memória, que se perde ou que falha provocando alienação, ausência, ‘entrar para dentro’, num mundo inacessível aos outros. Independentemente das causas e dos percursos terapêuticos, a relação com a cabeça é feita no sentido de materializar a localização do problema, do defeito. A metáfora do cérebro-máquina, utilizada nos discursos, para significar o papel de comando da cabeça sobre o corpo elucida as consequências, no corpo, causadas pelo descontrolo da cabeça. A cabeça comanda essa ligação entre a mente e o corpo. O problema começa na cabeça e depois distribui-se pelo corpo, tem consequências nele. Mas o defeito não deixa, por isso, de ser moral. O ‘descontrole’ da cabeça tem consequências fora do corpo – a nível da identidade. As falhas referem-se ao carácter. Nesse sentido justifica destituições sociais e culturais, estigma e exclusão.

As representações sociais sobre a doença mental têm subjacente um valor moral negativo e assentam em estereótipos estigmatizantes, ‘mortificadores’ do eu.

As representações sociais sobre a doença mental têm uma conotação negativa precisamente pelo valor moral que lhes está associado, de falhas de carácter, e pelos defeitos físicos que contribuem à reprodução dos estereótipos estigmatizantes (Goffman, 1982). As representações sociais sobre a doença mental têm outras fontes para além da psiquiatria, estando povoadas de imagens mitificadas que bebem em concepções dominantes de períodos históricos anteriores e nos aparecem referidas a contextos rurais (quer os entrevistados sejam oriundos de meios urbanos ou de meios rurais). De facto, encontramos a imagem do louco da aldeia que circula livremente e aparece integrado na vida quotidiana. Encontramos também a imagem do louco encerrado, escondido no espaço da família, longe dos olhares dos outros (que o vêem por breves instantes ou que ouvem os seus gritos e gemidos). Ao espaço urbano encontramos mais referidas as imagens relacionadas com comportamentos bizarros que se relacionam sobretudo com a aparência e com os comportamentos visíveis e perceptíveis a quem passa – ao que não deixa de ser alheio o anonimato e despersonalização e também a tolerância com que se vive a vida na cidade (Simmel, 1987).

Esses estereótipos altamente estigmatizantes (baseados essencialmente na distorção de características particulares e parciais dos fenómenos ou das pessoas em causa) e penalizadores da identidade de quem neles está incluído (Doise, W., 1983) ilustram as formas de representação social dominantes. De facto, os estereótipos constituem a base da formação da representação social organizando as relações entre indivíduos e grupos sociais, numa teoria social prática (Vala, J., 1993), num saber prático (Jodelet, D., 1984), que tem por função dar sentido e orientar a interacção e a vida em sociedade. Estas representações e estereotípias caracterizam o saber leigo e as suas concepções sobre doença mental. Se a linguagem psiquiátrica penetrou nas racionalidades leigas pela via das concepções, ela está arredada da via das representações que nos é dada por imagens e características das pessoas com doença mental.

A representação predominante de doença mental é a de perigosidade e violência. Este louco (doente mental, tolinho, maluco, como aparece denominado) constitui um perigo para a sociedade (só num segundo plano para si próprio) e causa medo. Pode desenvolver actos de violência e até matar e por esse motivo tem que ser preso, arredado da vida em sociedade para que não possa fazer mal aos outros bem como a si próprio. O internamento psiquiátrico é, aqui, autorizado e justificado pela integração

(enquadramento social) que proporciona. Ao isolar, ao separar, ao internar, retira do alcance e do convívio social as falhas humanas no que têm de ameaçador quer enquanto potencial de violência, quer enquanto potencial de contágio. Ele representa a separação da vida em sociedade, a exclusão, tal como Goffman (2003) descreveu para o que denominou por instituição total. Tem esta dupla função de proteger os outros da imprevisibilidade dos actos do doente, e simultaneamente de proteger o doente de si próprio, visto que perdeu a noção da realidade e pode atentar contra a sua própria vida. O medo de ficar louco, presente em alguns discursos, isto é, o medo de perder a noção da realidade e a consciência de si e dos outros, o medo da alienação, significa o medo de deixar (quase) de ser humano e passar a ser algo inferior, uma não pessoa até, porque se perde a autodeterminação. Uma espécie de morte psicológica, mental, em vida (corporal, física) é decretada. Se a pessoa não tem noção, não tem consciência de si própria, nem da realidade, qual o sentido do viver? Protege-se, excluindo; e inclui-se, internando, afastando da vida em sociedade.

Os factores causais da doença mental são plurais e concorrentes.

A pesquisa identificou também modelos explicativos populares da doença que não diferem, no essencial, dos já identificados: o mundo sobrenatural, o mundo social, o mundo natural e o próprio doente (Hellman, 2000 ; Nunes, 1997). No que respeita à doença mental, são também estes os que a nossa pesquisa aponta, com algumas especificidades. Encontramos um quadro de causalidade que envolve elementos de várias ordens: sociais, hereditários ou genéticos, orgânicos, naturais, espirituais ou sobrenaturais e ainda os elementos relacionados com a personalidade.

As narrativas de doença mental não são resultado de um único campo de acontecimentos, factores ou causas, mas articulam diferentes experiências na descrição do processo de adoecimento. Ou seja, cada pessoa não apresenta um sistema único de causalidade – várias causas concorrem para a explicação do surgimento da doença mental, seja no campo conceptual, seja no das situações concretas que conhecem e relatam, tal como Nunes (1987; 1997) já tinha encontrado em contexto rural para a doença em geral, bem como Pereira (1993). O domínio das causas constitui-se como uma dimensão fundamental para perceber as concepções subjacentes às racionalidades leigas.

A pluralidade dos itinerários terapêuticos integra uma grande complexidade.

O sistema de cuidados (para lidar com a doença mental) caracteriza-se pela sua pluralidade, tal como Kleinman, (1984) já tinha encontrado: sistema profissional (da ciência ocidental), leigo (popular) e alternativo (que inclui o complementar e o tradicional). A estes sistemas fazem referência, para o caso português, vários estudos efectuados no âmbito da saúde e da doença em geral (Silva, 2008).

Os projectos terapêuticos são muitas vezes plurais e até contraditórios. Quando se fala de lidar com o sofrimento ou a doença mental, um outro mundo explicativo se abre à análise. Quando se passa do nível do entendimento, mais conceptual, para o nível de intervenção, mais operativo e concreto, surgem mais evidentemente e mais directamente o recurso a entendimentos que estão fora do paradigma biomédico. Encontramos vários tipos de terapêuticas e serviços, (não apenas os da medicina oficial) a que as pessoas recorrem simultânea ou sequencialmente. De facto aqui articulam-se de forma complexa o recurso quer ao sistema médico oficial (público e privado), quer ao popular (as pessoas que tratam porque têm um dom de curar, de comunicar com os espíritos).

A coexistência entre estes sistemas de conhecimento (saber científico e outros saberes leigos) traduz-se em que a mesma pessoa que tece um discurso sobre o fenómeno mental com referências médicas, desemboca no recurso ao sistema popular, apesar da tensão que caracteriza a relação entre eles.

A gestão dos percursos terapêuticos é complexa e resulta da gestão dos saberes e dos poderes de os influenciar. Poderes estes que se jogam em vários campos – não apenas o da medicina oficial com os seus serviços e os seus profissionais, mas também o das relações interpessoais (familiares e de vizinhança e amizade onde se estabelecem relações de inter ajuda, mas também relações de controlo moral e social) e da vida comunitária onde se situam as redes pessoais e os recursos que escapam ao controlo da medicina (estratégias naturais, religiosas, mágicas, sobrenaturais, etc.). Observamos que entre estes campos se estabelecem articulações cujas lógicas não seguem um padrão único. Apesar de irem à bruxa ou ao curandeiro ou aos espíritos e também ao médico, não se informa o médico do percurso que se fez ou se decidiu fazer. De um modo geral, entre estes campos não há comunicação nem articulação de estratégias. Os serviços da medicina ignoram a que outras agências de cura as pessoas recorrem e quais as que existem na comunidade. Os profissionais do dom reconhecem a medicina e, em alguns

casos pontuais, aparece referido que reavaliam a resposta da medicina, nomeadamente, mantendo alguns dos medicamentos por ela receitados, mas alterando a restante terapêutica que aparece combinada com rituais de cura como as mezinhas, as rezas, etc. Já Pereira (1993, 171; 172) tinha observado que, “é assim que os itinerários terapêuticos assumem várias formas, direcções e inflexões ao longo do processo de cura (...) há perguntas que o doente se faz a si mesmo que não podem ser respondidas por uma só dessas áreas do saber e, por outro lado, há em todas as áreas provas irrefutáveis de cura.”

Os discursos leigos atribuem à psiquiatria uma função de controlo.

Em termos globais, encontramos uma avaliação geral negativa das respostas do sistema oficial. A tónica é colocada na responsabilidade da sociedade e do Estado e na necessidade de criação de respostas ajustadas para acompanhar e integrar – no sentido de não penalizar a diferença e não a considerar anormalidade. Neste contexto, alguns discursos reforçam a necessidade de protecção, de compreensão e de tolerância. As propostas de intervenção diferenciam-se consoante se referem a situações instaladas de doença mental ou à intervenção mais preventiva e de promoção da saúde mental. Para as primeiras propõe-se a criação de espaços abertos (por contraposição aos hospitais psiquiátricos ou ‘casas dos loucos’), de contacto com a natureza e com a vida real, na perspectiva do lazer, do lado bom da vida. Também encontramos a referência à necessidade de ‘fazer uma coligação’ entre a medicina (que tem conhecimento que vem da sua formação) e o saber popular baseado no dom (sem essas bases científicas formais), mais próximo do mundo intersubjectivo e de construção de sentidos para a doença das pessoas. Para as segundas, de prevenção e de promoção, a tónica é colocada no desenvolvimento do lado mais comunitário da sociedade de modo a que se contrarie a tendência para o individualismo, isolamento e solidão.

Na esfera da gestão e administração oficial da doença mental, as respostas sociais situam-se, a nível do Estado e do Mercado. Os discursos referem-se a ambos esses níveis: as instituições de tipo hospitalar (público e privado), os profissionais (os médicos de clínica geral, os médicos de medicina interna, os neurologistas e sobretudo os psiquiatras e os psicólogos, quer trabalhem no sistema público quer trabalhem no sistema privado), as técnicas de intervenção utilizadas (medicação e psicoterapias) e, por fim, o domínio das tecnologias e dos exames médicos. No entanto, predominam,

nos discursos, as referências aos hospitais psiquiátricos do sistema público, aos médicos dos centros de saúde, aos psiquiatras e psicólogos.

A psiquiatria é identificada com a racionalidade biomédica em detrimento da psicodinâmica

Os discursos referem-se a vários tipos de profissionais – os psiquiatras e os psicólogos, os psicanalistas, os médicos de clínica geral ou de família, os médicos de medicina interna, os neurologistas.

Os dos centros de saúde, são os que se apresentam decisivos na primeira etapa de tomada de decisão sobre o problema e seu encaminhamento. A sua competência é-lhes reconhecida pela proximidade relacional que os coloca numa posição privilegiada de saber o que fazer (juntamente com a família).

Os psiquiatras são os profissionais competentes para tratar as verdadeiras doenças mentais, ‘as deficiências’ e, em geral, as ‘doenças da cabeça’. E paradoxalmente é aqui que simultaneamente surgem as maiores críticas. São acusados de receitarem demasiados medicamentos, crítica que tem subjacente a concepção leiga face às doenças mentais menos graves, as que resultam de factores relacionais ou de acontecimentos de vida em que “a conversa” comprometida e a influência que daí decorre são os principais recursos terapêuticos.

Em suma, na atitude dos profissionais valoriza-se, não a medicação que receitam, não os exames que passam, mas a competência relacional e afectiva. Valoriza-se a competência para influenciar e ajudar a organizar a doença ou o sofrimento, para encontrar um sentido e sobretudo para orientar, tal como Nathan (1994) referiu quando, com base nas suas pesquisas no campo mental, propôs que a psicologia e psiquiatria dessem origem à influenciologia, precisamente neste sentido que encontramos nos discursos.

De qualquer forma, em relação a uns e a outros, manifesta-se o preconceito, da parte de quem nunca os procurou. Ao psicólogo e ao psiquiatra, quem vai são os ‘malucos’ ou as pessoas que não são competentes para resolver os seus problemas.

Os medicamentos são alvo de grande descrédito entre os discursos analisados porque camuflam os problemas, não ajudam a resolvê-los, podem até agravá-los. Apesar da sua

utilização aparecer como necessária para o tratamento das situações mais graves, a sua associação à cura ou melhoria é algo ambíguo. É evocada a competência pessoal para decidir entre tomar, parar de tomar, não comprar, deitar fora, evocando simultaneamente a dispensa da medicina na gestão do sofrimento. Já Fainzang (2001) tinha encontrado este descrédito: os medicamentos psicotrópicos não são considerados verdadeiros medicamentos, mas uma simples ajuda.

A recusa da medicação é também a recusa dos seus “efeitos secundários” - dependência que causam e estatuto de doente mental que implicam. A decisão de não os tomar significa que não se está doente da cabeça, numa atitude de rejeição do controlo e do diagnóstico médico de doença mental. Fainzang (2001) encontrou resultados semelhantes.

Os recursos proporcionados pela comunidade incluem a solidariedade da família, o domínio dos profissionais do dom e, por fim, o domínio dos recursos situados na própria pessoa (relacionados com a identidade).

À família cabe apoiar o doente, acompanhá-lo, responsabilizar-se por ele e integrá-lo na sociedade.

Encontramos um posicionamento complexo face ao campo da magia (que Bourdieu analisou inserido no campo religioso, 1999), por ser um campo incompatível com o projecto da modernidade, construído com base no racionalismo e no empirismo, na medida em que o contradiz e nega. Contudo, a sua existência efectiva enquanto campo de produção de sentidos sobre o fenómeno mental, atesta a sua importância e ao mesmo tempo coloca um desafio poderoso ao campo das ciências sociais, nomeadamente, à sociologia – cabe-lhes compreender porque é que este campo persiste nas sociedades ocidentais modernas, capitalistas, complexas. Qual é a sua configuração moderna? Na perspectiva de Geneviève Cresson (1995) e Marcel Drulhe (1996), a magia e a religião característica das medicinas antigas coexistem em todas as culturas e têm-se mantido até aos nossos dias, apesar do fenómeno da medicalização (Illich, 1975 Conrad, 1992) das sociedades ocidentais aparentemente dominar o território de produção de sentidos sobre a saúde e a doença.

Os discursos posicionam-se de três formas distintas: Uma é a posição de ‘não acreditar, acreditando’, ou seja, não se nega nem se reconhece inteiramente. Uma outra posição, a menos observada, é a da crença declarada na magia. Por fim, a descrença total. A mais comum é a meia crença, *half-belief* (Campbell, 1996): os discursos demonstram alguma abertura à crença apesar de também manifestarem desconfiança baseada na falta de confirmação científica do saber e das competências dos profissionais do dom (quase numa necessidade de não serem incluídos numa categoria de crentes, ingénuos e ignorantes, altamente desqualificada pelo projecto da modernidade).

A relação de complementaridade observada quer nos que acreditam quer nos que acreditam mais ou menos (*half belief*), muitas vezes, traduz o fracasso do médico em tratar a doença ou o sofrimento, ou em dar uma explicação compreensível e satisfatória para a situação apresentada. Outras vezes significa que o que se procura num sistema e no outro são coisas diferentes

A cura não está no remédio, mas na própria pessoa.

O que designamos por domínio dos recursos situados na própria pessoa refere-se à atitude de auto-assumir a competência para responder ao problema. A própria pessoa assume o protagonismo em liderar a sua própria vida, enquanto ser consciente, capaz de analisar a sua situação e decidir – o que se contrapõe à falta de consciência, à incapacidade de analisar, raciocinar e decidir, características atribuídas às pessoas com doenças mentais graves.

Fala-se da força interior da própria pessoa, como a vontade manifestada em não querer e não autorizar a doença a entrar e a instalar-se. Só os casos mais graves é que acabam por dominar a pessoa e transformá-la em alguém menor, subjugada por algo (a doença mental) incontrolável na mente da pessoa, algo que absorveu a sua própria identidade. Portanto, a força interior e a vontade aparecem como verdadeiros recursos que afastam a doença e permitem ter uma vida normal.

O papel principal no processo de lidar com o sofrimento mental cabe à própria pessoa, é nela própria que reside a cura, por oposição aos medicamentos e aos médicos. Os psiquiatras ou psicólogos podem ajudar, mas é a pessoa que trava a luta com a doença, negando-se-lhe e impedindo-a de entrar.

Síntese conclusiva

Da análise realizada podemos retirar uma proposta de leitura das racionalidades leigas sobre a doença mental.

A primeira constatação é a de que a concepção de indivíduo que subjaz à leitura leiga sobre o sofrimento e a perturbação mental é uma concepção holística de pessoa. Os discursos leigos evitam a noção de doença mental no sentido em que, em vez de falar de ‘as doenças’, falam de ‘os doentes’ (diferentemente da psiquiatria que vê ‘doenças/diagnósticos’ que se ‘encaixam’ em pessoas). Os discursos leigos, em alguns casos, aceitam que uma pessoa é ‘doente’; até aceitam que têm uma das doenças da psiquiatria (esquizofrenia, etc.). Mas esses são casos muito especiais: o estatuto de doença mental é, no saber leigo, atribuído concomitantemente com uma explicação cuja causa reside sempre ou no foro orgânico (o corpo) ou no foro moral (a falta de força de vontade ou de carácter). As pessoas que o saber leigo vê, são, deste ponto de vista, divididas em três categorias: os doentes, os fracos e os fortes (de personalidade). Os doentes têm uma doença inscrita no corpo e no carácter moral. Os fracos podem ficar doentes. Os fortes ‘sofrem’.

A racionalidade psiquiátrica biomédica aparece como redutora da complexidade do sofrimento mental humano. A explicação da “doença” e “não doença” só ganha sentido nesta *totalidade* e não em cada uma das suas partes isoladamente.

Uma segunda constatação é a de que a função da psiquiatria é uma função de controlo que resulta do significado de ser doente. O carácter marcante do ser doente é necessitar da medicina/psiquiatria. A psiquiatria é, neste caso, útil pois, pelo internamento e pela medicação, consegue controlar os efeitos maléficos da doença (para o doente e para os outros).

Em terceiro lugar e em relação com a afirmação anterior, constatamos a representação social da psiquiatria num modelo biomédico, muito mais do que (ou em vez de) psicoterapêutico. As pessoas que não são doentes, por vezes, também sofrem mental ou psicologicamente, sofrimento que faz parte da vida, ou seja, que é normal. Neste caso, não é atribuída qualquer função à psiquiatria; os recursos para resistir a esse sofrimento, ou seja, para não adoecer, residem, primeiramente, na própria pessoa. As ajudas que aqui cabem são apenas aquelas que reforçam o indivíduo, no sentido de não o porem em causa enquanto pessoa e de não lhe retirarem esse poder de ser ele próprio a ‘controlar’

a sua vida, o seu sofrimento. São as ajudas ‘pela conversa’ – dos familiares, amigos ou profissionais (incluindo os psicólogos) alternativos à psiquiatria.

Nesta relação do pensamento leigo com a psiquiatria encontramos uma cultura de resistência à psiquiatrização, no sentido rejeição da extensão da explicação psiquiátrica ao domínio do sofrimento. No discurso leigo, a concepção de doença mental é muito mais restrita do que na designação psiquiátrica, recusando-lhe a abrangência que se estende ao sofrimento humano.

Constata-se também que, no pensamento leigo, a concepção básica subjacente é a de identidade em construção. As narrativas de doença e sofrimento são uma forma de cada pessoa se colocar perante si própria, em estreita relação com a identidade. Quer seja um indivíduo forte quer seja fraco, o indivíduo tem poder, nos casos de ‘não doença’. A noção de indivíduo aparece ligada à de identidade reflexiva onde se reconhece ao indivíduo o poder de inscrever a sua vontade na determinação ou recusa do surgimento ou não de doença.

Assim, tomando como referência o conhecimento existente sobre saúde e doença, em geral, e sobre saúde e doença mental, em particular, propomos a noção plural de racionalidades leigas sobre a doença mental, noção diversa da racionalidade profissional reconhecida, a racionalidade da ciência médica / psiquiátrica. O que principalmente as distingue é a não linearidade da lógica de pensamento leigo que assenta em conhecimentos do mundo da vida, feito de representações culturais, de experiência social, e de informações de vários tipos em que se inclui a reflexividade da ciência. Sem se afastar dos vectores já identificados pela bibliografia sobre o saber leigo sobre saúde e doença, consideramos que a pesquisa realizada contribuiu para o aprofundamento dos processos e do sentido sobre esse saber.

Bibliografia

ALVES, F., et al. (1997). “Ele não está no seu normal” - a esquizofrenia dita por doentes e seus familiares. In *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 239-250.

ALVES, F. (1998). *A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal*. Tese de Mestrado. Porto: ISSSP.

ALVES, F. e SILVA, L. F. (1998). “*I just hope he dies before me*”- *Lay knowledge and experience of schizophrenia by ill people and their relatives in Portugal*. Comunicação apresentada ao XIV Congresso Mundial de Sociologia (26 de Julho a 1 de Agosto). Montreal, Quebec, Canadá.

ALVES, F. (coord.), et al. (2001). *Acção Social na Área da Saúde Mental*. Lisboa: Universidade Aberta.

ALVES, F. e SILVA, L. F. (2002). A Família como Suporte da Política de saúde Mental em Portugal. In *Actas do VI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Vol. II: 95-99. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

ALVES, F. (2008) *A doença mental nem sempre é doença – Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no norte de Portugal*. Tese de doutoramento em Sociologia. Lisboa, Universidade Aberta (disponível em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1268>)

BARDIN, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BASTIDE, R. (1967). *Sociologia das Doenças Mentais*. S. Paulo: Ed. Nacional da Universidade de S. Paulo.

BASTOS, et al. (1987) Aspirinas, palavras e cruces. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23:221-232.

BECK, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Nova Deli: Sage.

BELLELLI, G. (ed.) (1987). *La Représentation Sociale de la Maladie Mentale*. Ligouri: Naples.

BENEDICT, R. (1934). *Patterns of Culture*. Nova Iorque: Houghton and Mifflin.

BERGER, P. e LUCKMANN, L. (1999). *A Construção Social da Realidade*. Lisboa: Dinalivro.

BHUGRA, D. (1989). Public opinions on mental illness - a review. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 1 – 12.

BLAXTER, M. and PATTERSON, E. (1982). *Mothers and Daughters: A Three Generational Study of Health, Attitudes and Behaviour*. London, Heinemann Educational Books.

BOURDIEU, P. (1993). *La Misère du Monde*. Paris: Éditions du Seuil.

BOURDIEU, P. (1999). *Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.

BROWN, et al. (1978) *Social origins of depression : a study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock.

BURY, M. (2001) Illness Narratives: fact or fiction? In *Sociology of Health & Illness*, 23, 263-265.

CAMPBELL, C. (1996). Half-Belief and the Paradox of Ritual Instrumental Activism: A Theory of Modern Superstition. In *The British Journal of Sociology*, 47 (1): 151-166.

CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

CARAPINHEIRO, G. (2001). Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e racionalidades formais. In *Etnográfica: revista do Centro de Estudos de Antropologia Social*. V (2), 335-358.

CASTEL, R. (1976). *L'Ordre Psychiatrique - l'âge d'or de l'alienisme*. Paris: Éditions Minit.

CLARKE, A. (2001). *The Sociology of Healthcare*. London, Prentice Hall.

COELHO, M. T., et al. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. In *História, Ciências, Saúde*, 9(2): 315-33.

CONRAD, P. e SCHNEIDER, J. W. (1992). *Deviance and Medicalization: From Madness to Sickness*. Filadélfia: Temple University Press.

CORNWELL, J. (1984). *Hard Earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*. Londres: Tavistock.

CRAWFORD, R. (1984). A cultural account of health. In J. MCKINLAY (Ed.), *Issues in the political economy of health care*, 61-103. Londres e Nova Iorque: Tavistock.

- CRESSON, G. (1995). *Le Travail Domestique de Santé*. Paris: Éditions L'Harmattan.
- CUMMING, E. e CUMMING, J. (1957). *Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education*. Cambridge: Harvard University Press.
- DE ROSA, A. (1987). The Social Representations of Mental Illness in Children and Adults. In W. M. DOISE e S. MOSCOVICI (eds.), *Current Issues in European Social Psychology*, 2. Cambridge: Cambridge University Press.
- DEVEREUX, G. (1977). *Essais d'Ethnopsychiatrie Générale*. Paris: Gallimard.
- DOHRENWEND, B. P. e CHIN-SHONG, E. (1967). Social Status and Attitudes Towards Psychological Disorder: the problem of tolerance of deviance. In *American Sociological Review*. 32 (3). 417-433.
- DOISE, W. (1983). *Articulação Psicossociológica e Relações Entre Grupos*. Lisboa: Morais Editores.
- DRULHE, M. (1996). *Santé et société. Le façonnement societal de la santé*. Paris: PUF.
- DUARTE, L. F. D. (1998). A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?. In P. C. ALVES e M. C. S. MINAYO (orgs.), *Saúde e Doença – Um olhar antropológico*, 83-90. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.
- DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (org.), et al. (2001). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.
- DUNHAM, H. W. (1977). Schizophrenia: the impact of sociocultural factors. In *Hospital Practice*, 12: 61-68.
- FÁBREGAS, J. L e CALAFAT, A. (1978). *Política de Psiquiatria. Conversando com Laing*. Lisboa: Editora Moraes.
- FAINZANG, S. (2001). *Médicaments et Société*. Paris: PUF.
- FONTES, A. e SANCHES, J. G. (1999). *Medicina Popular - Ensaio de Antropologia Médica*. Lisboa: Âncora Editora.
- FOUCAULT, M. (1975). *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- FOUCAULT, M. (1989). *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- GEERTZ, C. (1989). *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- GIDDENS, A. (1992). *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta Editora.
- GIDDENS, A. (2000, 1ª ed. 1979). *Dualidade da Estrutura – Agência e Estrutura*. Oeiras: Celta Editora.
- GLASER, B. e STRAUSS, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- GOFFMAN, E. (1982, 1ª ed. 1963). *Estigma, Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- GOFFMAN, E. (2003, 1ª edição 1961). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- GOMM, R. (1996). Mental health and Inequality. In T. R. HELLER, et al., *Mental Health Matters: a Reader*. Macmillan/Open University Press.
- GUARNACCIA, P. J., et al. (1996). The Experience of Ataques de Nervios: Towards na Anthropology of Emotions in Puerto Rico. In *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20: 343-367.
- HELLMAN, C. (2000, 1ªed. 1984). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- HENDERSON, A. (1988) *Culture, Health and Illness: an introduction for health professionals*. London, Wright.

- HESPAÑA, M. J. F. (1987). O corpo, a doença e o médico – representações e práticas numa aldeia. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 195-210. Coimbra: CES.
- HOLLINGSHEAD, A. B. e REDLICH, F. C. (1958). *Social Class and Mental Illness*. Nova Iorque: John Wiley.
- ILLICH, I. (1975). *Némésis Médicale - L'expropriation de la santé*. Paris: Éditions du Seuil.
- JODELET, D. (1984). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In S. MOSCOVICI (ed.), *Psychologie Sociale*. Paris: PUF.
- JODELET, D. (1995). *Folies et Représentations Sociales*. Paris: PUF.
- KAUFMANN, J.-C. (1996). *L'entretien Compréhensif*. Paris: Nathan Eds.
- KLEINMAN, A. (1984). *Patients and Healers in the Context of Culture - An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Londres: University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1992). Local Worlds of Suffering: an interpersonal focus for ethnographies of illness experience. In *Qualitative Research*, 2 (2): 127-134.
- LAHIRE, B. (2004). *La Culture des individus. Dissonances culturelles et distinction de soi*. Paris: La Découverte.
- LAHIRE, B. (2005). Patrimónios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual. In *Sociologia Problemas e Práticas*, nº49: 11-42. Oeiras: Celta Editora .
- LAKOFF, G. e JOHNSON, M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press.
- LIMA, M. (1981) *O Inquérito Sociológico: problemas de metodologia*. Lisboa: Editorial Presença.
- LOPES, N. M. (2003). *Automedicação: Práticas e Racionalidades Sociais*. Dissertação de Doutoramento em Sociologia. Lisboa, ISCTE.
- MEEHL, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizofrenia. In *American Psychologist*, 17: 827-838.
- MOSCOVICI, S. (1976, 1.^a ed. 1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- NATHAN, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- NUNALLY, J. C. (1961). *Popular Conceptions of Mental Health: Their development and change*. Nova Iorque: Rinehart & Winston.
- NUNES B. (1987). Sobre as medicinas e as artes de curar. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23: 233-242. Coimbra: CES.
- NUNES B. (1997). *O Saber Médico do Povo*. Lisboa: Fim de Século Edições, Lda.
- PEREIRA L. (1993). Medicinas paralelas e prática social. In *Sociologia – Problemas e práticas*, nº 14:159-175.
- PHILLIPS, D., et al. (1969). Sexual Status and Psychiatric Symptoms. In *American Sociological Review*, 34, 58-72.
- PHILO, G. (1994). *Media representations of mental health/illness: Audience reception study*. Glasgow: Glasgow University Media Group.
- PHILO, G., et al. (1996). *Media images of mental distress. Mental Health Matters: a Reader*. T. R. HELLER, et al. Macmillan in association with Open University Press: 163-170.
- RABELO, M. C. M. (1999a). Narrando a Doença no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In M. C. M. RABELO, P. C. B. ALVES e I. M. A. SOUZA, *Experiência de Doença e Narrativa*, 75-88. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.

- SANTOS, B. S. (1990). *O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto: Edições Afrontamento.
- SCHEFF, T. J. (1999, 1ª ed. 1966). *Being Mentally ill - a sociological theory*. Nova Iorque: Aldine de Gruyter.
- SERINO, C. (1987). Entre 'Normal' et 'Différent': aspects du lien soi/autrui dans le processus de représentation sociale. In G. BELLELLI (ed.), *La Représentation Sociale de la Maladie Mentale*. Ligouri: Naples.
- SHAW, I. (2002). How Lay are Lay Beliefs? In *Health*, 6: 287-299
- SILVA, L. F. (2008). *Saber Prático de Saúde. As lógicas do Saudável no Quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento.
- SIMMEL, G. (1987) A Metrópole e a Vida Mental. In: VELHO, O. G. (org.). *O Fenómeno Urbano*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara.
- WAGNER, W., et al. (1999). The modernization of tradition: thinking about madness in Patna, India. In *Culture and Psychology*, 5(4): 413-445.
- WEBER, M. (1991). *Economia e Sociedade. Fundamentos da Sociologia Compreensiva*, vol. 2. Brasília: Editora da UnB.
- VALA, J. (1993). Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. Em J. Vala & M.B. Monteiro (orgs.), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.