

Manuel João Quartilho

S A Ú D E
M E T A L
S A D E
M E N T A L

Estado da Arte

I
IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS
U

(Página deixada propositadamente em branco)

Manuel João Quartilho

Saúde Mental

Estado da Arte

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Imprensa da Universidade de Coimbra

Email: imprensa@uc.pt

URL: http://www.uc.pt/imprensa_uc

Vendas online: <http://livrariadaimprensa.uc.pt>

CONCEPÇÃO GRÁFICA

António Barros

PRÉ-IMPRESSÃO

António Resende

INFOGRAFIA DA CAPA

Carlos Costa

EXECUÇÃO GRÁFICA

Norprint

ISBN

978-989-26-0039-0

ISBN DIGITAL

978-989-26-0470-1

DOI

<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0470-1>

DEPÓSITO LEGAL

317873/10

OBRA PUBLICADA COM O APOIO DE:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

© OUTUBRO 2010, IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ÍNDICE

I. Saúde mental e doenças mentais	5
O que é a saúde mental?.....	5
Cérebro e mente.....	8
Doenças, problemas ou perturbações mentais.....	18
Impacto das perturbações mentais.....	22
Diagnóstico e classificação.....	28
Perturbações mentais comuns	37
Perturbações físicas e mentais.....	42
Vulnerabilidade e resiliência	46
II. Felicidade e bem-estar subjectivo	57
Do negativo ao positivo	57
Determinantes.....	65
Do individual ao social	71
O valor do dinheiro	78
Os caprichos da adaptação	87
Desigualdade e gradiente social.....	92
Necessidades básicas, pobreza e exclusão.....	103
Capital social e coesão social.....	110
III. Epílogo.....	117
IV. Bibliografia	128

*Ao João Gouveia Monteiro,
por uma amizade sem mácula.*

I. SAÚDE MENTAL E DOENÇAS MENTAIS

O que é a saúde mental?

Não é possível falarmos de saúde sem falarmos de saúde mental. Não há saúde sem saúde mental. Uma pessoa saudável deve poder pensar de modo claro, deve ser capaz de lidar com os problemas do dia-a-dia, deve poder apreciar a qualidade das boas relações com os amigos, com colegas e familiares. Deve igualmente sentir-se bem do ponto de vista espiritual e contribuir, de algum modo, para o bem-estar dos seus concidadãos. É disto que falamos quando falamos de saúde mental, uma parte integrante do conceito geral de saúde, ou seja, um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Assim definida, a saúde mental deve ser encarada como

algo mais do que a ausência de doença mental, como um elemento positivo, um recurso com valor intrínseco, um bem importante para a saúde física e para a qualidade de vida, um fundamento universal de bem-estar individual e uma condição essencial ao funcionamento adequado da pessoa e da comunidade, independentemente de factores geográficos ou culturais. Habitualmente, existe uma tendência para olhar para a saúde mental como atributo individual, de acordo com uma orientação que confere prioridade a factores psicológicos proximais e ignora, ou desvaloriza, a importância de outros aspectos, sociais ou estruturais. Mas as condições de trabalho, o rendimento salarial, o estatuto educacional, a qualidade das relações interpessoais, todos estes factores são também essenciais a uma saúde mental positiva. Logo, a saúde mental deveria conviver melhor com a saúde pública, não apenas por causa da sua importância para a saúde física e qualidade de vida das populações, mas também porque o problema da prevalência crescente das perturbações mentais, a nível global, com custos sociais e económicos avultados, não pode ser resolvido com estratégias ou

intervenções centradas apenas no indivíduo. Todos estes argumentos justificam a focagem emergente no desenvolvimento de políticas de bem-estar e na promoção de uma saúde mental positiva, em vários países desenvolvidos, uma orientação mais sintonizada com os determinantes sociais da saúde mental, numa perspectiva de saúde pública.

Uma saúde mental positiva aparece deste modo associada ao conceito de qualidade de vida, implicando não apenas a satisfação de necessidades básicas e sociais, mas também uma autonomia para que possamos apreciar a vida, florescer e participar como cidadãos numa sociedade onde haja integração cívica, coesão social, confiança interpessoal e outras normas integradoras, incluindo justiça e equidade, num ambiente global física e socialmente sustentável. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de qualidade de vida corresponde à percepção do indivíduo sobre a sua posição no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, relativamente aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações pessoais. Esta definição reflecte também uma perspectiva alargada sobre

o bem-estar individual, contemplando aspectos sociais, a ideia de felicidade e o estado de saúde. É uma definição que dá voz ao doente mental e sublinha a interacção dinâmica entre factores pessoais e ambientais. Convida-nos a olhar para a saúde mental em termos que vão para além da presença ou ausência de sinais ou sintomas clínicos, ao considerar aspectos positivos como a capacidade de lidar com problemas, a satisfação com a vida, a autonomia individual, etc.. Não se trata apenas de prevenir ou tratar as doenças mentais. Está em causa a promoção de uma saúde mental positiva, à custa dos seus determinantes individuais e sociais.

Cérebro e mente

A saúde física e a saúde mental não estão separadas, do mesmo modo que o corpo e a mente não estão separados. O corpo e a mente são as duas faces da mesma moeda. Mas esta assunção não deve ignorar o problema de uma aparente separação entre ambos, uma descontinuidade cuja

obliteração, aliás, pede uma solução que os cientistas não conseguem descobrir. Os profissionais de saúde mental não podem passar directamente do conhecimento do cérebro para uma explicação linear das experiências conscientes. Ou seja, a descontinuidade mencionada, entre cérebro e mente, torna impossível uma explicação simples dos fenómenos mentais a partir da estrutura cerebral. Tal significa que a forma mais pacífica de resolvermos esta tensão conceptual, entre mente e cérebro, consiste talvez em defender que não são idênticos, que a mente é uma experiência e o cérebro uma estrutura física. O filósofo Thomas Nagel escreveu que não sabemos o que acontece ao cérebro quando pensamos: “Será que tenho tempo para ir cortar o cabelo hoje à tarde?”. Mas estamos convencidos, claro, que alguma coisa acontece. O quê? Não sabemos. Ou ainda, voltando a uma caricatura de Nagel, “... se um cientista louco te abrir a cabeça enquanto comes chocolate, e lamber o teu cérebro, é seguro que não terá a mesma experiência que tu, saboreando o chocolate”. A verdade é que os mecanismos através dos quais a actividade cerebral se relaciona com a experiência mental não são conhecidos.

A velha questão do cérebro e da mente representa pois um conflito insanável entre células cerebrais e pensamento, uma irreduzível disjunção que impõe a recusa de uma qualquer teoria unificadora e aconselha, em alternativa, a adopção criteriosa de diferentes perspectivas de análise. Não podendo ser integrados nem separados, o cérebro e a mente são uma tese e uma antítese sem síntese possível, dois elementos polares cuja relação integra a natureza do ser humano. Deste ponto de vista, ganham legitimidade uma teoria do cérebro e uma teoria da mente, com uma consequência que resulta desta bipolaridade, ou seja, a necessidade de explicar e de compreender os estados mentais. Uma situação de luto, por exemplo, implica geralmente uma experiência humana de sofrimento que se compreende à custa de uma perda significativa e que traduz, nesta perspectiva, um processo da mente reflectindo a convergência de factores individuais e culturais. Nalguns destes casos, por outro lado, observam-se alterações do sistema imunitário que sugerem uma disfunção biológica e testemunham, numa perspectiva diferente, a presença de um processo do cérebro que pode ser explicado.

Não faz sentido, portanto, optar por uma atitude eliminatória entre os dois métodos de explicação e compreensão porque não se pode optar entre forma e conteúdo, entre cérebro e mente. Sendo assim, podemos talvez aceitar que a explicação é tão fundamental como a compreensão, que esta é tão profunda como aquela, e que ambas constituem métodos diferentes, independentes, com vantagens e imperfeições mútuas.

Correlação não é explicação. Podemos correlacionar estados cerebrais com estados mentais, na impossibilidade de uma teoria explicativa global. Mas os esforços de correlação não esclarecem todas as condições clínicas específicas designadas por doenças mentais. Algumas, são expressões do poder da natureza sobre a vida humana. Os exemplos mais conhecidos são perturbações cerebrais que comprometem, por exemplo, a memória e a linguagem. Ou então, doenças amplamente reconhecidas no contexto clínico, como a esquizofrenia e a perturbação bipolar. São doenças que pedem respostas biológicas, tanto na investigação dos mecanismos causais como no respectivo tratamento. Mas outras doenças ou perturbações mentais

correspondem a expressões de mal-estar individual relacionadas com circunstâncias ou acontecimentos de vida negativos. Traduzem amiúde os efeitos emocionais de um conflito entre as expectativas pessoais e os obstáculos encontrados à sua concretização. Ou reflectem reacções negativas à complexidade das interacções humanas, com sentimentos de mágoa, ofensa, melindre, inveja, ciúme ou auto-desvalorização. Ou resultam ainda, finalmente, de diferentes processos de vulnerabilização biográfica que culminam numa via final comum, com repercussões negativas no estado de saúde mental. A pluralidade e a diversidade de situações clínicas significam portanto, no vasto espectro das doenças mentais, que podemos recorrer a diferentes métodos e orientações que nos dão apenas, cada um por si, formas de explicação ou compreensão parciais.

Cada um destes métodos, ou perspectivas, pode ser caracterizado à custa dos conceitos de *doença*, *dimensão da personalidade*, *comportamento e história de vida*. Para cada perspectiva existe um método de raciocínio que gera conjuntos particulares de assunções, aplicáveis a cada uma

das perturbações mentais. A *perspectiva de doença* implica uma anomalia biológica, de carácter estrutural ou funcional. Esta orientação promove uma lógica científica que nos encaminha para qualquer coisa que o doente *tem*, interessando-se tanto pela demência, em que as causas podem ser mais objectivas, como pela esquizofrenia, em que as causas são consideradas mais obscuras. Tanto num caso como no outro, é presumida a existência de uma disfunção biológica subjacente. Muitas vezes, é mesmo assumida a presença de um componente genético relevante. A *perspectiva dimensional*, por seu lado, diz-nos aquilo que o doente *é*, ao aplicar uma lógica de variação individual em relação às características de personalidade, valorizando factores de risco e protecção face a outras perturbações mentais. Ou seja, algumas pessoas são vulneráveis à doença mental por causa da posição relativa que ocupam, num espectro de variabilidade das dimensões psicológicas humanas, como a inteligência ou a introversão. A *perspectiva do comportamento* sublinha as actividades humanas dirigidas a um objectivo, aquilo que o doente *faz*, as intenções e motivações presentes,

reveladas pela persistência de comportamentos não saudáveis, como nos casos de anorexia nervosa e dependência de álcool. Do ponto de vista terapêutico, esta perspectiva recomenda a interrupção do comportamento anômalo. A perspectiva da *história de vida*, finalmente, podendo integrar qualquer das perspectivas anteriores, pode igualmente responder-nos ao *porquê* das coisas e obedece a uma lógica narrativa, encarando o doente como alguém que tem a capacidade de escolher e construir a sua história, como um sujeito activo cujo sofrimento se compreende, em parte, à luz da sua trajetória biográfica. Uma história constitui o modo mais natural de se conferir sentido a muitos problemas da vida, oferecendo o tipo de verdades que podemos encontrar, afinal, em qualquer outro tipo de história. E as doenças, de acordo com Arthur Frank, configuram hoje uma circulação de histórias, não necessariamente sobreponíveis, entre doentes e profissionais de saúde.

Uma outra possibilidade de entendimento para a saúde e as doenças mentais costuma socorrer-se do chamado modelo biopsicossocial. Este modelo teórico, consagrado historicamente como

uma resposta ao “imperativo cultural” do modelo biomédico, surgiu nos anos 70 por necessidade de se afirmar o doente na sua dupla condição de sujeito e de organismo, com mente e com cérebro, inscrito no contexto social. Afirmou-se como argumento de protesto contra o reducionismo biológico, contra um modelo de doença centrado sobretudo em explicações orgânicas, não adequado às tarefas científicas e responsabilidades sociais da medicina e da psiquiatria. Mas a sua transformação progressiva numa espécie de amuleto teórico, banalizado pela justaposição linear e acrítica de factores biológicos, psicológicos e sociais, transformou-o numa expressão de moda cujo espírito inicial parece ser vítima de distorção e abuso. O termo biopsicossocial transformou-se numa espécie de slogan, numa palavra-chave que tranquiliza as consciências dos profissionais de saúde ao lembrar-lhes que, afinal, “isto está tudo ligado”. É hoje sinónimo de um eclectismo que tende a privilegiar o psicológico e o social à custa do biológico, uma filosofia que encara qualquer teoria ou método como potencialmente correctos e nenhuma teoria ou método como definitivamente

incorrectos. Uma vez que nos dá os ingredientes sem nos ensinar a receita, o modelo biopsicossocial deveria dar lugar a uma abordagem baseada em diferentes métodos ou perspectivas de análise.

Muitos médicos competentes vão continuar a privilegiar a sua curiosidade biológica, enquanto outros manifestarão preferência pelas dimensões psicológicas ou sociais da doença. Um interesse particular no estudo das crenças culturais continuará a dar menos atenção aos mecanismos bioquímicos de transmissão neuronal. Uma investigação das bases fisiopatológicas da fadiga crónica tenderá a ofuscar a história de vida ou o contexto psicossocial que favorece, eventualmente, a perpetuação do sintoma. Além do mais, as diferentes abordagens às doenças mentais também não têm que reproduzir, fielmente, a sua realidade global, inteira, multifacetada, como se tal fosse possível. Consideremos a abordagem genética, por exemplo, para lembrarmos o que nos disse Leon Eisenberg, um ilustre psiquiatra e humanista americano recentemente falecido, sobre a possibilidade de aparecer um novo Wolfgang Amadeus Mozart:

“ ... teríamos necessidade não apenas do genoma de Wolfgang, mas também do útero da mãe de Mozart, das lições de música do pai de Mozart, da irmã Nannerl, da esposa Constanze, do estado da música na Áustria do século XVIII, do apoio de Haydn, do patrocínio do imperador Joseph II, etc., etc. Sem o seu genoma único, o resto não teria sido suficiente. Mas também não podemos concluir que este genoma, aparecido noutra mundo e noutra época histórica, resultaria igualmente num génio musical tão criativo”.

Talvez nenhuma forma de conhecimento, afinal, seja capaz de reproduzir o mundo tal como ele é. O que é talvez mais relevante são os modos como as pessoas olham com diferentes perspectivas para as doenças mentais, bem como as consequências dos seus diferentes modos de olhar. No processo, cada olhar constrói uma pessoa diferente, a partir da miséria, da dor, da destituição ou do sofrimento que caracterizam cada história particular. Todos nós, com as nossas diferentes maneiras de olhar, privilegiamos as nossas próprias perspectivas, recorrendo a conjuntos de conceitos relacionados entre si e fazendo uso preferencial da “gramática lógica que governa o nosso raciocínio”.

Doenças, problemas ou perturbações mentais

Do mesmo modo que não é possível falarmos sobre saúde sem falarmos sobre saúde mental, também não é fácil escrever sobre saúde mental sem escrever sobre doenças mentais. O conceito de doença mental é controverso. A última versão do manual de classificação das perturbações mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV, 1994) sugere que nenhuma definição pode especificar, com precisão, as fronteiras do conceito de “perturbação mental”. Cada uma das perturbações é vista como um síndrome ou padrão, psicológico ou comportamental, clinicamente significativo, associado a um mal-estar ou incapacidade actuais, ou a um risco acrescido de morte, dor, incapacidade, ou privação de liberdade. Independentemente das suas causas, a perturbação mental deve ser considerada, ainda segundo o manual, como uma manifestação de uma disfunção psicológica, comportamental, ou biológica. R. E. Kendell diz-nos que não é possível identificar quaisquer características das doenças mentais que as distingam, de modo consistente, das doenças físicas. Nem estas,

por sua vez, teriam características distintivas em relação às doenças mentais. As diferenças, quando muito, seriam quantitativas mais do que qualitativas, não mais profundas que as diferenças entre as doenças do sistema circulatório e as do sistema digestivo. Então, segundo este argumento, porquê continuar a falar de doenças mentais e de doenças físicas? A resposta, eventualmente, está também inserida na DSM-IV:

“A expressão perturbação mental implica infelizmente uma distinção entre perturbações “mentais” e perturbações “físicas” ... uma vasta literatura demonstra que há muito de “físico” nas perturbações mentais e muito de “mental” nas perturbações físicas. O problema criado pela expressão “perturbações mentais” é muito mais evidente do que a sua solução e, infelizmente, a expressão persiste no título da DSM-IV porque ainda não encontramos um substituto adequado”.

Esta perspectiva tem alguns argumentos interessantes, relacionados com as atitudes públicas face às “doenças mentais”. A sua separação em relação às doenças físicas tem como consequência, junto das pessoas comuns e também de alguns

profissionais de saúde, a ideia de que uma doença mental resulta de uma fraqueza pessoal que o indivíduo deve ultrapassar, dando “a volta por cima”. A verdade é que uma pessoa deprimida, por exemplo, não tem mais controlo sobre a sua vida que uma pessoa hipertensa, ou acamada, na sequência de uma fractura óssea. Se acreditarmos que uma doença ou perturbação mental tem um substrato biológico explicativo, este argumento tende a desresponsabilizar o doente, de algum modo, perante a sua incapacidade. A doença fica, por assim dizer, validada, legitimada. Por outro lado, uma pessoa com uma doença mental é muitas vezes encarada como alguém cujos sintomas, não sendo visíveis, não podem ser verdadeiros, ou devem suscitar, no mínimo, desconfiança. Os sintomas físicos que persistem na ausência de patologia orgânica demonstrável também se sujeitam, eles próprios, a um processo de deslegitimação médica e social que funciona, amiúde, como factor de perpetuação do sofrimento e da incapacidade. A solução para esta distinção artificial entre doenças mentais e doenças físicas deveria consistir em designar as primeiras por doenças

ou perturbações psiquiátricas. E sempre que a distinção fosse exposta, ainda segundo Kendell, deveria falar-se das “chamadas” doenças mentais e das “chamadas” doenças físicas.

Para efeitos de exposição, é talvez possível algum consenso sobre as “chamadas” doenças mentais. Quando a mente fica doente, falamos de uma doença, problema, ou perturbação mental, que não podem ser atribuídos a crenças culturais e são susceptíveis de afectar as emoções, os pensamentos ou o comportamento global de uma pessoa, produzindo um impacto negativo na sua vida ou na vida da sua família. É disto que falamos quando nos referimos à “doença mental”. Assim definida, inclui uma ampla variedade de problemas de saúde que ultrapassam as alterações do comportamento atribuídas à insânia, à loucura. De facto, a maioria das pessoas com problemas ou perturbações mentais não aparenta quaisquer diferenças significativas em relação a outrem. A distinção entre normalidade e doenças mentais, por outro lado, depende não apenas da gravidade e da duração dos sintomas, mas também de configurações culturais locais, específicas, asso-

ciadas ao mal-estar e ao sofrimento. O suicídio não resulta sempre de um diagnóstico psiquiátrico. E os comportamentos de violência na comunidade também não se relacionam, necessariamente, com uma evidência psicopatológica. As pessoas podem apresentar sintomas episódicos ou recorrentes de ansiedade e depressão, ou referir queixas físicas funcionais que reflectem um protesto oblíquo perante circunstâncias sociais opressoras. Estes problemas ou perturbações raramente são vistos como doenças mentais, tal como acontece, igualmente, com os problemas de saúde mental relacionados com o álcool e dependência de drogas. Daí a utilidade de recorrermos a termos alternativos, doenças, perturbações, ou problemas, com o objectivo de abraçar todo o espectro das “chamadas” doenças mentais.

Impacto das perturbações mentais

Dados recentes da OMS sublinham a frequência e impacto globais das doenças mentais. Entre 12 a 48% de pessoas sofrem de algum tipo de perturba-

ção mental nalguma fase das suas vidas. Existem mais de 75 milhões de pessoas com problemas relacionados com o álcool e mais de 15 milhões de pessoas com perturbações ligadas ao uso de drogas, no mundo. Um estudo de 2004 mostrou que 35–50% das pessoas com perturbações mentais graves nos países desenvolvidos não tinha recebido qualquer tratamento no ano anterior. Para os países em vias de desenvolvimento, mais de 3/4 das pessoas com perturbações mentais graves não tinham recebido qualquer tratamento durante o mesmo período de tempo, sabendo-se que existem tratamentos eficazes para muitas perturbações mentais e podendo a maioria destes tratamentos ser feita pelo médico de família. Cerca de metade das perturbações mentais começa antes dos 14 anos de idade. Calcula-se que cerca de 20% das crianças e adolescentes, em todo o mundo, tem problemas de saúde mental. Contudo, as regiões do mundo com a mais alta percentagem de população com menos de 19 anos têm os índices mais baixos de recursos de saúde mental.

A depressão constitui a principal causa de incapacidade em todo o mundo. Em média, cerca de

800.000 pessoas cometem suicídio todos os anos, 86% das quais nos países em desenvolvimento. A guerra e outras catástrofes têm um impacto importante na saúde mental, duplicando as taxas de perturbação e doença nestes contextos. O estigma das doenças mentais e a discriminação contra os doentes e suas famílias impedem as pessoas de procurar cuidados de saúde mental, em muitas zonas do globo. As violações dos direitos humanos de doentes psiquiátricos são assinaladas em muitos países, com segregação e negação de necessidades básicas. Existe uma enorme desigualdade na distribuição de recursos humanos especializados para a saúde mental, à escala global. A carência de psiquiatras, de enfermeiras especialistas, de psicólogos e trabalhadores do serviço social, estão entre as principais barreiras à provisão de cuidados e tratamentos nos países mais pobres. Estes têm 0.05 psiquiatras e 0.16 enfermeiras especialistas por cada 100.000 pessoas, em comparação com números 200 vezes superiores nos países desenvolvidos. Finalmente, os esforços para aumentar a disponibilidade dos serviços de saúde mental, em muitas zonas do globo, são contrariados pela

ausência de saúde mental nos programas de saúde pública, pela falta de recursos humanos, por uma organização deficiente dos serviços de saúde mental e pela sua não integração nos cuidados primários.

A bruteza dos factos pode esconder o drama da experiência humana. Pode ignorar a dimensão pessoal da destituição e do sofrimento. Por este motivo, é talvez útil distinguirmos dois conceitos importantes quando falamos de doenças, físicas e/ou mentais. O primeiro refere-se à experiência subjectiva da doença, a “algo que a pessoa tem”, aquilo que o doente sente quando vai ao médico. O segundo refere-se ao diagnóstico clínico, a “algo que um órgão tem”, aquilo que o doente traz do gabinete de consulta quando regressa a casa. A literatura anglo-saxónica utiliza os termos *illness* e *disease*, respectivamente, quando se refere a estes dois conceitos. A *illness* é constituída pela resposta subjectiva do indivíduo, familiares e conhecidos à sua doença, em particular os modos como é interpretada a origem e relevância dos seus sintomas, o modo como estes afectam as relações com outras pessoas e os passos que tem

de percorrer para resolver a situação. Inclui uma explicação do sofrimento causado por processos fisiopatológicos, bem como os juízos do doente sobre a melhor forma de lidar com o mal-estar e os problemas práticos, do dia a dia, criados nestas condições. A pessoa doente pode sentir dificuldade em subir escadas. Pode sentir dores lombares quando se senta. Pode ver-se privada do convívio com os amigos. A *illness*, portanto, não inclui apenas a experiência subjectiva da doença, mas também o significado particular atribuído a essa experiência, no contexto social.

Há vários motivos que justificam uma atenção especial dos governos e da comunidade às doenças mentais. Primeiro, estas doenças afectam-nos a todos, ou seja, qualquer um de nós pode sofrer, ou vir a sofrer, de um problema de saúde mental. São doenças comuns, podem afectar pessoas de todas as idades, em todas as zonas do globo. Segundo, a doença mental constitui um importante problema de saúde pública, na medida em que cerca de 40% das pessoas que frequentam consultas de medicina evidenciam algum tipo de problema ou perturbação mental. Terceiro, as doenças ou

problemas mentais comuns podem ser incapacitantes ou causar morte, por acidente ou suicídio. No caso de aparecerem associadas a doenças físicas, como a diabetes ou a artrite reumatóide, podem influenciar negativamente o respectivo prognóstico e as possibilidades de recuperação funcional. Quarto, os serviços de saúde mental são inadequados em vastas zonas geográficas, com insuficiência de profissionais de saúde mental, que dão prioridade a doenças mentais graves e desvalorizam o impacto igualmente relevante dos problemas mentais comuns, como a ansiedade e a depressão, com maior prevalência na comunidade. Quinto, as transformações operadas pelo processo de globalização acentuaram a importância de factores relacionados com a saúde mental e doenças mentais. O crescimento das cidades, as migrações, a desigualdade entre ricos e pobres, o desemprego e a violência, todos estes factores estão associados a problemas de saúde mental, de gravidade diversa. Sexto, as doenças mentais aparecem geralmente carimbadas pelo estigma, um processo tipicamente social, fazendo com que as pessoas doentes sejam discriminadas tanto na comunidade como no seio

da própria família. Finalmente, é devida uma especial atenção às doenças mentais porque o seu tratamento pode conduzir a uma melhoria franca da qualidade de vida para muitos doentes. Se é verdade que há doenças mentais para as quais não existe cura, então faz sentido lembrarmos a existência de doenças médicas, como a diabetes ou a hipertensão arterial, para as quais também não está disponível uma solução curativa. O que não significa que nestes casos, como em todos os casos de doença, física ou mental, não seja possível fazer nada para aliviar o sofrimento do doente e melhorar o seu bem-estar subjectivo.

Diagnóstico e classificação

O diagnóstico ou identificação de uma doença mental depende quase exclusivamente daquilo que a pessoa doente diz ou, mais genericamente, do seu comportamento global. E as alterações que ajudam a caracterizar as doenças ou problemas de saúde mental comportam alguns grupos de sintomas que não são mutuamente exclusivos.

Todos estes sintomas convergem no conceito de psicopatologia, adoptado pelos profissionais de saúde mental quando se referem ao “desequilíbrio” da mente, provocado por factores externos que ameaçam as suas funções específicas, ou por aberrações biológicas internas que predispõem o organismo a responder de modo inadequado, ou ainda por estilos de pensamento que distorcem, de forma não voluntária, as experiências comuns do dia-a-dia. Consideremos alguns dos sintomas mais comuns, na prática clínica. Os *sintomas físicos*, como as dores de cabeça, ou o cansaço, estão muitas vezes associados a doenças ou problemas de saúde mental. O corpo fala. No âmbito dos Cuidados Primários de Saúde é muito comum uma apresentação física da depressão, ou seja, o doente está deprimido mas apresenta-se na consulta com um vocabulário orgânico, privilegiando queixas físicas. Ou então, os mesmos sintomas físicos aparecem na ausência de psicopatologia, obrigando à valorização clínica da história de vida ou dos contextos psicológicos e sociais que ajudam a perpetuar as queixas. Os *sintomas emocionais*, mais relacionados como a forma como nos senti-

mos, com a disposição geral, referem-se a queixas ou manifestações de ansiedade, angústia, euforia e irritabilidade. Integram a maioria dos casos clínicos, tanto na comunidade, como nos cuidados primários e nos hospitais gerais.

Os *sintomas cognitivos* reflectem a incapacidade de pensarmos de modo adequado e incluem ideias relacionadas com suicídio, pensamentos não condizentes com a realidade ou alterações da memória. O delírio, por exemplo, corresponde a uma crença não coincidente com a realidade e insusceptível de argumentação lógica. Os *sintomas comportamentais* relacionam-se obviamente com aquilo que fazemos, e contemplam, por exemplo, alguns problemas relacionados com o álcool, a agressividade física e a prática de dietas restritivas. Os *sintomas perceptivos*, finalmente, caracterizam experiências anómalas em várias modalidades sensoriais e incluem, por exemplo, percepções sem objecto, ou seja, a possibilidade de vermos ou ouvirmos coisas que não existem. No primeiro caso falamos de alucinações visuais; no segundo, estão em causa as alucinações auditivas.

Com esta variedade de sintomas, podemos classificar as doenças e problemas de saúde mental em vários grupos. Ora, a tarefa de classificar é importante, embora controversa. Não obstante a longa história da classificação das doenças mentais, com valorização acrescida da sua importância na segunda metade do século XX, subsistem alguns problemas não resolvidos, envolvendo a definição de doença mental, a natureza das entidades classificadas e a própria distinção entre o normal e o patológico. Esta é uma das zonas críticas do conhecimento psiquiátrico. Afinal, as classificações resultam de consensos entre psiquiatras. São essencialmente arbitrárias. O diagnóstico “oficial” de uma doença mental, o diagnóstico psiquiátrico, é uma interpretação da experiência do doente que depende da orientação teórica do psiquiatra e do seu estatuto social. Eventualmente, constitui uma simplificação abusiva, ao obscurecer factores pessoais, sociais, culturais e económicos que influenciam o modo como as pessoas vivem as suas vidas. E talvez deva ser reconhecido, afinal, que as classificações contemporâneas não classificam outras coisas que não sejam as condições usualmente

tratadas pelos psiquiatras. Contudo, é igualmente verdade que o processo diagnóstico resulta de convenções que contribuíram (e contribuem) para o progresso da compreensão e tratamento das doenças, nos diferentes ramos da medicina. A classificação, neste sentido, é um processo necessário e fundamental. O diagnóstico simplifica o raciocínio e reduz a complexidade dos fenómenos clínicos. Facilita e promove a comunicação entre profissionais de saúde. Ajuda a prever a evolução das doenças. Talvez mais importante, é um auxiliar precioso na investigação das respectivas causas e no processo de decisão sobre o melhor tratamento disponível. Logo, existem bons motivos para defendermos a classificação das doenças mentais e o diagnóstico psiquiátrico, na medida em que muitas doenças mentais são tratáveis.

O presente texto não pretende uma elaboração exaustiva sobre os inúmeros diagnósticos psiquiátricos das classificações oficiais. A DSM-IV integra cerca de 400 perturbações e culmina um notável processo de expansão diagnóstica a partir das versões anteriores. Esta epidemia diagnóstica tem um substrato social e cultural, tal como as

vagas de paralisia histérica na cidade de Viena do século XIX. Todas as épocas históricas têm as suas formas de compreender e classificar as doenças e o sofrimento psicológico. De uma forma resumida, podemos alinhar quatro razões para o actual clima de proliferação psicopatológica. Primeiro, a posição dominante da biomedicina enquanto instrumento de compreensão e tratamento do mal-estar psicológico. Basicamente, o modelo biomédico diz-nos que este mal-estar pode ser classificado de acordo com categorias diagnosticas distintas, não obstante o carácter fluido e flexível das fronteiras entre as múltiplas condições clínicas. Segundo, o próprio sucesso da biomedicina no tratamento das perturbações mentais, uma razão atestada pelo facto de a perturbação de pânico, por exemplo, ter ganho visibilidade clínica e social a partir do momento em que um medicamento ansiolítico, aprovado para a referida perturbação, passou a ser largamente prescrito, nos anos 80. Uma terceira razão provem dos próprios doentes e dos grupos formados em redor de categorias diagnosticas particulares. Estas pequenas comunidades partilham de um vocabulário para descrever os seus problemas, pro-

movem sentimentos de solidariedade e encorajam os doentes a não esconder os seus problemas de saúde mental. Deste modo, combatem o estigma associado a uma determinada condição clínica, reafirmando-a como problema médico, junto da opinião pública. Medicalizar um problema de saúde mental, como o alcoolismo, tem como efeito uma remoção parcial do estigma associado e um alívio da responsabilidade individual. É por este motivo que muitos destes grupos defendem um modelo biomédico para a psicopatologia, argumentando que os problemas mentais são problemas médicos, que devem ser encarados como o cancro ou a diabetes. Em quarto lugar, finalmente, existe uma razão comercial para o actual regime de inflação diagnóstica. Muitas condições clínicas são tratáveis com medicação psicoactiva. Os medicamentos são preparados para os doentes, que os tomam, e para os médicos, que os prescrevem. As multinacionais farmacêuticas vendem medicamentos. Mas também “vendem” psicopatologia. O marketing intromete-se na educação médica e na própria investigação para alargar o âmbito do diagnóstico psiquiátrico. Contudo, uma determinada condi-

ção não pode ser medicalizada apenas porque existe uma estratégia comercial. A publicidade de um determinado fármaco ou a alusão pública a uma determinada perturbação mental só podem ser eficazes porque o fármaco é julgado eficaz e porque a perturbação, tal como é difundida, faz sentido junto das pessoas.

De uma forma superficial, podemos considerar apenas alguns dos principais grupos de doenças ou problemas de saúde mental, sem preocupações excessivas com o rigor classificatório. Primeiro, as *perturbações mentais comuns*, incluindo sintomas de depressão e ansiedade que tendem a aparecer em conjunto, correspondem à maioria dos casos encontrados na comunidade e têm um impacto económico significativo. Também são frequentes, estas condições, nos Cuidados Primários de Saúde e nos Hospitais Gerais, muitas vezes associadas a problemas ou doenças físicas. Segundo, as *doenças mentais graves*, geralmente designadas por psicoses, como a esquizofrenia ou a paranóia, caracterizam-se por um compromisso na verificação da realidade e são geralmente encontradas nas enfermarias de psiquiatria e em instituições

psiquiátricas. Estas doenças coincidem, de algum modo, com os conceitos comuns de “loucura” e com a história da psiquiatria, uma disciplina que também por este motivo detém, ainda, um estatuto marginal no cotejo das especialidades médicas. Terceiro, os problemas relacionados com o *alcoolismo ou abuso de drogas*, com manifestações de dependência e implicações negativas múltiplas, em termos de saúde pública, são objecto de preocupação dos governos e da comunidade. O abuso de álcool, por exemplo, prejudica a saúde através dos seus efeitos directos no organismo e está frequentemente associado a situações de pobreza, suicídio e violência doméstica. Quarto, as *perturbações da personalidade* ocupam um lugar de proeminência diagnóstica nas classificações actuais, agregando um conjunto variável de traços individuais não adaptativos, em múltiplos contextos, com consequências interpessoais negativas. Basicamente, estas perturbações podem ser definidas à custa de uma incapacidade para encontrar soluções adaptadas aos problemas da vida, para estabelecer representações estáveis do próprio e do outro. São ainda caracterizadas por

uma disfunção interpessoal que se reflecte, por exemplo, numa incapacidade para a construção de relações de intimidade. As perturbações da personalidade podem ainda ser reconhecidas por uma incapacidade de funcionamento social saudável que é demonstrada, de modo reiterado, pela não criação de relações de cooperação com outras pessoas. Finalmente, o *atraso mental*, os *problemas de saúde mental do idoso* e os *problemas de saúde mental na infância e adolescência* incluem os restantes grupos a considerar numa classificação genérica, necessariamente incompleta, das doenças e perturbações de saúde mental.

Perturbações mentais comuns

Algumas linhas mais para as chamadas perturbações mentais comuns, que consistem sobretudo em dois tipos de problemas emocionais: depressão e ansiedade, com sintomas físicos associados e origens sociais partilhadas. As classificações psiquiátricas oficiais promovem uma imagem distorcida dos problemas de saúde mental na

comunidade. Talvez apenas um em cada dez a quinze indivíduos com sintomas de perturbação mental, na comunidade, chega às consultas de psiquiatria. Pela sua frequência e impacto, justifica-se uma referência mais atenta aos conceitos clínicos de depressão e ansiedade. A depressão acontece quando uma pessoa se sente triste, angustiada. Neste sentido, pode ser normal, compreensível, sobretudo quando tem um carácter reactivo e dura pouco tempo. Mas, muitas vezes, a depressão interfere negativamente com a vida e transforma-se num verdadeiro problema, quando se prolonga por muito tempo e causa sofrimento pessoal e familiar. No contexto clínico, a depressão é caracterizada por alguns sintomas típicos. As pessoas sentem-se cansadas, com falta de energia ou com dores no corpo. Mas para além destes sintomas físicos, as pessoas deprimidas costumam evidenciar sintomas emocionais como a tristeza, diminuição da motivação e do interesse pela vida, pelo convívio social e pelo trabalho, ou ainda sentimentos de inutilidade e culpabilidade. Ou seja, sentem que não são competentes no que fazem, que são culpadas por alguma coisa que não tem, objectivamente, a

relevância que lhe é atribuída. Podem existir ainda sintomas relacionados com a maneira de pensar, os chamados sintomas cognitivos da depressão. A pessoa doente sente-se sem esperança em relação ao futuro, com pensamentos que a desvalorizam na comparação com outras pessoas e a “condenam” a uma baixa auto-estima. Ao mesmo tempo, tem dificuldade em concentrar-se e em tomar decisões. O rendimento intelectual está diminuído. Os pensamentos de morte, achando que tudo ficaria melhor se desaparecesse, ou mesmo os planos de suicídio, com programação detalhada dos passos a percorrer, podem caracterizar igualmente o contexto clínico. Finalmente, a depressão pode incluir características relacionadas com o comportamento, com alterações do sono, do apetite e da vida sexual. Não obstante os seus fundamentos biológicos, é verdade que os sintomas depressivos resultam, muitas vezes, de desencontros entre as expectativas pessoais e os contextos familiares ou profissionais, associados a sentimentos de injustiça, solidão, fracasso, ou infelicidade. O termo depressão é muitas vezes aplicado a pessoas que

não sabem bem o que querem das suas vidas, que não se sentem completamente felizes, que têm dificuldades domésticas ou profissionais ou que gostariam, simplesmente, de se sentir melhor. As experiências destas pessoas resultam da mesma doença que obriga outras, com o mesmo diagnóstico, a fazer uma programação detalhada do suicídio? A subtracção dos contextos em que os sintomas emergem e se mantêm, portanto, pode confundir tristeza com depressão. E esta confusão diagnóstica conduz, eventualmente, a uma apropriação profissional do sofrimento e respectiva transformação num diagnóstico psiquiátrico, como se a tristeza normal não fosse permitida. Tristeza não é, necessariamente, igual a depressão.

A ansiedade coincide com sensações de medo e nervosismo. Tal como a depressão, pode ter um carácter adaptativo e ser normal em determinadas situações. Mas também como na depressão, a ansiedade transforma-se numa doença ou perturbação se persiste por muito tempo, se inclui sintomas especialmente graves e interfere negativamente com o dia a dia das pessoas. No contexto clínico,

a *ansiedade* é caracterizada pela experiência de alguns sintomas típicos. Sintomas físicos, com o coração a bater muito rapidamente, sensações de falta de ar, tonturas, dores abdominais, tremores nas mãos ou no “corpo todo”, dores de cabeça, “picadas” na face ou nos membros. Sintomas emocionais, quando a pessoa se sente assustada ou presente que alguma coisa de terrível lhe vai acontecer. Sintomas relacionados com o modo como pensa, ou sintomas cognitivos, que tipicamente se caracterizam por uma preocupação excessiva com os problemas comuns ou com o estado de saúde, pensamentos de que vai morrer, perder o controlo ou ficar louca. Ou então, ainda no âmbito dos sintomas cognitivos, pensamentos repetidos e intrusivos sobre um mesmo assunto desconfortável, apesar dos esforços que são feitos para os evitar ou interromper. Finalmente, sintomas comportamentais que consistem, muitas vezes, em alterações do sono ou no evitamento activo a espaços ou situações de que a pessoa tem medo, como por exemplo centros comerciais ou o convívio interpessoal, em determinadas condições clínicas.

Perturbações físicas e mentais

Muitas pessoas com perturbação mental comum têm uma mistura de sintomas de depressão e ansiedade. Habitualmente, não se apresentam com sintomas cognitivos ou emocionais, privilegiando antes os sintomas físicos e comportamentais. Entre outras razões, podem comportar-se como se a divulgação pública de sintomas psicológicos fosse susceptível de as transformar em casos de “doença mental”, com as conotações negativas e o estigma geralmente associados. Na comunidade e no hospital geral, para além das perturbações mentais comuns, é cada vez mais reconhecida uma associação entre doenças físicas e perturbações mentais, através de uma ligação bidireccional complexa. Como foi referido, não há saúde sem saúde mental. Pelo menos 1/3 de todos os sintomas físicos não tem uma explicação médica e surgem associados, eventualmente, a alterações do estado emocional. As relações entre sintomas físicos e sintomas psicológicos, aliás, são multifacetadas e desenvolvem-se ao longo da vida. As pessoas que estão ansiosas ou deprimidas são mais susceptíveis

de amplificar os sintomas físicos e desenvolver ideias catastróficas sobre as respectivas causas e consequências. A depressão e os factores de risco comportamentais, como o consumo de tabaco e os estilos de vida sedentária, podem ter efeitos independentes sobre os riscos de doença cardiovascular e diabetes na vida adulta. Nas pessoas com doença médica crónica, tanto a gravidade da doença como o sofrimento emocional associado contribuem para a incapacidade funcional. Os sintomas de ansiedade e depressão agravam as possibilidades de auto-controlo eficaz da doença médica, com repercussões negativas sobre o respectivo prognóstico.

Qual a génese desta associação, entre doenças físicas e perturbações mentais? Podemos especular dizendo que umas e outras constituem factores de risco mútuo, através de mecanismos que vão da doença mental à doença física e da doença física à doença mental. No primeiro caso existem evidências sugerindo um papel causal das perturbações depressivas no desenvolvimento de algumas doenças cardíacas. No segundo, podemos referir situações de dor crónica que se complicam,

eventualmente, com condições clínicas depressivas. Mas as relações entre perturbações mentais e doenças orgânicas têm um carácter bidireccional, como já foi referido. Por exemplo, a depressão pode facilitar o desenvolvimento da diabetes, mas a incapacidade e a mudança de estilo de vida operadas pela diabetes podem igualmente precipitar ou agravar um episódio de depressão.

Uma tese alternativa considera a possibilidade de existirem factores de risco comuns para as perturbações físicas e mentais, com partilha de determinantes. Neste caso, a respectiva associação não resulta do aumento de risco produzido por cada uma delas, mas sim do facto de ambas partilharem dos mesmos factores de risco. A sua ocorrência simultânea resultaria pois de um causalidade partilhada e não de uma relação causal entre ambas. A este propósito, considera-se hoje que a associação de perturbações físicas e mentais pode resultar de uma disfunção biológica associada a experiências de adversidade precoce. Numa perspectiva de saúde pública, a história de vida das pessoas ganha assim uma importância particular, ao sugerir que a associação entre as

perturbações mentais de início precoce e algumas doenças médicas da idade adulta pode ser explicada, em parte, pela partilha de factores de risco comuns, ou seja, por experiências de adversidade na infância.

A literatura científica documenta uma relação robusta entre experiências de abuso na infância e múltiplos problemas de saúde na idade adulta. Um importante estudo retrospectivo examinou a relação entre factores de stress na infância e o estado de saúde na idade adulta. Cada um dos 17.000 participantes no estudo completou um questionário que indagava sobre a ocorrência prévia de histórias de abuso, negligência e disfunção familiar, e também sobre o estado de saúde actual. Quase 2/3 dos participantes referiram pelo menos uma experiência de adversidade precoce e mais do que 1 em cada 5 referiu três ou mais destas experiências. Quanto maior o número de experiências de adversidade precoce, maior o risco de aparecimento de problemas de saúde física e mental, na vida adulta. Se pensarmos que a experiência de uma particular adversidade na infância implica frequentemente a ocorrência de adversidades múltiplas, tais

como conflitos familiares, doenças psiquiátricas nos pais, experiências de perda ou negligência parentais, etc., esta constatação inviabiliza uma associação linear entre adversidade na infância e doença médica na vida adulta. A possibilidade de as doenças mentais influenciarem esta relação pertence, ainda, ao domínio da especulação. Mas é possível que alguns dos processos que determinam um aumento da vulnerabilidade às doenças mentais possam igualmente contribuir para outros problemas de saúde. Ao afectarem negativamente o desenvolvimento do cérebro, as experiências de abuso podem tornar as pessoas mais vulneráveis a problemas de saúde mental e física.

Vulnerabilidade e resiliência

O conceito de vulnerabilidade é central à compreensão da psicopatologia. Mas a vulnerabilidade tem um carácter potencial, na medida em que pode ser influenciada pelo contexto social. Ou seja, a vulnerabilidade não é necessariamente permanente ou inalterável, na medida em que

algumas circunstâncias sociais podem exercer um efeito corrector ou, pelo contrário, actuar como factores de potenciação. Neste último sentido, o stress surge como característica da própria vulnerabilidade na medida em que esta, para se tornar visível, precisa de um cruzamento com factores de stress. O stress é um conceito importante em saúde mental e, ao mesmo tempo, difícil de definir. De um modo geral, as definições mais consensuais valorizam circunstâncias ambientais que ameaçam, desafiam, excedem ou fazem perigar as aptidões biológicas ou psicológicas do indivíduo. Todas as definições de stress, neste sentido, incluem um elemento exterior, contextual. Não obstante as definições que sublinham a mediação de processos psicológicos, podemos assumir que o stress envolve factores ambientais ou situações crónicas que objectivamente ameaçam a saúde física e/ou psicológica, ou o bem-estar das pessoas, com uma determinada idade, numa particular sociedade.

O risco de um indivíduo contrair um problema de saúde mental constitui uma outra variável relevante, uma vez que os factores de risco tendem a operar em concerto com a vulnerabilidade. Mas o

conceito de risco não nos diz nada sobre os mecanismos de aparecimento ou produção do problema. A vulnerabilidade, pelo contrário, é um conceito que nos autoriza uma discussão não apenas sobre a sua origem, mas também sobre a sua manutenção. Algumas pessoas sucumbem à sua própria vulnerabilidade quando confrontadas com factores de stress. Mas outras, perante circunstâncias similares, dão testemunho de uma notável resiliência, um conceito oposto ao de vulnerabilidade, que consiste numa resistência ao aparecimento de sintomas psicopatológicos. As doenças mentais graves, como a esquizofrenia, surgem frequentemente na sequência de um factor de stress significativo, embora também possam ser precipitadas na sua ausência. As perturbações mentais comuns, pelo contrário, são geralmente precipitadas por vários factores de stress físico, psicológico, social ou cultural. Nestes casos, a predisposição genética e as diferentes configurações de personalidade podem activar uma vulnerabilidade latente para as referidas perturbações, causando desestabilização. Os factores sociais e interpessoais, por sua vez, são geralmente responsáveis pelo processo

de recuperação ou restituição, contrariando, de algum modo, as hipóteses de uma evolução natural exclusiva para as mesmas perturbações. Podemos assumir, portanto, que resiliência e vulnerabilidade representam os dois extremos de um espectro de vulnerabilidade. Este espectro interage com factores de stress e esta interacção, por sua vez, determina a possibilidade de surgir uma perturbação mental. No extremo mais vulnerável do espectro, é necessário pouco stress para que surja uma perturbação. No extremo resiliente do espectro, é necessária uma grande dose de stress para a eclosão de sintomas psicopatológicos.

Vejamos, por exemplo, as relações entre vulnerabilidade e depressão na idade adulta. Na maioria dos casos, pensa-se que esta vulnerabilidade surge na infância. Mas é conveniente referir que a depressão, tal como é concebida no contexto clínico, é uma perturbação heterogénea, com diversas origens possíveis, diferentes formas de apresentação e evolução. Os seus critérios diagnósticos são algo arbitrários, com sucessivas alterações ao longo do tempo histórico. O facto de a depressão aparecer muitas vezes associada a outras

condições clínicas, como a ansiedade ou o alcoolismo, suscita também dificuldade em sabermos se a vulnerabilidade existe para a depressão ou para as condições adjacentes. Não obstante estas dificuldades, sabemos que um início precoce dos sintomas depressivos está geralmente associado a uma evolução clínica menos favorável. Verificamos também que a depressão ocorre em famílias com antecedentes depressivos e que uma depressão no passado é o melhor sinal precursor para uma nova depressão, no futuro. E sabemos, finalmente, que as mulheres e as pessoas mais desfavorecidas, na escala social, estão mais sujeitas à eclosão de perturbações depressivas.

A depressão comporta uma vulnerabilidade biológica, pelo menos em algumas das suas formas, que é activada em contextos de stress psicossocial. Da genética à desregulação neuroendócrina, dos chamados neurotransmissores às alterações cerebrais estruturais e funcionais, todos estes factores são objecto de investigação biológica na depressão. Outros modelos de vulnerabilidade sublinham a importância de certas formas de pensar, de certos estilos cognitivos que “ensinam” as pessoas, desde

cedo, a ser demasiado pessimistas, autocríticas, com interpretações negativas recorrentes sobre o mundo e sobre si próprias. A depressão, nesta perspectiva, resultaria de um cruzamento entre estes modos de pensar e certos factores de stress ambiental. Em condições normais, as pessoas vulneráveis à depressão seriam indistinguíveis das pessoas não vulneráveis. Mas na presença de um factor de stress, as pessoas vulneráveis activariam os estilos cognitivos que potenciariam, depois, a instalação e progressão dos sintomas depressivos. Ou seja, a vulnerabilidade cognitiva à depressão surge na infância e é activada, segundo este modelo, por experiências negativas ou pessoalmente significativas, na idade adulta. Uma variante teórica propõe que a pessoa aprende a fazer atribuições internas, estáveis e globais para as suas experiências negativas, também numa idade precoce. Ou seja, a criança aprenderia uma tendência para atribuir as causas dos acontecimentos negativos a certos atributos pessoais, internos, persistentes, a características individuais estáveis que se repetiriam globalmente em todas as circunstâncias, transformando desta forma os acontecimentos negativos em fracassos pessoais.

Os factores de vulnerabilidade para a depressão incluem, portanto, elementos de natureza biológica e cognitiva. E contemplam, ainda, certos traços ou características de personalidade que, numa perspectiva dimensional, podem facilitar o aparecimento de um quadro depressivo. Mas estes elementos e traços carecem de um cruzamento com factores de risco para que a depressão se torne visível. Os acontecimentos de vida representam um destes factores de risco. Em amostras da comunidade, cerca de 80% dos casos de depressão são precedidos por acontecimentos de vida significativos, nomeadamente experiências de perda, seja a perda de outrem, por morte ou separação, ou a perda de um sentimento de utilidade e competência na vida social. Aliás, as diferenças de género na depressão podem ser atribuídas, pelo menos em parte, à maior exposição das mulheres a experiências interpessoais negativas e à sua maior tendência, quando comparadas com os homens, a reagir com sintomas depressivos a essas situações. Os factores de stress crónico, igualmente, são um decisivo factor de risco para a depressão. Condições demográficas adversas, baixos rendimentos,

isolamento social, desemprego, discriminação racial, condições de vida precárias em zonas habitacionais degradadas, com taxas de violência e criminalidade elevadas, relações familiares e conjugais problemáticas, violência doméstica, todas estas condições representam factores de stress crónico que, para muitas pessoas, abrem a porta à depressão. Muitos destes factores confundem-se com experiências de adversidade precoce. O abuso físico e sexual das crianças evidencia uma relação robusta, embora não específica, com a depressão na idade adulta. Outras adversidades na infância, incluindo hábitos alcoólicos ou doença mental nos pais, violência doméstica, morte de um dos pais ou ausência de relações afectivas próximas com um adulto, parecem poder antecipar igualmente uma depressão na vida adulta. Mas estas associações não permitem uma interpretação linear, não autorizam o estabelecimento de uma relação causal entre as experiências de adversidade e a depressão, na medida em que podem existir outras variáveis importantes. É possível, por exemplo, que as referidas experiências possam produzir uma marca biológica permanente, um “carimbo”

que se revela mais tarde, na vida adulta, sob a forma de uma depressão. De qualquer modo, as experiências de adversidade precoce podem comprometer a qualidade da relação com os pais, os estilos cognitivos individuais e as aptidões de resolução de problemas. E este compromisso pode ser legitimamente relacionado, no futuro, com a emergência ou recorrência de uma depressão.

A vulnerabilidade à depressão carece ainda de uma leitura interpessoal. O abuso emocional na infância parece poder relacionar-se com a depressão do adulto, de acordo com estudos retrospectivos. A ausência de afecto ou a presença de um controlo excessivo, da parte dos pais, são factores recorrentes na literatura. Os estilos de vinculação que as crianças estabelecem com os pais, em contextos caracterizados por rejeição, indiferença ou inconsistência relativamente à educação dos filhos, constituem também um importante factor de vulnerabilidade. A depressão nos pais, bem como situações de conflito e tensão nas relações conjugais e familiares, podem contribuir igualmente para o início e perpetuação das perturbações depressivas. Mas as pessoas com tendência depres-

siva, elas próprias, tendem a casar com pessoas emocionalmente instáveis, com perturbações da personalidade ou problemas relacionados com o abuso de substâncias. Traços de personalidade caracterizados por uma dependência excessiva em relação à aprovação ou cuidados alheios, bem como um déficit de apoio, ou uma percepção de falta de apoio, com eventuais efeitos cognitivos, são marcas interpessoais adicionais de uma vulnerabilidade depressiva.

(Página deixada propositadamente em branco)

II. FELICIDADE E BEM-ESTAR SUBJECTIVO

Do negativo ao positivo

A saúde mental implica habitualmente um discurso sobre doenças mentais. Mas uma saúde mental positiva é mais do que a ausência de doença mental, tal como tem sido referido. Tratando-se de um recurso intrínseco, de um bem para a pessoa e para a comunidade, talvez justifique uma mudança no discurso e nas práticas, do negativo para o positivo, da doença mental para o bem-estar subjectivo. As últimas décadas têm testemunhado esforços para melhorar a nossa compreensão da felicidade e do bem-estar. Em anos mais recentes, a literatura dedicada ao tema cresceu exponencialmente, sobretudo depois do advento da chamada Psicologia Positiva, uma expressão popularizada por Martin Seligman. Este movimento resultou da

necessidade de desafiar as suposições do modelo de doença vigente, chamando a atenção para o carácter incompleto da psicologia, valorizando as coisas boas da vida, aquilo que corre bem, a felicidade e o bem-estar, o significado e a dimensão espiritual da existência humana. Os resultados da investigação promovida pela Psicologia Positiva e por outros ramos do conhecimento, como a Economia Comportamental ou a Neuroeconomia, entre outros, prometem influenciar o cenário cultural e as políticas públicas. Não obstante, subsiste uma questão central. As pessoas passam melhor quando têm a liberdade de influenciar as suas vidas, de acordo com as suas prioridades, ou vivem melhor quando são os seus contextos físicos e sociais a influenciar as suas escolhas, favorecendo ou contrariando estilos e formas de viver? Talvez a ortodoxia individualista seja falsa, simplesmente. A procura da felicidade pode ser menos uma questão individual e mais, muito mais, uma questão de vivermos no sítio certo, com as pessoas certas. Esta segunda parte do texto centra a sua atenção no bem-estar individual e colectivo, nos determinantes individuais e sociais da saúde mental positiva.

Uma boa saúde mental é condição para uma grande variedade de efeitos positivos: estilos de vida mais saudáveis, melhor saúde física, melhor educação, mais produtividade, mais emprego e melhores rendimentos, melhores relações interpessoais e melhor qualidade de vida. Ora, estes efeitos não resultam apenas da ausência de doença mental. Estão antes associados a uma saúde mental positiva, completa, a um bem-estar subjectivo. A atenção aos benefícios do bem-estar, aliás, tem despertado um interesse nos modos através dos quais uma maior “focagem no bem-estar” pode influenciar as orientações dos governos nos domínios da economia, saúde, educação, emprego e desenvolvimento sustentável. A expressão bem-estar subjectivo, em boa verdade, é uma alternativa semântica ao termo felicidade, uma troca destinada a conferir legitimidade científica a um tema algo controverso, o tema da felicidade, que continua a suscitar reacções cépticas no mundo académico. As definições de felicidade, aliás, não são particularmente excitantes. Cada qual tem a sua. Mas o que interessa não é a palavra. É a coisa a que a palavra se refere.

Todos sabemos que as noções de felicidade, satisfação pessoal e bem-estar subjectivo estão intimamente ligadas. Mas o conceito de *bem-estar subjectivo* é um conceito talvez mais específico, afectivo e cognitivo, relacionado com a forma como nos sentimos, melhor ou pior, e com uma avaliação globalmente positiva da vida, ou satisfação com a vida. Todos estes conceitos, entretanto, admitem a influência de factores sociais e culturais. As teorias ocidentais do bem-estar psicológico baseiam-se num auto-conceito individualizado, considerando que as pessoas estão completamente separadas entre si, centradas nos seus atributos psicológicos. Logo, a auto-estima é um importante factor de bem-estar subjectivo, no Ocidente. Mas em muitas sociedades orientais, pelo contrário, a pessoa existe na relação social e emocional com outras pessoas, centrada na situação, num espaço interdependente. Logo, a auto-estima não é um factor tão consistente de bem-estar subjectivo, nas chamadas sociedades colectivistas. Tão ou mais importante que a auto-estima, nestas sociedades, parece ser a conservação de uma relação social harmoniosa com as outras pessoas. A cultura ocidental ten-

de a valorizar a experiência interna, justificando uma forte correlação entre bem-estar subjectivo e emoções, característica das chamadas sociedades individualistas. Mas as sociedades colectivistas, não ignorando a experiência emocional, conferem maior importância relativa a referentes externos, dado que os mecanismos culturais presentes acentuam os aspectos relacionais e interdependentes de cada um dos seus membros.

Portanto, podemos aceitar que o bem-estar ou a felicidade representam um conceito algo amorfo. Referem-se a qualquer coisa boa, relacionada com o que somos e com a forma como nos sentimos. Mas aquilo que se pensa sobre o que é bom, sobre o que é o bem-estar e os modos como a experiência consciente incorpora a própria noção de felicidade, deve ser interpretado com a ajuda de uma lente transcultural. Se acreditarmos, por outro lado, que existem elementos universais na experiência da felicidade, que lhe garantem alguma homogeneidade transcultural, então podemos considerá-la como um conjunto de emoções moderadamente agradáveis, como a alegria ou o prazer, para além da avaliação cognitiva que é

feita sobre o grau de satisfação com a vida, ou com aspectos específicos da vida.

O conceito de bem-estar subjectivo tem suscitado amplo interesse na literatura. Não sendo acessível a critérios de avaliação externos, refere-se à opinião do indivíduo sobre o modo como se sente. Tratando-se portanto de um auto-registo, torna-se inevitável a dúvida sobre a sua validade, uma vez que o auto-registo é potencialmente volátil, depende das circunstâncias e reveste-se, não raras vezes, de um carácter transitório. Mas é verdade que não é possível compreendermos a felicidade e o bem-estar das pessoas sem as ouvirmos.

São hoje conhecidos alguns dados relativos a este conceito de bem-estar subjectivo. Primeiro, sabemos que influencia positivamente a saúde física e a saúde mental, com efeitos eventuais sobre o aumento da longevidade. Um dos estudos mais interessantes sobre as relações entre bem-estar subjectivo e saúde ficou conhecido pelo “estudo das freiras”, que consistiu na avaliação de notas autobiográficas redigidas por um conjunto de freiras, com estilos de vida muito similares,

décadas depois de terem entrado num convento. O objectivo da investigação consistiu em encontrar frases ou palavras positivas e negativas. As freiras que tinham escrito mais frases positivas, deste modo exibindo atitudes positivas em relação às respectivas condições de vida, exibiram taxas de longevidade superiores. Também sabemos que as pessoas felizes são mais sociais, altruístas, activas, gostam mais de si próprias e dos outros, e evidenciam melhores aptidões na resolução de conflitos. As que têm relações afectivas duradouras tendem a mostrar-se igualmente mais felizes, uma evidência testemunhada pela comparação entre indivíduos casados e não casados. Os registos de bem-estar subjectivo tendem ainda a ser mais positivos em pessoas com estatuto intelectual superior, com mais dinheiro, ou naquelas cujos pais não se divorciaram. Pelo contrário, os indivíduos afectados pelo desemprego são penalizados com um declínio brutal dos seus índices de bem-estar e são mais propensos à depressão, ao suicídio e ao abuso de substâncias.

Também são conhecidas diferenças assinaláveis entre os países, no que diz respeito aos níveis de

bem-estar subjectivo. Ruut Veenhoven, um sociólogo holandês, estudou dados relativos à felicidade das populações, em vários países, e concluiu que os cidadãos mais felizes vivem nas sociedades com sistemas educativos de boa qualidade, boas infra-estruturas sociais, altos índices de literacia, igualdade entre os sexos e modernos cuidados de saúde. Os países escandinavos parecem ser os mais felizes, seguidos pela Grã-Bretanha, EUA, Canadá e Austrália. Os países asiáticos são os menos felizes. De modo surpreendente, a França e a Itália revelam índices relativamente baixos de bem-estar subjectivo. Ao longo do tempo, nos diferentes países, os índices de bem-estar evidenciam uma notável estabilidade, com algumas excepções importantes. A Rússia, a Hungria e a Bélgica, por exemplo, testemunham um declínio acentuado nos seus valores de bem-estar, na dependência de conjunturas políticas e sociais particulares. O bem-estar subjectivo a nível nacional, aliás, parece reflectir uma correlação positiva com índices de liberdade política e prosperidade económica. Independentemente da composição étnica, das confissões religiosas ou da linguagem, os índices

de bem-estar das nações parecem relacionar-se igualmente com níveis de sociabilidade e confiança interpessoal. Nos casos da Itália e da França, acima referidos, é possível que este factor contribua para os índices de bem-estar mais baixos. Segundo parece, os Franceses e Italianos evidenciam níveis mais baixos de confiança interpessoal, em comparação com outros países de desenvolvimento social e económico similar. Este elemento de confiança interpessoal, portanto, parece guardar uma relação estreita com o bem-estar subjectivo das diferentes sociedades, incluindo Portugal, onde, segundo o Eurobarómetro da Primavera de 2009, prevalece uma ausência generalizada de confiança nas instituições políticas. A sociedade portuguesa está hoje mais aberta e sofisticada. Mas também talvez mais céptica, individualista, e desconfiada.

Determinantes

Quais são, afinal, os determinantes da felicidade e do bem-estar subjectivo? Primeiro, devemos assumir que as relações entre bem-estar ou feli-

cidade e outras variáveis podem resultar, entre outras possibilidades, de uma causalidade que vai do bem-estar subjectivo para essa variável, ou da influência de um terceiro factor sobre o bem-estar e sobre essa variável. Centenas de correlações, mesmo quando provadas, não são prova de causalidade. Mas de uma forma esquemática, segundo alguma literatura, sugere-se que o bem-estar subjectivo depende, em média, de factores biológicos (50%), das circunstâncias ou situações de vida (10%) e das actividades ou estratégias intencionais do indivíduo (40%). Ou seja, apenas 10% da variância nos nossos índices de bem-estar seriam explicados por diferenças nos nossos contextos de vida – ser rico ou pobre, estar doente ou saudável, ser bonito ou feio, estar casado ou divorciado, etc. Isto significa, portanto, que a “chave” para a felicidade pessoal residiria não no nosso equipamento genético ou nas circunstâncias em que vivemos, mas sim nas nossas actividades comuns, naquilo que fazemos e no modo como pensamos, nas nossas actividades ou estratégias intencionais. Ou ainda, por outras palavras, numa atitude positiva em relação aos modos como pres-

tamos atenção ao que acontece, interpretamos o mundo e nos lembramos do passado, na presunção de que é sempre melhor prestar atenção aos sucessos pessoais, valorizar as explicações positivas, lembrar os bons velhos tempos. Em termos estritamente individuais, são relevantes alguns atributos da personalidade, que parecem ter uma influência mais significativa sobre o componente afectivo do bem-estar. Talvez possamos dizer mais sobre o bem-estar subjectivo prestando atenção à personalidade do indivíduo, mais do que às suas condições de vida, uma vez que as diferenças no rendimento económico, educação, profissão, género, estado civil, ou outras características demográficas, nalguns estudos, explicariam apenas uma pequena parte deste bem-estar. Nos Estados Unidos, os brancos são ligeiramente mais felizes que os negros. Os homens não são mais felizes que as mulheres. As pessoas mais idosas, não obstante os problemas de saúde associados ao envelhecimento, tendem a ser mais felizes, em comparação com as mais jovens. E as pessoas mais atraentes não são, necessariamente, mais felizes do que as desprovidas de beleza.

Por outro lado, segundo alguns autores, a variação genética explicaria uma grande percentagem do bem-estar subjectivo. Mas os genes, como sabemos, são sensíveis a condições ambientais. Ou seja, a felicidade vem de dentro, mas também de fora. As condições de vida, do mesmo modo que as actividades voluntárias, sujeitas a um processo de escolha individual, influenciam os índices de bem-estar subjectivo. Se as primeiras, quando constantes, induzem facilmente um processo de adaptação ou habituação, como veremos, as segundas são susceptíveis de aumentar a felicidade das pessoas, na medida em que lhes permitem escolhas relacionadas com o seu bem-estar. Esta leitura reflecte pois uma fórmula de felicidade que conjuga não apenas uma influência biológica, mas também as condições de vida e as actividades voluntárias com as quais a biologia pode interagir. É uma fórmula que tem desafiado a Psicologia Positiva a recorrer ao método científico e a descobrir que tipo de actividades voluntárias e condições de vida podem aumentar os índices de felicidade individual, de acordo com o potencial de cada um. Sonja Lyubomirsky aconselha um

alinhamento prévio entre o indivíduo e as actividades ou estratégias escolhidas para aumentar os seus índices de felicidade, após o que sugere doze actividades possíveis: expressar sentimentos de gratidão, cultivar o optimismo, evitar ruminações cognitivas e comparações sociais negativas, praticar a simpatia e a generosidade, investir nas relações sociais, desenvolver estratégias de resolução de problemas, aprender a perdoar, aumentar as experiências de fluxo ou imersão em tarefas estimulantes, “saborear” as experiências positivas, investir nos objectivos pessoais, praticar a religião e a espiritualidade e, *last but not the least*, cuidar do corpo. *Simple as that!*

As condições de vida que mais influenciam o nosso bem-estar, por sua vez, seriam o amor (não apenas o amor apaixonado...) e o trabalho, tão importantes para nós como a água e a luz do sol para as plantas. Ou então, segundo Richard Layard, um *Big Seven* constituído pelas nossas relações familiares, situação financeira, trabalho, vida comunitária e amigos, estado de saúde, liberdade e valores pessoais, estes últimos definidos como princípios orientadores. Com excepção do

estado de saúde e da situação financeira, todos estes factores valorizam a qualidade e estabilidade das relações interpessoais. A *vida familiar* guarda uma relação próxima com os níveis de felicidade individual. Embora saibamos que correlação não é causa, parece ser verdade que o divórcio, a separação conjugal ou a viuvez tendem a reduzir os índices de bem-estar subjectivo. O casamento ou o nascimento dos filhos, não obstante o processo de habituação que se encarrega de “normalizar” os níveis de felicidade, são igualmente relevantes. Se temos necessidade das outras pessoas, e necessidade de sentir que os outros precisam de nós, também precisamos de sentir que somos úteis à sociedade, através do nosso *trabalho*, que assim oferece um significado especial às nossas vidas. As condições em que trabalhamos, nomeadamente a capacidade de controlo que temos sobre o que fazemos, podem estimular a nossa criatividade e contribuir para o nosso bem-estar. O desemprego, pelo contrário, constitui um factor de mal-estar não apenas porque interrompe o salário, mas também porque fere a auto-estima ao comprometer o benefício das relações sociais no local de

trabalho. Segundo Jonathan Haidt, é claro que as relações entre trabalho e o bem-estar subjectivo dependem, entre outros factores, do modo como o trabalho é encarado: como emprego, como carreira ou como chamamento. Se é encarado como emprego, o dinheiro é a motivação principal e os fins-de-semana deviam ser mais prolongados. Se o trabalho é visto como carreira, existem objectivos de progresso, promoção e prestígio que exigem trabalho esforçado e que suscitam, eventualmente, interrogações sobre a utilidade do esforço despendido. Se, enfim, o trabalho é encarado como chamamento, então a actividade profissional é uma fonte de realização pessoal, com experiências de gratificação que nunca dão graças a Deus por ser sexta-feira.

Do individual ao social

De algum modo, podemos dizer que as características das pessoas variam em função do local onde vivem. Se nos relacionarmos com pessoas hostis, é pouco provável mantermos o bom humor.

Se os automóveis não param nas passarelas, não temos confiança nos automobilistas. Ou seja, as características das pessoas, quando se repetem ao longo do tempo, passam a ser características dos lugares onde vivem. Logo, se queremos melhor saúde mental, não basta olharmos para nós próprios. Temos de olhar para a sociedade em que vivemos. Neste sentido, a evidência sugere que os índices de cooperação e confiança de uma sociedade, ou aquilo a que se convencionou chamar *capital social*, melhoram o bem-estar das populações. No Brasil, apenas 5% da população diz que é possível confiar na generalidade das pessoas, em contraste com um valor de 64%, na Noruega. Num estudo original, os investigadores abandonaram algumas malas em plena via pública, em diferentes países, contendo o nome e morada do proprietário. A proporção de malas devolvidas foi superior na Escandinávia, em consonância com os números acima mencionados.

Segundo Robert Putnam, um cientista político, o capital social diz respeito às ligações entre as pessoas, às redes sociais e normas de reciprocidade e confiança que resultam dessas ligações. No seu

livro mais conhecido, com o título sugestivo *Bowling Alone*, é documentado um declínio drástico da participação social na sociedade americana, em múltiplos domínios do quotidiano, incluindo a participação nos actos eleitorais, o acto de confiar nos outros, ou de ir jogar *bowling*, com efeitos potenciais no bem-estar subjectivo das comunidades. Mas o sociólogo Emile Durkheim defendeu que os níveis de *integração social*, um conceito análogo ao de capital social, se relacionam com o estado de saúde da sociedade. Tendo escrito sobre o suicídio, Durkheim estudou a integração social nos domínios religioso, doméstico e político, argumentando que os índices de integração social em cada um dos três domínios variavam na razão inversa das taxas de suicídio. Em relação ao primeiro, verificou que as taxas referidas eram mais altas nos países protestantes da Europa, em comparação com os países católicos. Nos diferentes países, as áreas de população católica exibiam taxas de suicídio inferiores às áreas de população protestante. No domínio doméstico, verificou que as pessoas casadas eram menos susceptíveis de cometer suicídio, em contraste com as pessoas

que nunca tinham casado, que se tinham divorciado ou que eram viúvas. Os países com taxas de divórcio mais elevadas exibiam igualmente taxas mais elevadas de suicídio. No domínio político, finalmente, verificou que as mesmas taxas de suicídio diminuía em tempo de guerra e atribuiu esta evidência ao facto de as guerras unirem a população civil em torno de objectivos comuns.

Mediante estas observações, Durkheim concluiu que as sociedades exibem tendências colectivas que não correspondem, simplesmente, à soma de tendências individuais. Os indivíduos que fazem parte de uma sociedade mudam todos os anos, enquanto as taxas de suicídio tendem a manter-se iguais, desde que essa sociedade não se modifique. E mesmo que o suicídio seja considerado como um desfecho que resulta de problemas na vida privada, como o divórcio ou a violência doméstica, não deixa de ser interessante a regularidade com que se mantêm as diferenças na prevalência destes problemas privados, em diferentes sociedades.

O suicídio na China, por exemplo, tem assumido uma configuração particular ao longo do tempo. Em contraste com a forte associação entre

suicídio e doença mental, nas sociedades ocidentais, o suicídio na cultura tradicional chinesa tem sido concebido como um acto social ou moral. Em cada dia, suicidam-se mais de 870 chineses, ou seja, há pelo menos 300.000 suicídios por ano, sobretudo nas zonas rurais. Sendo mais frequente nas mulheres, ao contrário do que acontece noutras sociedades, o suicídio na China significa, muitas vezes, uma forma de escape social, ou de resistência, em contextos opressivos, quando, por exemplo, uma mulher jovem é confrontada com a imposição parental de casar com um estranho e resiste, suicidando-se como forma de protesto. Ou quando uma mulher viúva é forçada a um novo casamento, ou uma outra é abusada pelo marido, ou pelos sogros, num contexto caracterizado por relações patriarcais opressivas. Na China, o suicídio pode ser aceite como uma estratégia moral adequada, compreensível, quando é consumado em circunstâncias imorais.

Na sociedade japonesa, é possível identificar um elevado grau de responsabilidade individual perante as outras pessoas, uma característica que é descrita como um importante factor de saúde

e de bem-estar. Porque é que os japoneses são aparentemente mais saudáveis? Algumas respostas, entre outras, valorizam os genes japoneses, a preocupação japonesa com os cuidados médicos, eventuais erros no preenchimento das certidões de óbito, a alimentação ou os hábitos tabágicos. Nenhum destes argumentos parece ser convincente. Segundo Michael Marmot, a resposta mais persuasiva deve centrar-se nos elevados padrões de coesão social que caracterizam a sociedade japonesa. Os sentimentos de compromisso para com os outros, bem como os valores de lealdade e de respeito pelo próximo, parecem facilitar a compreensão das diferenças entre o Japão e alguns países ocidentais. Segundo a revista *The Economist*, em 2002, por cada 100.000 residentes nos EUA, 700 estavam presos. No Japão, por cada 100.000 residentes, estavam detidas apenas 48 pessoas. As grandes cidades japonesas, ao contrário de muitas cidades americanas, não tinham zonas proibidas, onde imperasse a criminalidade. E as reacções aos crimes de colarinho branco, por seu lado, seriam elucidativas. Quando os criminosos são descobertos, os culpados são obrigados a ir

à televisão pedir desculpa pela vergonha que os seus actos trouxeram às suas empresas, aos seus partidos, às suas famílias.

Nas sociedades ocidentais, ao contrário do que acontece na sociedade japonesa, o padrão cultural vigente tende a glorificar o indivíduo, em detrimento do grupo, e a garantir a auto-gratificação instantânea, alimentando um padrão individualista caracterizado pelo desaparecimento do contexto e pela implantação progressiva de uma atitude narcisista, hedonista, em relação ao próximo. Daniel Bell diz-nos que as multinacionais encorajam as pessoas a pensar apenas nos seus interesses privados, sacrificando o espírito de uma cidadania activa, solidária. Se acreditássemos na publicidade enganosa que invade as nossas casas, todos os dias, poderíamos facilmente fazer tudo e mais alguma coisa. Para este efeito, nas palavras irónicas de Marmot, bastaria que usássemos a plataforma *Windows* e uns sapatos desportivos da *Nike*, e nos comportássemos como o homem da *Marlboro*. Segundo alguns autores, à medida que a ciência e as novas tecnologias oferecem paradigmas alternativos e novas possibilidades para

a vida social, nós vamos sacrificando os velhos contextos tradicionais em nome da subjectividade individual. Este processo de individuação consiste numa mudança em direcção ao mundo interior de cada um de nós, mais virados para o consumo e o sucesso privado, na era da globalização, e constitui, talvez, uma marca central do humor contemporâneo.

O Valor do dinheiro

O dinheiro, neste contexto, faz as pessoas mais felizes? A resposta parece instintiva: mais dinheiro, mais bem-estar. Dizer que o dinheiro não se correlaciona com a felicidade corresponde a um mito. As pessoas dos países ricos apresentam índices médios de bem-estar subjectivo superiores às dos países pobres. E o indivíduo mais rico anda geralmente mais satisfeito que o mais pobre, mesmo nos países mais ricos. No entanto, a questão não é assim tão simples. Primeiro, pode não existir uma relação causal entre dinheiro e bem-estar, na medida em que o bem-estar pode favorecer um

aumento do lucro financeiro, invertendo a relação entre factores. Segundo, as pessoas com pouco dinheiro podem evidenciar elevados índices de bem-estar, reclamando a atenção para a importância do contexto, como acontece nalgumas culturas tradicionais. No plano individual, de acordo a literatura, parece haver uma relação entre o rendimento económico e o bem-estar subjectivo, mais forte quando o rendimento é baixo e cada vez mais fraca à medida que o rendimento aumenta. Uma vez satisfeitas as necessidades básicas, torna-se difícil fazer as pessoas mais felizes. E as pessoas que optam por uma vida simples, despojada, não vêem no luxo material uma pré-condição essencial para o seu bem-estar.

No plano internacional, a relação entre a riqueza dos países e o bem-estar das populações seria ainda mais robusta. Poderemos argumentar, no entanto, que a forma como os rendimentos são distribuídos, em cada país, pode ser mais importante que o rendimento médio da população. Ou seja, um país cujos habitantes têm rendimentos muito aproximados, como na Escandinávia, seria mais feliz do que um outro país onde algumas

peças fossem muito ricas e muitas outras fossem muito pobres, como acontece na América Latina. Nos países ricos, entretanto, a satisfação e o bem-estar dos cidadãos talvez tenha mais a ver com os efeitos do capital social, nomeadamente com os níveis de confiança entre as pessoas, com os índices de integração e participação voluntária nas associações da comunidade, face aos índices locais de desenvolvimento económico. Também se verificou, por outro lado, que a igualdade de rendimentos nos diferentes países não constitui uma condição necessária aos melhores índices médios de bem-estar das respectivas populações. A Colômbia e o Brasil, por exemplo, com duas das mais desiguais distribuições nos rendimentos económicos, evidenciaram índices relativamente altos de satisfação com a vida. Além do mais, os grupos mais pobres nalguns países relativamente pobres mostraram-se bastante satisfeitos com as suas vidas.

Não obstante, as pessoas dos países mais ricos, como a Noruega, a Áustria e a Suíça, evidenciam pontuações superiores nos índices de bem-estar subjectivo, em comparação com os países pobres,

como a Bulgária, a África do Sul e a Índia. Mas esta mesma relação entre riqueza e bem-estar seria mais evidente nos países pobres e menos visível nos países mais ricos, justificando a ideia segundo a qual, acima dos níveis de Portugal ou Espanha, o crescimento económico deixaria de fazer diferença sobre o bem-estar das pessoas. Ou seja, nos países ricos, as pessoas esperam cada vez mais crescimento económico, de modo a conservarem os níveis de bem-estar anteriores, uma vez que o crescimento económico, ele próprio, implica a satisfação de desejos cada vez mais dispendiosos. E quando as pessoas não conseguem o que pretendem, de acordo com esta orientação materialista, também não vêem aumentados os seus índices de bem-estar. Nos Estados Unidos, no Japão e em França, por exemplo, os índices de bem-estar subjectivo apresentam-se inalterados desde a II Guerra Mundial. Portanto, somos confrontados com um paradoxo: quando as pessoas ficam mais ricas, em comparação com outras pessoas, ficam mais felizes; mas, quando as sociedades ricas ficam mais ricas, não ficam necessariamente mais felizes. Porquê? Uma razão

pela qual o bem-estar subjectivo não aumentou especialmente nos países mais ricos pode dever-se ao facto de a riqueza material, para além de certo ponto, deixar de contribuir para a satisfação das necessidades pessoais. Outro motivo pelo qual as sociedades mais ricas não acrescentaram felicidade às suas populações diz-nos que o aumento do bem-estar nalguns países ocidentais, depois da II Grande Guerra, foi boicotado pelas características negativas das relações sociais emergentes, caracterizadas por um aumento nas taxas de depressão, alcoolismo e criminalidade.

Richard Layard conta-nos que o rei do Butão, em 1998, proclamou a Felicidade Nacional Bruta como objectivo central para o seu pequeno país. Mas a entrada maciça da televisão no dia-a-dia dos seus compatriotas, em 1999, multiplicou imagens de violência, publicidade e sexo, em doses nunca vistas. Como resultado, ainda segundo Layard, assistiu-se a um aumento nas taxas de desagregação familiar, consumo de droga e violência nas escolas. No Ocidente, sobretudo nos Estados Unidos, as taxas de divórcio subiram de modo assinalável, nas últimas décadas, com mais

crianças a nascerem fora do casamento. As taxas de criminalidade, por sua vez, evidenciaram um aumento significativo desde a II Grande Guerra, com implicações negativas no bem-estar e na segurança das comunidades. O grau de confiança nas pessoas diminuiu também a partir dos anos 50, promovendo fenômenos de fragmentação e isolamento social. Ora, todas estas alterações, mais características dos últimos 50 anos, ocorrem num período histórico não isento de prosperidade económica. Logo, as mudanças referidas derivam de outros factores, presumivelmente ligados ao avanço tecnológico, a uma mudança substantiva nos papéis de género, à importância crescente da televisão e ao avanço do individualismo, já referido. Consideremos alguns destes aspectos, de forma sucinta.

Nos Estados Unidos, nos anos 50, 20% das mulheres trabalhavam fora de casa. Hoje, são mais de 70%. Neste contexto, têm menos filhos. A divisão do trabalho familiar foi reconfigurada. As mulheres ficaram mais sobrecarregadas por acumularem as tarefas domésticas com o trabalho externo. No conjunto, gerou-se um maior poten-

cial de insatisfação nas famílias, não obstante o efeito libertador da mudança. As separações e os divórcios foram facilitados pelo novo paradigma, atendendo a que as mulheres ficaram mais autônomas, em termos económicos. O aparecimento da televisão, por sua vez, veio sacrificar parte do tempo que dantes era dedicado à vida social e à comunidade. Em simultâneo, veio promover a violência e banalizar a miséria alheia, causando o aparecimento de um sofrimento asséptico, na poltrona, à distância, perante imagens de horror. Eventualmente, tornou as pessoas mais infelizes porque as empurrou, muitas vezes, para uma comparação social com padrões estéticos demasiado exigentes ou inacessíveis. Finalmente, o declínio do cristianismo ortodoxo e o triunfo do individualismo, com sacrifício da solidariedade social, confrontar-nos-iam hoje com um vácuo moral que se confunde com a vida egoísta, com a renúncia passiva à procura do bem comum.

As sociedades ficam mais ricas mas não ficam, necessariamente, mais felizes. Não obstante, a riqueza material observa uma correlação positiva, significativa, com o bem-estar subjectivo, como

vimos. Igualmente, esta correlação parece ser mais robusta para os estratos sociais mais desfavorecidos. Por outro lado, a simples satisfação das necessidades básicas, para as pessoas mais ricas, não pode explicar completamente as diferenças nos índices de bem-estar. Uma hipótese explicativa sugere que os *objectivos* pessoais podem mediar a relação entre riqueza e bem-estar. As pessoas são agentes activos, potencialmente capazes de influenciar e controlar a situação em que vivem. O conforto não traz felicidade quando se associa a uma ausência de estímulos. Trabalhar por *objectivos* pessoalmente significativos permite uma experiência de bem-estar subjectivo que carece não apenas dos *objectivos*, mas também do percurso que os *objectivos* implicam. Quando os *objectivos* se centram na procura activa do dinheiro, transformam-se num ingrediente tóxico que compromete as hipóteses de felicidade. As pessoas que valorizam os recursos materiais acima doutros *objectivos*, como as relações sociais ou as férias em família, estão geralmente menos satisfeitas com as suas vidas. Deveriam antes acomodar valores saudáveis, ou intrínsecos, que promovem o

desenvolvimento individual, as práticas de convívio interpessoal e os melhores contributos a favor da comunidade, por oposição a valores materialistas ou extrínsecos. Por este motivo, será aconselhável interromper consumos que visam alcançar uma imagem pública de sucesso, trabalhar menos, ganhar menos e “consumir” mais tempo com a família, na fruição de actividades agradáveis. O materialismo correlaciona-se negativamente com o bem-estar subjectivo.

Os mecanismos de *comparação social* são igualmente importantes, quando debatemos as relações entre riqueza material e bem-estar subjectivo. De um modo geral, as comparações sociais frequentes estão associadas a emoções negativas. Mas as pessoas podem sentir-se mais felizes à custa de um avanço no seu posicionamento relativo. E as pessoas com quem nos comparamos, a este respeito, integram habitualmente o nosso “grupo de referência”, constituído por conhecidos com estatuto social similar. Os atletas medalhados com bronze ficam mais felizes que os seus colegas medalhados com prata: os primeiros comparam-se com os que não conseguiram ganhar medalhas e os segundos

comparam-se com os verdadeiros campeões, detentores da medalha de ouro. Layard conta-nos a história do camponês russo cujo vizinho tem uma vaca. Quando Deus lhe pergunta como pode ajudá-lo, o camponês responde: “Mata a vaca!”. O facto de as pessoas ricas serem, em média, mais felizes que as pessoas pobres também se pode compreender, em parte, à luz destes mecanismos de comparação social. Enquanto as primeiras, por serem ricas, tendem a comparar-se com pessoas menos ricas, ou mais pobres, estas, por sua vez, não têm alternativa a não ser compararem-se com pessoas mais favorecidas na escala social. Logo, um dos “segredos” da felicidade consistiria em evitar comparações com pessoas mais ricas.

Os caprichos da adaptação

Nas relações entre procura activa de riqueza material e bem-estar subjectivo, tudo se passa como se as pessoas, na procura incessante de novos objectivos, corressem numa “passadeira rolante” e se habituassem ou adaptassem sempre às novas

circunstâncias. Ou seja, de acordo com esta metáfora, é preciso continuar a correr para manter os mesmos níveis de felicidade, tentar subir uma escada rolante no seu movimento descendente. Embora seja útil o esforço para subir a escada, e ficar mais feliz, a verdade é que o mesmo esforço é contrariado pelo processo de adaptação que empurra a pessoa para a sua posição inicial. Na medida em que os rendimentos aumentam, as pessoas adaptam-se a novos padrões de vida. Então, sentem que precisam de mais dinheiro para manter uma vida boa. Acumular riqueza, neste sentido, significa aumentar as expectativas. A verdade é que as pessoas não fazem “previsões afectivas” com eficiência, ou seja, não são capazes de adivinhar exactamente o modo como se vão sentir no futuro, em função dos seus planos. Daniel Gilbert escreveu um livro inteligente e divertido sobre esta impossibilidade. Surpreendentemente, as nossas escolhas frustram muitas vezes as nossas melhores expectativas de bem-estar. Os erros que cometemos quando tentamos imaginar os nossos futuros, são certos, regulares e sistemáticos. Num registo também metafórico, pilotamos os nossos

barcos por acharmos que temos uma ideia sobre aonde devemos ir, não imaginando que muita desta pilotagem é inútil. Tal acontece porque o futuro, afinal, é fundamentalmente diferente do que parece através do nosso “previsioscópio”. A capacidade para simularmos cenários futuros é desgraçadamente imperfeita. Quando imaginamos as novas circunstâncias, construímos pormenores que nunca lá estarão e ignoramos pormenores que não deixarão de estar presentes. Não conseguimos ver o *big picture*, ou seja, focamos a atenção numa característica particular de uma escolha possível, ignorando outras – por exemplo, pretendemos seguir a carreira universitária e esquecemo-nos que esta escolha implica trabalhar durante o fim-de-semana; não fazemos uso da nossa experiência pessoal, preferindo olhar para experiências alheias que não constituem, necessariamente, a melhor orientação para as decisões a tomar; decidimos entre muitas escolhas possíveis, baseadas numa avaliação de factores externos, em vez de decidir em função dos nossos interesses e necessidades intrínsecas; confundimos querer com gostar, ignorando que é possível quereremos muito uma coisa

que não nos proporciona, afinal, uma satisfação duradoura; finalmente, erro fatal, esquecemos o malfadado processo de adaptação. Se não conseguimos adivinhar a habituação ou adaptação às novas aquisições materiais, continuamos a investir no desejo e no consumo, com devoção excessiva ao trabalho e à procura do dinheiro, em prejuízo das actividades de lazer ou doutros objectivos saudáveis.

As pessoas que ganham a lotaria ficam felizes durante algum tempo e regressam depois, devagarinho, aos índices de bem-estar subjectivo anteriores (eventualmente, ficam pior...). Do mesmo modo, a melhoria das condições de vida doméstica aumenta os níveis de conforto, mas este progresso transforma-se, a prazo, num estado normal. Tudo isto reflecte o referido processo de habituação, um processo que explica, pelo menos em parte, a improbabilidade de um desejo materialista determinar, linearmente, um aumento consistente da felicidade individual. O mesmo acontece, embora em sentido contrário, aos doentes que ficam paraplégicos na sequência de um acidente. Stephen Hawking, conhecido astrofísico, escreveu

livros e recebeu prémios depois de lhe ter sido diagnosticada uma doença neurológica grave. Numa entrevista ao *New York Times*, declarou que “as minhas expectativas ficaram reduzidas a zero quando tinha vinte e um anos. Desde então, tudo tem sido um bónus para mim”. Este princípio da adaptação sugere portanto, numa palavra, que as avaliações sobre a forma como nos sentimos, no momento presente, se baseiam numa comparação, para melhor ou pior, com aquilo a que estamos habituados.

As relações entre bem-estar e riqueza permitem algumas conclusões, não necessariamente consensuais: primeiro, o aumento da riqueza nacional em países desenvolvidos, nos últimos 50 anos, não trouxe quaisquer aumentos significativos no bem-estar das pessoas; segundo, é possível que o bem-estar das pessoas nos países pobres tenha aumentado com o acréscimo de riqueza nestes países; terceiro, as pessoas com intensos anseios de riqueza e dinheiro e com uma filosofia materialista são mais infelizes que as pessoas sem estes desejos; quarto, as diferenças na riqueza individual, dentro de cada um dos países, mostram apenas

uma pequena correlação positiva com a felicidade. Em suma, a receita para a felicidade requer pelo menos três ingredientes fundamentais: evitar a pobreza, viver num país rico e conferir prioridade a objectivos não relacionados com a riqueza material. É pior ser pobre num país pobre do que pobre num país rico. E um mundo material mais próspero não contribui necessariamente para um aumento da satisfação com a vida.

Desigualdade e gradiente social

A felicidade das pessoas, como vimos, não existe num vácuo social. Ou seja, se quisermos identificar a origem ou contexto dos principais factores de mal-estar subjectivo no nosso tempo, então faz sentido olharmos para a natureza do nosso ambiente social e das nossas relações sociais. No caso da saúde física e da saúde mental, podemos adoptar o mesmo raciocínio, uma vez que a saúde das pessoas é também regulada pelo estatuto social. Se considerarmos a esperança de vida ou a frequência das principais causas de morte

e incapacidade, os indicadores de saúde são mais favoráveis para aquelas pessoas que estão mais próximas do topo da escada social – seja pelos rendimentos, pela educação ou pela profissão – e são menos favoráveis à medida que olhamos, sucessivamente, para todos os degraus inferiores desta mesma escada. Logo, a desigualdade não acontece apenas em função dos extremos de riqueza e de pobreza, antes reflecte um *gradiente* individual contínuo nas possibilidades de se adoecer e de morrer, um gradiente da saúde, física e mental, que atravessa todos os estratos sociais. O estatuto social guarda deste modo uma relação com a saúde não apenas através de uma exposição directa a melhores ou piores condições de vida material. Está também em causa uma posição na hierarquia social, abrangendo relações de poder, experiências de dominação e de subordinação, uma posição muitas vezes associada a processos de estigmatização e exclusão dos mais desfavorecidos.

A nível individual, portanto, a relação entre o estatuto socioeconómico e a saúde vai além da pobreza, dado que cada degrau superior da escada social se associa, geralmente, a melhor saúde e a taxas mais baixas de morbidade e mortalidade.

Com efeito, se fossem removidos todos os problemas de saúde associados à pobreza, a maior parte das desigualdades na saúde permaneceria inalterada. Quanto mais alto o estatuto social, mais e melhor se vive. Pertencer à classe média é melhor do que ser pobre. Ser rico, melhor ainda. No desastre do *Titanic*, lembra-nos Michael Marmot, as taxas de afogamento variaram em função do estatuto social: mais elevadas em terceira classe, mais baixas em segunda, ainda mais baixas em primeira. Isto significa que as pessoas comuns correm mais riscos relacionados com a saúde, em comparação com as que vivem a vida em primeira classe. E muitos outros estudos sugerem mesmo uma relação causal: não obstante o facto de a saúde poder influenciar a condição socioeconómica nalguns casos individuais, a direcção causal dominante vai do estatuto socioeconómico para o estado de saúde.

Acima de um certo limiar de bem-estar material, ganha relevância um outro tipo de bem-estar. A autonomia individual, a possibilidade de controlo que uma pessoa tem sobre a sua vida, bem

como as suas oportunidades de participação activa na vida social, tornam-se essenciais ao seu bem-estar subjectivo, à sua saúde e longevidade. A desigualdade nestes dois factores, controlo e participação, determina também um gradiente que não parece, portanto, ser explicável apenas por diferenças no acesso aos cuidados de saúde. Por outras palavras, a saúde das pessoas segue um gradiente social e obedece a um *síndrome de estatuto*, como lhe chama Marmot, para defender que as desigualdades, no domínio da saúde, devem ser encontradas nas circunstâncias particulares em que vivemos e trabalhamos. Não são as calamidades que determinam o nosso mal-estar, nem a depressão, mas antes o modo como nos corre a vida no nosso dia-a-dia, nas fábricas, escolas, hospitais, serviços, em nossas casas e na nossa vizinhança. Na medida em que a capacidade de controlo das nossas vidas e as possibilidades de participação na vida social estão distribuídos de modo desigual, a saúde, ela própria, é também repartida de modo desigual, muito à custa da experiência psicológica da desigualdade.

Neste contexto, a actividade profissional reveste-se de uma importância especial. Como sabemos, o *trabalho* é um factor natural na aquisição de rendimentos, criando oportunidades de escolha para o trabalhador. Mas a actividade laboral também deve ser vista como um factor de realização pessoal, contribuindo para a manutenção de um estatuto e de uma identidade próprias, no espaço extra-familiar. Neste sentido, as condições de segurança e continuidade no trabalho, bem como as perspectivas de progresso na carreira profissional, constituem ingredientes necessários à promoção da saúde e ao bem-estar subjectivo. A qualidade do trabalho e do emprego, entretanto, também obedecem a um gradiente social, dado que as pessoas com menores qualificações ocupam os empregos menos aliciantes, ao passo que as mais qualificadas garantem geralmente os empregos mais invejados e melhor remunerados. Vejamos, a este propósito, dois modelos teóricos, tentando identificar diversos elementos “tóxicos”, de natureza psicossocial, ligados a condições de trabalho adversas.

O *modelo de exigência-controlo* propõe que a experiência de stress no local de trabalho resulta de uma relação entre a pressão psicológica exercida sobre o trabalhador e a sua capacidade de controlo, ou latitude decisória, para cumprir as tarefas requeridas. Os empregos definidos por elevados graus de exigência e baixo controlo são *stressantes* porque comprimem a autonomia e a capacidade de controlo individuais, de forma persistente. O *modelo de desequilíbrio esforço-recompensa* relaciona-se com as características *stressantes* do contrato de trabalho. Baseia-se numa noção de reciprocidade social que define, no âmbito da actividade profissional, o cumprimento de tarefas e o acesso às devidas recompensas, por exemplo sob a forma de remuneração ou elogio. Existe portanto, da parte do trabalhador, uma expectativa de retorno que decorre do seu esforço laboral. Ora, a ausência de reciprocidade, segundo este modelo, tem consequências nocivas para a saúde e bem-estar do trabalhador numa série de condições laborais específicas.

Os dois modelos têm justificado muitos estudos que documentam uma associação entre condições

de trabalho adversas e prejuízo do estado de saúde. A adversidade no trabalho é muitas vezes caracterizada por um baixo controlo e por um défice ou ausência de recompensa que parecem seguir um gradiente social, “empurrando” os trabalhadores com baixa qualificação para o emprego precário e o *desemprego*. Ora, o desemprego também faz mal à saúde e relaciona-se, em vários estudos, com um excesso de morbilidade e mortalidade. As consequências psicológicas negativas do desemprego estão também amplamente documentadas, um efeito que parece ser independente do estado de saúde prévio e muitas vezes reversível com o regresso ao mercado de trabalho. Mas as relações entre desemprego e saúde, entretanto, não devem ser vistas de uma forma simplista. Na verdade, as pessoas que estão doentes podem ser mais susceptíveis ao desemprego ou evidenciar mais dificuldades no regresso ao trabalho, pelo facto de estarem doentes. Esta é a chamada *hipótese da selecção directa*. Ou então, podem estar em causa outros efeitos, que constituem factores de risco para a saúde, através dos quais as pessoas têm mais dificuldade em conseguir, ou manter, um emprego.

Alguns traços de personalidade não adaptativos, neste contexto, podem constituir variáveis que influenciam, separadamente, as possibilidades de emprego e o estado de saúde. Esta é a *hipótese da selecção indirecta*.

Independentemente do que se passa no âmbito do trabalho, a desigualdade constitui um relevante problema de saúde pública. A desigualdade socioeconómica faz mal à saúde, a justiça social faz bem à saúde. No século XXI, as desigualdades na saúde continuam a caracterizar as sociedades mais desenvolvidas, incluindo os países europeus. Nos grupos mais desfavorecidos, as pessoas morrem mais cedo, adoecem mais vezes e sentem-se mais desprotegidas e insatisfeitas, em relação aos grupos social e economicamente mais favorecidos. As desigualdades na saúde, na Europa, resultam de diferenças sistemáticas entre as pessoas, não apenas em função do acesso aos cuidados de saúde, mas também devido ao grupo social a que pertencem, aos ambientes físicos e sociais em que vivem, às condições materiais de existência e à exposição diferenciada a factores positivos e negativos. Em relação à mortalidade, as diferenças

médias na esperança de vida entre os que moram no topo e na base da estrutura social (definida por critérios de educação, rendimento, emprego) variam entre quatro e dez anos. Assim, é mais saudável ter rendimentos elevados e viver num país rico, onde a longevidade é maior ou, então, viver numa sociedade mais igualitária. A saúde e o bem-estar estão distribuídos de forma desigual, enfim, porque as possibilidades de controlo sobre as circunstâncias da vida, bem como as possibilidades de participação e envolvimento na vida social, estão distribuídas de modo desigual. Cerca de 80% dos estudos, envolvendo países, regiões, estados e cidades, mostram que a desigualdade social se relaciona com um pior estado de saúde. Segundo Richard Wilkinson, existe uma tendência clara para uma associação robusta entre violência e desigualdade salarial. As zonas mais pobres dos Estados Unidos, tais como Harlem, em Nova Iorque, têm taxas de mortalidade superiores às do Bangladesh, um dos países mais pobres do mundo. É certo que as taxas de mortalidade infantil diminuem rapidamente à medida que os países ficam mais ricos. Também é verdade que estas

taxas diminuem mais lentamente, à medida que os países ficam ainda mais ricos. Mas os países mais desiguais tendem a mostrar taxas de mortalidade infantil mais elevadas em qualquer estágio do desenvolvimento económico. É esta desigualdade social, para além da pobreza, que contribui, pelo menos em parte, para alimentar as experiências subjectivas de mal-estar e desconforto.

Alguns autores defendem que a qualidade das *relações sociais* é melhor nas sociedades mais igualitárias, onde são mais pequenas as diferenças de rendimentos entre ricos e pobres. Nestas sociedades, as pessoas confiam mais facilmente umas nas outras, têm uma vida comunitária mais forte e participada, as taxas de violência e homicídio são mais baixas. Durante a I e II Grandes Guerras, as políticas do governo britânico visaram promover a unidade nacional e um sentimento de que o fardo da guerra teria de ser partilhado por todos. Neste contexto histórico, as diferenças de rendimento económico entre os empregados diminuíram, o desemprego quase desapareceu e as pessoas viveram sentimentos de solidariedade e coesão nacional, numa atmosfera de objectivos comuns.

Se é verdade que nos sentimos bem com os amigos porque eles gostam de nós, porque nos acham interessantes, agradáveis, bons companheiros, porque nos dão sinais que nos fazem sentir confiantes, também é verdade que, se não tivermos amigos ou se nos sentirmos excluídos, não desejados, então sentimo-nos mal, frustrados, receando pelo modo como nos olham. A amizade promove uma saúde mental positiva. O bem-estar individual e a felicidade têm um dom de propagação através das redes sociais. Os amigos são importantes porque a existência da relações sociais, só por si, pode melhorar os índices de bem-estar, através do efeito estrutural da rede social. Mas os amigos também nos podem tornar sensíveis aos efeitos de um contágio emocional, ou seja, o estado emocional dos nossos amigos influencia o nosso estado emocional. Não basta apenas, portanto, ter muitos amigos. Importa igualmente ter amigos alegres, felizes, e manter com eles uma relação de proximidade, que privilegie as interações face a face. O bem-estar e a felicidade, portanto, não são apenas uma experiência individual. São também propriedade do grupo.

Necessidades básicas, pobreza e exclusão

Uma abordagem centrada nas *necessidades básicas* das pessoas constitui um sólido fundamento para uma vida com qualidade aceitável, minimamente decente, ao privilegiar a aquisição de bens básicos, o acesso aos alimentos, à educação e aos serviços de saúde. É uma perspectiva importante não apenas quando pensamos nos países pobres, mas também em países desenvolvidos com elevados índices de desigualdade social, com camadas da população a viverem na pobreza absoluta. É uma leitura que facilita a comparação de indicadores estatísticos entre os vários países, como a esperança média de vida, a mal-nutrição infantil ou o desenvolvimento educativo. Os bens públicos constituem o ingrediente básico desta abordagem, na medida em que a provisão ou garantia de provisão dos serviços básicos para todos, relacionados com a saúde e a educação, competem ao Estado e aos governos. Resulta de um imperativo moral, na medida em que todos devem ter acesso a condições de vida minimamente decentes. Mas ao privilegiar bens e serviços, no entanto, talvez

esta abordagem descuide a importância da qualidade da vida humana, dos aspectos mais “finos” do bem-estar individual e colectivo. A questão do que é realmente mais importante é aliás um pretexto para críticas a uma opção preferencial pela satisfação das necessidades básicas, na medida em que os “desejos informados” podem assumir uma importância talvez mais significativa. A este propósito, David Phillips reproduz um exemplo comparando os custos da segurança rodoviária com os envolvidos na construção de uma biblioteca universitária. Uma abordagem centrada nas necessidades básicas daria seguramente prioridade a uma maior segurança no tráfego automóvel, mesmo que o respectivo investimento poupasse apenas um pequeno número de vidas. Mas uma nova biblioteca seria uma adição cultural significativa, baseada em valores essenciais à condição humana, talvez mais importante que o gasto de avultadas somas de dinheiro público na prevenção da sinistralidade rodoviária. Ou seja, de acordo com este exemplo, os desejos informados seriam mais importantes do que as necessidades básicas.

A procura da felicidade através do consumo implica, necessariamente, a presença de recursos para a obtenção de prazer. O dinheiro e os rendimentos são instrumentos ao serviço desta busca. A satisfação das necessidades básicas também valoriza a importância de recursos materiais. A *pobreza*, na sua aceção mais comum, significa uma ausência ou escassez de recursos, de dinheiro, de bens materiais, uma situação de privação resultante da falta de recursos. Uma pessoa pobre não pode satisfazer as suas necessidades sociais ou materiais e/ou tem um nível de rendimentos demasiado baixo, em termos absolutos ou relativos. Neste sentido, a pobreza faz mal à saúde, sendo verdade que as restrições materiais operam mediante vários processos, envolvendo geralmente os problemas sociais e psicológicos associados a situações de pobreza. Em todos os países da Europa, tanto nos mais ricos como nos mais pobres, as pessoas com mais baixo estatuto económico têm pior saúde e taxas de mortalidade mais elevadas. Algumas minorias étnicas evidenciam uma saúde mais precária que é acentuada, eventualmente, pelos efeitos deletérios do racismo. Os perigos

para a saúde, portanto, resultam não apenas da privação ou da escassez de recursos, mas também dos problemas sociais e psicológicos associados à pobreza. Por outras palavras, os comportamentos “não saudáveis” das pessoas pobres devem ser compreendidos no contexto dos constrangimentos diários que limitam ou condicionam o acesso a boas condições de habitação, a uma alimentação saudável ou às oportunidades de participação na vida social.

Não obstante as dificuldades e controvérsias relacionadas com o conceito de pobreza, muitas vezes devido a conotações ideológicas, é certo que estão em causa necessidades não satisfeitas, materiais e sociais, que podem ser avaliadas. Mas de acordo com algumas vozes críticas, é um conceito demasiado estreito, materialista, culturalmente específico, que não tem em conta uma perspectiva social mais ampla sobre vulnerabilidade e privação. Como forma de superar estas limitações, as décadas mais recentes têm promovido o conceito de exclusão social. Não obstante a possibilidade de sobreposição, pobreza e exclusão social são conceitos diferentes. A primeira tem

sobretudo a ver com ausência ou escassez de recursos materiais e sociais. A exclusão social, por sua vez, significa afastamento, dissociação, ausência ou recusa de direitos sociais. Segundo Bruto da Costa, corresponde à fase extrema do processo de marginalização, a um percurso descendente caracterizado por sucessivas roturas na relação do indivíduo com a sociedade. Refere-se simultaneamente ao que acontece às pessoas e aos processos envolvidos, às estruturas e sistemas sociais que determinam exclusão. O carácter distinto de ambos os conceitos, portanto, quer dizer que pessoas pobres podem estar incluídas socialmente e que, pelo contrário, pessoas que não são pobres podem ser socialmente excluídas, por razões alheias à sua vontade.

Na Europa, os processos que determinam exclusão social incluem alterações económicas e demográficas (aumento do desemprego, aumento das taxas de divórcio, número crescente de pessoas a viver sozinhas), alterações nos regimes de segurança social e processos específicos de estigmatização e marginalização de certos grupos, causando a segregação espacial de minorias.

Mas as causas da exclusão social são complexas. Alguns autores sugerem uma abordagem em três níveis de análise, com base nos conceitos centrais de pertença e de privação do acesso a recursos relevantes, para além do factor confiança interpessoal. No *nível social ou estrutural*, a ausência de pertença manifesta-se em termos de fragmentação social, anomia, antagonismo. Existe falta de confiança nas autoridades e nas instituições. As pessoas sentem-se objecto de desconfiança. Os imigrantes ilegais e as minorias étnicas são exemplos conhecidos deste nível de análise. A *nível da vizinhança, do grupo, da rede social* – a ausência de pertença é visível através de processos de segregação local, caracterizados pela ausência de cooperação, por atitudes negativas e por uma estigmatização que resultam da desconfiança instalada. As comunidades excluídas, situadas neste nível, exibem elevados índices de criminalidade e escassas expectativas de progresso social. O *nível biográfico, individual*, corresponde às situações em que a ausência de pertença se expressa mediante sentimentos de solidão, isolamento e baixa auto-estima, com manifestações de desconfiança em

relação às autoridades. A privação de recursos, neste nível, manifesta-se através do desemprego e da ausência de oportunidades. Os sem-abrigo e os toxicodependentes, nas nossas sociedades, obedecem a este estereótipo de manifestação individual da exclusão social.

As diferenças entre pobreza e exclusão social resultam sobretudo da natureza mais material da pobreza e da natureza mais social da exclusão. Embora a pobreza ultrapasse, como sabemos, as consequências estritas da falta de recursos materiais e tenha implicações sociais importantes, com efeitos cumulativos ao longo da vida, o seu ponto de partida coincide sempre com aspectos materiais ou económicos. A exclusão social, por sua vez, é sobretudo caracterizada pela ausência de participação social, pela degradação do estatuto social e, talvez mais importante, pela negação de direitos sociais básicos. A pobreza, neste sentido, diz respeito a uma concepção material da qualidade de vida; a exclusão social, por sua vez, tem mais a ver com uma concepção social da qualidade de vida. Uma segunda diferença entre os dois conceitos radica no carácter mais distributivo da

pobreza e na dimensão mais relacional da exclusão. A pobreza refere-se à distribuição de recursos numa dada sociedade, num registo temporal. Neste sentido, é um conceito estático. A exclusão, por seu lado, tem atributos estáticos e dinâmicos na medida em que se refere a processos (exclusão) e aos resultados finais (exclusão social).

Capital Social e coesão social

Os conceitos de capital social e de coesão social são distintos dos conceitos de rede social e de apoio social, que são geralmente avaliados a nível do indivíduo. De uma forma simples, o capital social inclui os recursos sociais disponíveis na sociedade, bem como o modo como eles são usados e distribuídos; a coesão social, por sua vez, refere-se às instituições e normas que estruturam o governo da sociedade, procurando prevenir ou garantir a ausência de conflitos. Esta necessidade de transposição, do indivíduo para a comunidade, resulta de uma evidência segundo a qual o bem-estar ou mal-estar das populações,

afinal, não pode ser reduzido a uma exploração dos factores de risco individuais.

O conceito de *capital social* é relativamente recente na literatura. Diga-se, desde já, que não existe propriamente um consenso quanto à respectiva definição. Talvez não corresponda a uma única entidade. De acordo com o seu proponente mais conhecido, Robert Putnam, o capital social refere-se às relações entre pessoas – às redes sociais e normas de reciprocidade e confiança que decorrem das relações interpessoais. O contributo deste cientista consistiu em avaliar o envolvimento das pessoas na vida da comunidade, nos Estados Unidos e nalgumas regiões de Itália. Deu atenção, entre outros indicadores, à proporção de pessoas integrando grupos e associações voluntárias, bem como ao grau de participação em eleições locais e à frequência de leitura dos jornais locais. Basicamente, concluiu que os americanos, a partir dos anos 60, protagonizaram um afastamento da vida cívica, e responsabilizou, entre outros factores, a influência nefasta da televisão nos lares americanos, bem como o declínio nas percepções de confiança e honestidade entre os seus com-

patriotas. Os grandes consumidores de televisão afastaram-se progressivamente do convívio com os amigos ou familiares. Em termos gerais, o conceito de capital social é pois aplicável a uma rede de relações de colaboração entre pessoas vivendo em bairros ou comunidades particulares, condensadas em padrões de confiança interpessoal, em normas de reciprocidade e ajuda mútua. O capital social significa, assim, uma atmosfera social positiva, em locais específicos, caracterizados pelo facto de as pessoas olharem umas pelas outras e interagirem com sentimentos generalizados de inclusão e pertença.

A definição de capital social localiza-se num espaço adjacente a muitas outras definições, no âmbito da psicologia comunitária. Não sabemos, portanto, se se trata realmente de um conceito independente ou tão somente de *old wine in new bottles*. Mas, na opinião de muitos autores, apesar das críticas, o capital social constitui um precioso recurso social promotor do desenvolvimento, gerador de crescimento económico e de estabilidade política, uma entidade colectiva abrangendo a confiança, a reciprocidade e outras normas e valores de integração próprias das redes sociais. Neste

sentido, trata-se de uma forma de capital, como qualquer outra forma de capital. Mas, ao contrário do dinheiro, o capital social integra a colectividade e não pode, assim, ser visto em termos individuais. O capital social é uma espécie de “cola social”, consolidando grupos e comunidades, ou “lubrificante”, ao permitir que as pessoas se relacionem harmoniosamente umas com as outras. Segundo o Banco Mundial, o capital social é o elemento que aglutina as sociedades, sendo essencial para que haja crescimento económico e bem-estar humano. Numa palavra, o capital social pode fazer bem à saúde. O conceito inclui ainda dois tipos, segundo Putnam: o capital social *bonding*, reforçando a ligação entre os membros de um grupo com as mesmas características de identidade social, como a classe ou a raça, e o capital social *bridging*, fazendo pontes entre grupos e redes sociais com características diferentes, cruzando classes, raças e outras fronteiras da identidade social. É crucial a distinção entre estes dois tipos de capital social, na medida em que ajuda a esclarecer alguns resultados conflituais da investigação neste domínio.

Numa determinada comunidade, portanto, o capital social inclui um conjunto de redes sociais

e de associações, interagindo umas com as outras, para além das relações de confiança entre os seus membros, a comunidade e as suas instituições. Podemos dizer, talvez, que o conceito de capital social integra elementos subjectivos e objectivos ou, por outras palavras, componentes cognitivos e estruturais. O aspecto subjectivo ou cognitivo corresponde a um sentimento positivo, ao bem-estar que se associa ao reconhecimento da pertença, da integração numa comunidade que disponibiliza apoio na resolução de problemas. O aspecto objectivo ou estrutural, por seu lado, consiste na provisão de assistência eficiente quando esta é necessária, sob a forma de aconselhamento, ou apoio financeiro, ou activação dos serviços sociais na comunidade.

O capital social tem também um “lado negro”, com vários aspectos negativos. Podem existir, por exemplo, pressões excessivas sobre alguns membros de um grupo coeso, para que prestem apoio a outros membros do mesmo grupo. Ou então, podem ser instituídos padrões grupais que restringem a liberdade individual, com manifestações de intolerância face à diversidade. Outro aspecto negativo, ainda, ocorre quando os senti-

mentos de solidariedade do grupo promovem a exclusão, ou mesmo opressão, dos que não fazem parte do grupo. Finalmente, podem existir normas que limitam as possibilidades de ascensão social a alguns dos seus membros. O capital social não é necessariamente, portanto, uma coisa boa. Uma comunidade desfavorecida pode enaltecer os méritos da coesão entre os seus membros ou a respectiva identidade cultural, ao mesmo tempo que afasta ou recusa as possibilidades de ajuda exterior. Na China e na América Latina, por exemplo, há famílias coesas que dificilmente confiam em estranhos. Uma associação criminosa, igualmente, pode viver das robustas relações de proximidade e absoluta confiança entre os seus membros. A propósito, Francis Fukuyama reproduz uma pequena história, da autoria do sociólogo Diego Gambetta. Um patrão mafioso, reformado, contou que, quando era jovem, foi obrigado pelo pai a subir uma parede e depois saltar. O pai prometera agarrá-lo, para que não se magoasse. A princípio resistiu. Mas acabou mesmo por saltar, perante a insistência do pai. Resultado: estatelou-se no chão, cara ensanguentada. A lição que o pai quis

ensinar-lhe ficou resumida nestas palavras: “tens de aprender a desconfiar mesmo dos teus pais”.

A *coesão social*, por sua vez, corresponde a um antigo e respeitável conceito sociológico, com assinalável reputação ao nível da União Europeia, talvez pelo interesse crescente na problemática da exclusão social. Ao contrário do capital social, a definição de coesão social é talvez mais inespecífica, abrangendo diversas dimensões e categorias. De algum modo, relaciona-se com normas de solidariedade e generosidade entre os membros da comunidade, ao incorporar dois objectivos parcialmente independentes: primeiro, redução das disparidades, das desigualdades e da exclusão social; segundo, fortalecimento das relações e interações sociais. Mas a definição de coesão social encerra, frequentemente, uma orientação ideológica particular, de tipo nacionalista, xenófobo ou igualitário. Neste último caso, é referido que os países com elevados índices de coesão social igualitária têm taxas de mortalidade mais baixas, em comparação com países evidenciando recursos económicos similares e índices mais baixos de coesão social.

EPÍLOGO

O bem-estar e a felicidade oscilam entre as perspectivas individual e contextual. A primeira confere prioridade às escolhas individuais. A solução reside na pessoa, nos seus modos de pensamento, acções voluntárias e estilos de vida. A segunda não nega a importância destes aspectos individuais. Mas defende que esta é apenas uma parte da história. O bem-estar e a felicidade dependem também do contexto físico e social: viver no sítio certo, com as pessoas certas. Ambas as perspectivas contribuem para a construção actual de narrativas com influência crescente sobre o quotidiano das pessoas e das sociedades.

A comunicação social multiplica referências ao tema da felicidade. As livrarias acumulam obras relacionadas com o assunto, muitas a favor do bem-estar, algumas em defesa da melancolia.

Existem cursos académicos e palestras sobre felicidade. Geralmente, é privilegiada uma perspectiva individual. Nalgumas sociedades desenvolvidas, as escolas têm dado especial atenção à felicidade das crianças. Segundo Frank Furedi, a aquisição de conhecimentos é subordinada, eventualmente, ao objectivo prioritário de garantir o bem-estar dos alunos. A noção de que as crianças não são capazes de aprender se não forem felizes é uma marca de uma certa filosofia educativa: primeiro, a psicologia; depois, a educação. Ora, esta educação emocional nas escolas coincide com normas culturais vigentes, segundo as quais devemos interpretar os problemas do quotidiano através da psicologia. A verdade é que a felicidade não pode ser ensinada. Ninguém nos pode ensinar a ser felizes. Talvez o promotor mais importante desta inclinação moderna para os temas do bem-estar e da felicidade seja uma atmosfera de desorientação moral que afecta as sociedades ocidentais, bem como a sua dificuldade em atribuir significados ao que acontece, mediante uma linguagem que diga às pessoas, de forma não ambígua, o que é bom e o que é mau, o que está certo e o que está errado.

Uma vez que o desenvolvimento da criança é muito influenciado pelas suas circunstâncias familiares, pelas suas relações com outras pessoas, pelo papel e influência dos sistemas de valores, as escolas acabam por desempenhar um papel modesto em relação à forma como os alunos se sentem em relação a si próprios. Mas as escolas podem ajudar as crianças a sentir-se bem em relação à vida. A educação consiste na capacidade de estimular a sua imaginação, de lhes mostrar a importância do conhecimento e das ideias. A escola e a educação existem para garantir a actividade e criatividade das crianças. É através do estudo da história, da literatura e das ciências que as crianças apreendem a extraordinária complexidade emocional da experiência humana e aprendem, no percurso, a educação das suas emoções.

Todos queremos ser felizes. Mas a felicidade não é algo que possamos encontrar ou adquirir directamente. Felicidade não é destino. A felicidade parece “obrigar” as pessoas a uma corrida incessante em direcção a um horizonte que se dissolve, invariavelmente, à medida que fica mais próximo. Cada solução encontrada traz novos

dilemas. A verdade é que temos de conseguir as devidas condições e esperar. Saber esperar. Algumas destas condições estão dentro de nós, tais como a coerência entre partes e níveis da nossa personalidade. Outras condições requerem relações com coisas além de nós, com algo maior. Tais como as plantas precisam de sol, água e solo fértil para crescer, as pessoas precisam de amor, de trabalho e, talvez, de uma relação com o transcendente. Por outro lado, a nossa capacidade para simularmos o futuro está longe de ser perfeita. Segundo Daniel Gilbert, casamos com pessoas parecidas com aquelas de quem nos divorciámos, vamos a reuniões familiares anuais e repetimos o voto de nunca mais voltar, programamos cuidadosamente as nossas despesas e ficamos mais uma vez lisos no fim do mês. Deveríamos ser capazes de fazer previsões inteligentes, mais sensatas. Reconhecer que os vencedores da lotaria não deixam de ter amigos “chatos”. Desgraçadamente, privilegiamos o detalhe e perdemos o *big picture*. Em vez de saborearmos o que nos acontece, no momento presente, temos o hábito nocivo de assumir a responsabilidade pelo bem-estar dos nossos eus

futuros. Ora, a felicidade tem sempre de ser reinventada. Temos de decidir o rumo à medida que avançamos, rectificando a trajectória passo a passo. A melhor maneira de “encontrar” a felicidade ou a satisfação duradoura é centrarmo-nos noutra coisa qualquer e procurar fazê-la bem, o melhor possível, considerando que a felicidade é um subproduto. É mais provável “alcançarmos” a felicidade se o ponto até ao qual nos determinarmos a alcançá-la for cautelosamente restringido. Não há, portanto, uma fórmula simples para encontrarmos a chave da felicidade.

Não havendo receitas milagrosas, é verdade que existem ingredientes indispensáveis a uma boa confecção. O dinheiro é importante, mas menos do que pensamos e não da maneira como pensamos. A família é importante. A inveja é tóxica. A ruminação também. As praias são opcionais. Os caramelos idem. A confiança não. E a gratidão também não. Sabemos que a maioria das pessoas prefere estar acompanhada e que a amizade é um factor de bem-estar subjectivo. Existe um contágio emocional nas relações humanas. O modo como nos sentimos depende do modo como se sentem aqueles com

quem nos relacionamos. E vice-versa. As pessoas vivem em redes sociais. A saúde e o bem-estar de uma pessoa afecta a saúde e o bem-estar de outras pessoas. O desemprego, por razões ligadas a um isolamento social forçado, é um potencial factor de mal-estar, na medida em que as pessoas deixam de se sentir úteis, respeitadas. As potencialidades de cada cidadão não devem ser defraudadas no mar dos constrangimentos sociais ou institucionais. Na ausência de impulso individual, como nos disse William James, a comunidade estagna. Mas sem o apoio e a simpatia da comunidade, por sua vez, o impulso individual morre. Todos devem ver garantida a satisfação das necessidades básicas. A desigualdade social e a ausência de poder, a pobreza e a exclusão, constituem claros impedimentos que devem ser combatidos. Precisamos de confiar uns nos outros, de estabilidade na família e no local de trabalho. Queremos também que confiem em nós, que nos respeitem, que nos reconheçam autonomia e capacidade de decisão. Queremos o poder, a liberdade e a responsabilidade. Devemos cuidar melhor das nossas crianças e dos nossos idosos. Todas as crianças têm direito

à saúde e ao bem-estar, a uma vida sem abusos nem violência. Crianças saudáveis, sociedades saudáveis. Os nossos pais e avós não querem ser discriminados. Querem ver respeitado o seu direito à dignidade e convivialidade. Devemos participar na vida da comunidade, no trabalho voluntário e nas actividades de lazer. Por tudo isto, talvez precisemos, todos nós, de promover a educação cívica, moral, a prática sistemática da empatia e o desejo de servir os outros, na procura de um bem comum, da felicidade para todos.

Talvez faça mesmo sentido reclamar uma mudança cultural, no sentido em que a cultura é realmente importante, a mudança de uma cultura estática para uma cultura progressiva, através de uma radical transformação de valores, atitudes e crenças. Sabendo que não devemos alimentar estereótipos culturais e que a realidade da variação cultural não existe entre o preto e o branco, podemos basear-nos nalgumas diferenças encontradas entre os padrões culturais mencionados. Primeiro, a nossa orientação temporal deveria privilegiar o futuro comum e não tanto o presente ou o passado, como acontece nas culturas estáticas. O trabalho

deveria ser celebrado como factor de realização pessoal, não como um fardo de todos os dias. A educação e o reconhecimento do mérito deveriam ser encarados como factores decisivos. A confiança das pessoas deveria estender-se à comunidade, à vida colectiva, aniquilando os efeitos corrosivos da suspeita infundada. Os códigos morais, os comportamentos éticos, deveriam ser mais rigorosos. A justiça social deveria corresponder a uma expectativa impessoal e universal, afastando-se de conotações negativas que a aproximam dos poderosos, daqueles que a podem pagar. Finalmente, o exercício da autoridade deveria ter um carácter mais dispersivo e horizontal, em oposição à concentração e verticalidade das culturas estáticas.

Por detrás da imensa variedade de significados culturais, das experiências sociais e da subjectividade de cada um de nós, existe um traço comum à nossa humanidade que nos confronta, igualmente, com experiências de perda e ameaça. Os perigos e as incertezas constituem uma dimensão iniludível das nossas vidas. Deveríamos ser mais capazes de reconhecer e aceitar o sofrimento. Aceitar os momentos de fracasso e de tristeza. E aprender

com a experiência. Como seres humanos, temos o potencial de competir uns com os outros pelo estatuto, não apenas por causa dos alimentos, mas também pela roupa, empregos, parceiros sexuais, habitação, etc. Contudo, do mesmo modo que temos o potencial para sermos o pior dos rivais, também temos capacidade para sermos a melhor fonte de cooperação, de cuidados, de compaixão ou amor, em relação ao próximo. A natureza das nossas relações sociais faz das outras pessoas a pior das ameaças ou a melhor das fontes de auxílio e cumplicidade.

Segundo um antigo mito grego, Sísifo contou os segredos dos deuses aos mortais. Por este motivo, os deuses condenaram-no a empurrar um pedregulho até ao cimo de um monte; mas quando se aproximava do cume, o esforço tornava-se insustentável e a pedra rebojava de novo até ao sopé. Sísifo tinha então de reiniciar a tarefa. Mas depois voltava a suceder o mesmo e Sísifo via-se assim obrigado a empurrar a pedra o tempo todo. O mito de Sísifo ilustra uma metáfora sombria sobre a falta de sentido na existência humana.

Se queremos que as nossas vidas tenham algum sentido, não o podemos criar apenas a partir das nossas experiências subjectivas, centradas no eu. Não pode haver sentido para uma vida a menos que haja algo que valha a pena fazer. Afinal, devemos aceitar que “a vida é isto” – que a vida é o dia-a-dia, o banal, a conjugação repetida e renovada de pequenos pormenores sem importância aparente. Temos uma vida feliz quando retiramos prazer e significado da companhia dos nossos entes queridos, ou de uma nova aprendizagem, ou do empenho que dedicamos a um novo projecto. Quanto mais ocuparmos os nossos dias com estas experiências, mais felizes seremos. *E é só isto.* Aquilo que é realmente importante, nas nossas vidas, na nossa humanidade, são as qualidades pessoais de respeito e compaixão, na relação com o outro, com todos os outros. É viver eticamente, é olhar para o mundo à luz de uma perspectiva mais ampla e agir segundo essa perspectiva. O compromisso ético, o esforço para melhorar o mundo e a paixão pelo bem comum, constituem, neste percurso, as marcas morais da decência e da nobreza. Um percurso caracterizado pela tensão

necessária ao progresso, uma tensão que promove o equilíbrio, o equilíbrio que nos permite escolher os caminhos da vida em direção a uma miragem de bem-estar e felicidade, em direção à justiça, à equidade, à partilha com os outros, à fruição da vida, à harmonia, ao indizível do bem-estar subjectivo e da saúde mental positiva. O caminho faz-se caminhando. E o caminho começa no seu início, com a vida humana.

BIBLIOGRAFIA

- Gilbert, D. (2006). *Stumbling on Happiness*. Harper Press. London.
- Goldberg, D. & Goodyer, I. (2005). *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. Routledge. New York.
- Haidt, J. (2006). *The Happiness Hypothesis*. William Heinemann. London.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a New Science*. Penguin Books. London.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The How to Happiness*. The Penguin Press. New York.
- Marmot, M. (2004). *Status Syndrome*. Bloomsbury. London.
- McHugh, P. & Slavney, P. (19883). *The Perspectives of Psychiatry*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Quarteto. Coimbra.
- Quartilho, M. (2010). Qualidade de Vida, Felicidade, Saúde, Bem-estar, Satisfação. Pessoas, Sociedades, Culturas. O que Importa? In Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

(Página deixada propositadamente em branco)

Estado da Arte

10

Imprensa da Universidade de Coimbra

Coimbra University Press

2010

• U C •

