

UM OLHAR PSICODINÂMICO DA PSICOLOGIA E OUTROS OLHARES

A PSYCHODYNAMIC APPROACH
OF PSYCHOLOGY AND OTHER
APPROACHES

Série Monográfica | **Monographic Series**
Educação e Investigação | **Health Sciences Education**
em Saúde | **and Research**

16

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**
ENFERMAGEM

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

EDITOR / PUBLISHER

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA / RESPONSABILITY FOR THE MONOGRAPHIC SERIES

Manuel Alves Rodrigues, Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:

Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria da Conceição Bento, Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MONOGRAFIA – Nº 16

ISBNp: 978-989-99426-4-6

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA / SCIENTIFIC COORDINATION OF THE MONOGRAPH

Investigador Principal do Projeto estruturante Desenvolvimento Psicológico, dinâmicas e relações, José Manuel de Matos Pinto

COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 6ª edição) / HOW TO CITE THE MONOGRAPH (APA - 6th edition)

Pinto, J. M. (Coord.). (2016). *Um olhar psicodinâmico da psicologia e outros olhares. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 6ª edição) / HOW TO CITE A CHAPTER (APA - 6th edition)

Pinto, J. M. (2016). A expansão da mente: estrutura, (dis)funcionamento e função psicanalítica. In J. M. Pinto (Coord.), *Um olhar psicodinâmico da psicologia e outros olhares. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 7-16). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

UM OLHAR PSICODINÂMICO DA PSICOLOGIA E OUTROS OLHARES

A PSYCHODYNAMIC APPROACH
OF PSYCHOLOGY AND OTHER
APPROACHES

Coord.

José Manuel de Matos Pinto

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

16

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra

FICHA TÉCNICA / COPYRIGHT PAGE

TÍTULO / TITLE

Um olhar psicodinâmico da psicologia e outros olhares
A psychodynamic approach of psychology and other approaches

EDITOR / PUBLISHER

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA / RESPONSABILITY FOR THE MONOGRAPHIC SERIES

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA / SCIENTIFIC COORDINATION OF THE MONOGRAPH

José Manuel de Matos Pinto, Ph.D., *Professor Coordenador na ESEnFC*

AUTORES / AUTHORS

José Manuel de Matos Pinto
Sagrario Gómez Cantarino
Paulo Joaquim Pina Queirós
Gonzalo Melgar Del Corral
Juan Luis Gonzalez Pascual
João Durães Pinto
Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro
Beatriz de Oliveira Xavier

SÉRIE MONOGRÁFICA / MONOGRAPHIC SERIES

ISSN 1647-9440

MONOGRAFIA / MONOGRAPH

Número 16
ISBNp: 978-989-99426-4-6
DEPÓSITO LEGAL:

COPYRIGHT

© 2016 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

REVISÃO FINAL / COPY EDITING

Cristina Louçano, *Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês*
Daniela Cardoso, *RN - Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*
Elzbieta Campos, *PhD, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*
Maria Lucília Cardoso, *MSc, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*
Susana Branca, *Lic. em Ciências da Informação*

MAQUETIZAÇÃO E PAGINAÇÃO / LAYOUT & DTP

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

APOIO DOCUMENTAL / REFERENCES REVISION

Serviço de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APOIO TÉCNICO / TECHNICAL SUPPORT

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

GRÁFICA / PRINTED BY

Sersilito – Empresa Gráfica, Lda – Maia

TIRAGEM / COPIES

400 exemplares

ANO DE PUBLICAÇÃO / YEAR OF PUBLICATION

2016

ÍNDICE

NOTA CURRICULAR.....	1
PREFÁCIO.....	3
<i>Carlos Amaral Dias</i>	
CAPÍTULO I	
<i>A expansão da mente: estrutura, (dis)funcionamento e função psicanalítica.....</i>	7
<i>José Manuel de Matos Pinto</i>	
CAPÍTULO II	
<i>Enlace criativo e mundo em transformação.....</i>	17
<i>José Manuel de Matos Pinto</i>	
CAPÍTULO III	
<i>O retorno à casa-mãe e a mudança pré-catastrófica.....</i>	25
<i>José Manuel de Matos Pinto</i>	
CAPÍTULO IV	
<i>A importância da idade nas vivências do adolescente no grupo e na família.....</i>	39
<i>José Manuel de Matos Pinto</i>	
CAPÍTULO V	
<i>A separação do(s) grupo(s) e a entrada no ensino superior: a separação e a perda do grupo de adolescentes em estudantes de enfermagem.....</i>	49
<i>José Manuel de Matos Pinto</i>	
CAPÍTULO VI	
<i>Doença cardíaca e saúde mental: intimidade falhada e doença cardíaca.....</i>	65
<i>José Manuel de Matos Pinto</i>	

CAPÍTULO VII

Sexuality and pregnancy: the sexual role assigned to women during pregnancy and the postpartum period.....77

*Sagrario Gómez Cantarino
José Manuel de Matos Pinto
Paulo Joaquim Pina Queirós
Gonzalo Melgar de Corral
Juan Luis González Pascual
João Nuno Durães Pinto*

CAPÍTULO VIII

A temporalidade no cuidado: a importância do tempo na relação terapêutica.....95

*Ana Paula Monteiro
José Manuel de Matos Pinto*

CAPÍTULO IX

Viver com hipertensão arterial: uma análise sociológica das experiências de doença...107

Beatriz Xavier

NOTA CURRICULAR

José Manuel de Matos Pinto, PhD, Ms em Psicologia Clínica, Professor Coordenador na ESEnfC, Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta. Membro Fundador da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica (AP) e da Sociedade Portuguesa de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos (SPPPG) (jpinto@esenfc.pt)

Sagrario Gómez Cantarino, Ph.D, University of Castilla-La Mancha. Nursing, Physiotherapy and Occupational therapy Department. Nursing and Physiotherapy School. Campus Toledo. Researcher at the Health Sciences Research Unit: Nursing, Superior Nursing School of Coimbra. Portugal (Sagrario.Gomez@uclm.es)

Paulo Joaquim Pina Queirós, Ph.D, Professor Coordinator at the Nursing School of Coimbra. Researcher at the Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing, School of Coimbra (pauloqueiros@esenfc.pt)

Gonzalo Melgar Del Corral, Ph.D, Coordinator. University of Castilla-La Mancha. Nursing, Physiotherapy and Occupational therapy Department. Nursing and Physiotherapy School. Campus Toledo (Gonzalo.melgar@uclm.es)

Juan Luis Gonzalez Pascual, Ph.D, Adjunto.Departamento Professor at the Nursing School of Biomedical Sciences and the European Health University of Madrid (juanluis.gonzalez2@universidadeuropea.es)

João Nuno Durães Pinto, Ms em Psicologia Clínica, Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade de Lisboa, Psicólogo Clínico (jpinto101@gmail.com)

Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro, Ph. D, Professora adjunta ESEnfC (anapaula@esenfc.pt)

Beatriz de Oliveira Xavier, PhD, Socióloga, Professora adjunta ESEnfC (bxavier@esenfc.pt)

PREFÁCIO

Quando o Professor José Manuel Pinto me pediu um prefácio para o livro que apresenta agora, o meu primeiro pensamento foi ligado à recordação de uma passagem do seu doutoramento, defendido na Sala dos Capelos da Universidade de Coimbra. Alguém do júri afirmou a sua estupefação por o José Manuel Pinto se encontrar ali defendendo um trabalho que acabou por ser aprovado com toda a distinção. Eu, não tive, estupefação nenhuma, quer durante a defesa da tese, quer na maneira como o júri a apreciou. Seria por isso um prefaciador suspeito. Mas não é o caso.

O livro que tenho o prazer de prefaciar junta vários textos da sua autoria, alguns deles em conjunto com outros autores. Como todo o livro que resulta de uma coletânea, apresenta textos de valor alto e outros que embora de valor, não se destacam da mesma maneira. Mas é assim mesmo. O que se passa resulta, no entanto, bem no seu conjunto.

Talvez devido aos meus interesses na área da psicanálise teórica, não posso deixar de sublinhar o primeiro texto, sobre a expansão da mente. Neste, o Professor José Manuel Pinto dá-nos uma visão do que ele próprio chama aventura humana, desde o seu nascimento ao futuro *curriculum vitae* afetivo e cognitivo.

Alguns conceitos são chaves, por exemplo, o conceito de conhecimento autobiográfico, que implica, como é óbvio, a construção do Eu, ele próprio autobiográfico, que se possa dar conta desde as impressões sensoriais aos sentimentos primordiais. Considero este texto, um texto que devia ser ensinado fora da universidade e para quem se interesse por Bion e a Psicanálise.

O texto chamado “Enlace criativo e mundo em transformação” permite-nos interrogar a qualidade do vínculo e a criação da confiança básica. Aborda também o problema do desencontro entre os pais e as crianças com os perigos advenientes para a criança. Dá-nos ainda uma visão clínica aonde a função continente e transformadora da psicanálise pode ajudar à criação de uma identidade mais conseguida.

O texto “O retorno à casa mãe e a mudança pré-catastrófica” constitui uma peça científica escrita à boa maneira americana, já que o material clínico funciona como não só uma ilustração, mas como base para levar mais além a teoria exposta.

Se na revisão conceptual são os conceitos de vínculo e das suas qualidades bem como o conceito de mudança pré-catastrófica que sobressaiem, no entanto, é o caso clínico que

se abre à expansão, de forma a esclarecer os aspetos mais idiossincráticos do paciente. Recomenda-se ao leitor a reflexão sobre o lugar dos pais na construção da mente e ainda a maneira como a somatização acontece enquanto sintoma.

Quanto aos textos sobre a adolescência, eles só surpreendem os que desconheciam a capacidade argumentativa do autor, bem como o interesse nessa fase de desenvolvimento. Tal interesse acompanha a sua trajetória, quer enquanto clínico, quer enquanto universitário.

Os textos a seguir revelam uma polissemia de interesses assentes num conhecimento do que fala.

Confesso que José Manuel Pinto trouxe para o meu olhar psicanalítico, outros óculos que me ajudaram a olhar para a teoria com outra capacidade. Por aí, estou-lhe agradecido e recomendo a todos os leitores que se percam durante o livro para se poderem a seguir encontrar.

Carlos Amaral Dias

Professor Catedrático e Psicanalista Didata

Olhar Psicanalítico em contexto clínico e social...

A Psicanálise e o seu olhar de minúcia dos aspetos inconscientes, sexuais e vinculares têm tido um papel controverso e duradouro no contexto da compreensão e intervenção em contexto social e clínico. Nos três capítulos que se seguem, fazemos uma incursão aos processos de transformação da mente que são, na base, o sentido supremo da leitura e da intervenção psicanalítica que procura ajudar o outro a sentir-se melhor consigo e com o mundo que o circunda. Visitámos a neurociência, os contextos sociais e o contexto clínico e notámos como o trabalho transformacional do Eu e das suas idiossincrasias perturbadoras podem, com a ajuda da psicanálise, retornar a caminhos de construção e de encontro com o mais íntimo de cada ser...

CAPÍTULO I

A EXPANSÃO DA MENTE: ESTRUTURA, (DIS) FUNCIONAMENTO E FUNÇÃO PSICANALÍTICA

JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO

INTRODUÇÃO

Neste trabalho propomo-nos estabelecer uma ponte entre a descrição da construção biológica da estrutura e do funcionamento da mente e as leituras psicanalíticas acerca da sua evolução e expansão. Ao longo do trabalho apontamos a relação entre alguns conceitos utilizados por uns e por outros. De seguida, tendo por base duas situações clínicas resumidas, tentamos mostrar como a relação diádica tem um papel fundamental na expansão da mente ou nas dificuldades expansivas da mesma ou, até, nos movimentos regressivos dos vividos psicopatológicos.

Concluimos salientando a importância da área de encontro e da transformação que esta pode operar no sujeito, a partir dos resumos clínicos apresentados. A expansão da mente apela à transformação dos elementos β^1 através da função α^2 transformadora e abre o caminho ao Eu autobiográfico e conceptual onde o sujeito pode ser quem é, numa demanda crescente de sentido próprio e relacional.

A Construção da Mente

A aventura humana inicia-se na vida uterina, tendo por base a autonomia e a transformação. Ao nascer, o bebé humano apresenta uma sobrematuração do seu sistema nervoso que se contrapõe a uma *prematuração* do ser humano (Pommier, 2007). Este aparato

1 Conceito de Bion (1966a, 1966b) que remete para os conteúdos emocionais em bruto, ainda impossibilitados de aceder a uma área de transformação da mente, como, por exemplo, o sonho, o devaneio, a fantasia.

2 Função transformadora das emoções - habitualmente associada à capacidade de *rêverie* materna - em conteúdos capazes de poderem ser metabolizados e integrados, como conteúdos mentais participantes na construção do Eu autobiográfico.

parece ter como função potenciar a relação e, por outro lado, expandir a mente num crescendo de ligações neurais e de interações que se vão co-construindo entre si.

Damásio (2010) fala da construção da mente e do Eu a partir do sistema nervoso e situa o tronco cerebral como o lugar dos sentimentos primordiais, imagens que são também manifestações instantâneas da consciência. Delas decorre a construção em vários passos do Eu:

(...) o primeiro passo é a criação de **sentimentos primordiais**, os sentimentos elementares da existência que surgem espontaneamente a partir do proto-eu. Segue-se o eu nuclear. Este tem a ver com a ação, especificamente com as **relações entre o organismo e o objeto**. O eu nuclear desenvolve-se numa sequência de imagens que descrevem um objeto a interagir como proto-eu e a modificá-lo incluindo os sentimentos primordiais. Por fim temos o eu autobiográfico. O eu é aí definido em termos de **conhecimento biográfico** ligado ao passado bem como ao futuro antecipado. (Damásio, 2010, 41-42)³

Os sentimentos primordiais do proto-eu parecem equivaler-se às percepções da experiência emocional que se apresentam como elementos β (Bion, 1966a) e que antecedem, esperam e necessitam relações entre o organismo (leia-se o sujeito) e os objetos, criadoras dum Eu nuclear. Este constitui-se num contexto relacional protetor, transformador e expansivo. Freud (1980b) considerou-o um *ego* corporal que "(...) não é uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície" (p. 40), e adianta em pé de página a ele atribuída que "o ego, em última análise, deriva das sensações corporais, principalmente, das que se originam na superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo além de (...) representar as superfícies do aparelho mental" (*ibidem*). O Eu nuclear parece necessitar da disponibilidade do bebé para a experiência e, nesse sentido, Bion (1966a, 1966b) considera a tolerância à frustração⁴ como um elemento fundamental para aceder ao princípio da realidade através da substituição da ação direta, feita por descarga dos acúmulos energéticos (Freud, 1980a), por outra mais elaborada. Esta permite diferir no tempo a descarga das tensões e revela uma competência crescente da atenção que amplifica o campo observacional, tornando-o mais discriminado.

A construção do Eu autobiográfico tem por base a atenção crescente do bebé, definida

3 O negrito é nosso.

4 Importa questionar se a intolerância à frustração é uma dificuldade constitucional, se um acúmulo excessivo de vivências frustrantes que não permitem mais acréscimo de frustração ao sujeito.

por Bion (1966a) como “a função que pesquisa o mundo exterior ao surgir uma necessidade interior premente” (p. 21), e a notação da realidade (interna e externa) através da qual se armazena e constrói uma área representacional que permite a indagação e aguça a curiosidade que levam a criança a questionar os sentidos da realidade (Bion, 1966a, 1966b). Assim a criança pode chegar à decisão (Dias, 1997) que a torna mais atuante e inserida no seu meio. Este processo múltiplo tem origem numa vivência sensorial e, lentamente, permite construir concepções e conceitos significativos, de que resultam novos saberes e novas dúvidas acerca de si e do outro. Esta abertura só é possível através do encontro diádico em que as expectativas do bebé, decorrentes da confirmação da área passível de mudança das pré- concepções pela satisfação materna das necessidades em questão (Bion, 1966a, 1966b; Dias, 1997), se transformam em concepções confirmadoras e significantes de si e do outro.

A relação diádica e o seu matiz comunicacional vão, então, tecendo um compromisso com a realidade, aspeto que se torna possível pela mutualidade recíproca (Bettelheim, 1987; Houzel, 1998; Lebovici, 1987, 1991) ou pela sincronia de interação (Bower, 1990, 1993) constitutivas duma área de encontro mãe-bebé (Bettelheim, 1987). Este entendimento aumenta a capacidade do bebé para esperar, com confiança, pela transformação das pré concepções angustiantes – ansiedade ϵ (Bion, 1966b) – noutras mais toleráveis e capazes de se constituírem como conteúdos pensáveis através do sonho e dos elementos míticos/narrativos que são “todos aqueles elementos de que o indivíduo se serve para construir as suas próprias estruturas narrativas, as suas narrativas pessoais e as suas interpretações pessoais sobre os acontecimentos que se passam na sua própria vida” (Dias, 1997, p. 13).

Estas relações são mediadas pela função α que “torna as impressões sensoriais da experiência emocional utilizáveis pelo pensamento consciente e pelo pensamento onírico” (Bion, 1966a, p. 23). O Eu autobiográfico decorre, portanto, da construção paulatina dum conhecimento armazenado, ou noutro dizer, constitui-se como a intra- e a inter-história (Pinto, 2002) do sujeito.

Por outro lado, sabemos que o sistema límbico⁵ influencia as emoções, as respostas viscerais às emoções, a motivação, o humor, as sensações de dor e de prazer, e está associado aos instintos básicos de sobrevivência, tendo como principal fonte sensorial os nervos olfativos (Seeley, Stephens, & Tate, 2005). A sobrematuração cerebral ancora num enlace que se pressente necessário e suficiente à edificação dum ser humano, construído numa rede de significações crescentes de si e do mundo envolvente. Talvez

5 O sistema límbico designa o conjunto dos centros cerebrais ligados às emoções tais como o hipotálamo, o hipocampo (núcleo dentado e fimbria), o bulbo olfativo, o núcleo talâmico anterior e o núcleo amigdalino, entre outros (Seeley et al., 2005; Goleman, Boyatzis, & McKee, 2007).

por isso, o córtex associativo represente perto de 90% do córtex humano (Pommier, 2007) e esteja aberto a uma expansão da sua rede neural desde o embrião e ao longo de toda a vida (Prochiantz, 2002). A arquitetura do cérebro é, pois, uma entidade em expansão⁶ que se co-constrói na relação entre o Eu e o outro significativo. O reconhecimento intersubjetivo⁷ tem por base “uma gramática do ‘eu’ e do ‘tu’ [que] precede e comanda o valor da troca e o papel denotativo das palavras (...). Do ‘eu’ ao ‘tu’, uma gramática de amor dá sentido a um certo som e, nesta condição, o vocabulário desenvolve-se” (Pommier, 2007, p. 48). A expansão simbólica da mente estrutura-se no amor e no encontro, numa relação diádica assimétrica onde o bebé/criança percebe que os seus ritmos são respeitados, os seus desejos e medos são mediados pela presença e pela palavra reconfortante e/ou transformadora da figura cuidadora.

Este encontro tem reflexo na expansão da mente, pois, no dizer de Damásio (2010), esta emerge do funcionamento cerebral como se de uma orquestra se tratasse. A própria melodia dá origem ao maestro da banda que, sobrepondo uma metáfora à metáfora do autor, podemos considerar a autonomia adequada ao processo desenvolvimental que se expressa já na autonomia embrionária (Rosa, 2010; Sá, 2010). A autonomia crescente é, em nosso entender, a aceitação da diferença e da especificidade do outro e, ao mesmo tempo, o reconhecimento dos limites que o processo desenvolvimental coloca e as respostas adequadas à preservação da sua integridade pessoal.

Os desencontros

Os desencontros são danosos para a expansão da mente, pois, como sublinhou Lisa Ouss-Ryngaert (2004), certos traumas psíquicos são objetiváveis nos efeitos biológicos que produzem. Parece que as situações que perturbam o sentimento da continuidade do existir (Winnicott, 1993) e que, desse modo, impedem a fluidez irrepetível do pensamento criativo, provocam um viés que apela, de novo, a uma relação transformadora onde o sujeito possa confirmar-se e, de seguida, construir um novo sentido intersubjectivo, abandonando comportamentos repetitivos expressos nos *acting (in e outs)*, na depressividade e/ou no adoecer psicossomático, por falta duma almofada psicoafectiva

6 Toni et al. (1999, citado em Pommier, 2007) verificaram experimentalmente que certos ratos híper-estimulados apresentam uma rede muito mais rica e enredada do que as dum rato pouco estimulado. Uma enzima CAM-Kinase é ativada ao nível das sinapses aquando das potencializações de longo termo. Ela estabelece a duplicação de sinapses de certos neurónios, um acréscimo do seu número e uma complexificação das suas redes. Estas experiências mostram um acréscimo neural.

7 “(...) as descobertas relativas à plasticidade neuronal e cerebral ‘abrem’ a questão da participação das relações intersubjetivas na construção do cérebro e na sua incessante reestruturação” (Roussillon, 2009, p. 131).

(Matos, 2003). Desvela-se, nestas situações, uma impossibilidade de lidar com a tristeza elaborativa e, também, um retorno ao uso de modalidades funcionais mais primitivas, onde o princípio do prazer/desprazer impera e destina, sem escapatória, o indivíduo para a descarga dos acúmulos de tensão (Freud, 1980a) e/ou a expressão corporal do sofrimento. Neste sentido, Gomes (2011) relaciona o mal-estar psicossomático e a patologia *borderline* que diz terem na génese a ausência do sujeito sonhado pelo objeto cuidador o que, por sua vez, impossibilita a emergência do sujeito sonhante.

Para exemplificar apresento uma síntese da situação clínica dum paciente de 30 anos que procurou ajuda após ter passado os últimos 8 anos na casa dos pais, sem vontade para fazer nada, alternando esse isolamento com tentativas para comprar amigos, com os quais desbaratava quantias elevadas retiradas ao seu pai. Dizia ele "eu queria que eles m'amassem". A isso acrescentava consumos de haxixe, bem como dores de estômago e/ou das articulações. Apresentava-se pouco cuidado, para não dizer muito descuidado. Viera porque uma namorada (fugaz e sem história) o abandonara. Isso arrasou-o. Ele achava-se sem qualidades nem caminho. A dependência e a angústia de separação em relação aos pais eram evidentes, embora houvesse nele um secreto desejo de autonomia que nunca se podia tornar público a não ser pela pseudo-autonomização na estúrdia. Trabalha com eles e a sua assiduidade é moeda de troca numa guerra que, a pouco e pouco, ele começa a clarificar. O pai "salvara" o cunhado da tropa e não fizera o mesmo com ele que tudo tinha deixado, com 16 anos, para ajudar o pai no estabelecimento. Esta falha era para ele imperdoável. Daí aos consumos (de álcool e haxixe) e aos gastos excessivos foi um pequeno passo. "Marimbava-se para tudo" dizia ele. Muitas vezes trocava a noite pelos dias, alternando euforia e disforia numa repetitividade sem fim. A família criticava-o e, ao mesmo tempo, corria de um especialista para outro.

Consoante foi capaz de perceber e aceitar o seu ressentimento e a sua raiva, muitas vezes revertidos contra si próprio, numa evidente difusão dos limites do Eu e do outro foi sendo capaz de se tornar mais assíduo ao trabalho e mais próximo com o pai.

Os aspetos relacionais com a família e os amigos iam sendo trabalhados ao ritmo do seu vai e vem às sessões, onde as faltas às mesmas se sucediam a descobertas mais difíceis, num sinal claro de dificuldade de integração e tendência para a clivagem relativa aos aspetos sentidos como intoleráveis por ele.

A certa altura conta que na sua infância fora sujeito a um vivido homossexual abusivo que o deixou com medo que os outros descobrissem e que as raparigas ao saberem o pudessem rejeitar. A elaboração deste aspeto e do sofrimento nele contido foi-lhe permitindo ser mais capaz de se aproximar e envolver com raparigas. "Eu tinha tanto medo que elas descobrissem que nem me atrevia", dizia ele após ter-se envolvido com uma jovem com quem se sentiu capaz de ser íntimo.

A idealização do sujeito sem mácula e do seu contraponto desvalido foi dando lugar a uma leitura mais realista de si mesmo. Foi-se tornando mais alegre, o discurso mais fluido e ligeiro. Pôde mesmo ir brincando com as suas fragilidades.

O processo de desenvolvimento deste paciente, bem como as suas dificuldades, parecem ter como suporte uma mãe considerada por ele como incapaz de o perceber e repetitiva nos argumentos e a figura paterna com quem estabelecera uma relação de dependência e uma relação idealizada. Quando a idealização se desfez e ele sentiu o “seu lugar afetivo” em risco todo o edifício parece ter ruído, deixando-o entregue a uma confusão alternante entre a perplexidade e as demandas desenfreadas onde procurava “encher o vazio”⁸ e/ou “comprar o afeto”. Um e outro devolviam-no sempre à desilusão que o voltava a confinar no quarto onde a fala do corpo voltava a imperar. A compulsão à repetição parecia ter um ciclo de expressão que lhe confirmava o desencanto e o enfurecia (contra si e/ou contra os outros).

A construção duma área de encontro onde a função α contentora e transformadora permitiu a reorganização dum Eu nuclear capaz de, a par e passo, reinstalar um Eu autobiográfico capaz de se pensar e de se sonhar, ou seja, um sujeito de narrativa em transformação.

A expansão da mente deste paciente confirma como a aceitação dos seus ritmos e o seu reconhecimento intersubjetivo podem permitir ultrapassar velhos padrões de relação repetitivos, decerto inscritos nos seus modos de relação que, como atrás desenvolvemos, se inscrevem numa nova arquitetura que se engendra e modifica na relação criativa e fluida entre o sujeito e o seu mundo significativo.

Noutra paciente de 31 anos, a procura de apoio psicoterapêutico deveu-se ao facto de, após a morte do seu pai, ter perdido o controlo do esfíncter uretral, sem qualquer anomalia biofisiológica, e se sentir muito insegura e angustiada. Ia frequentemente ao médico porque temia ter alguma doença grave.

Vivia com o marido, a mãe e duas filhas, à data com quatro e seis anos. Apenas apresentou o problema logo exclamou que só não queria separar-se do marido. Era tímida e nas primeiras sessões contou como tinha necessidade de confirmar todas as suas ações profissionais com a sua coordenadora de grupo. Tinha muito receio de falhar e não queria ser mal julgada. Inicialmente o processo terapêutico alternou entre as dificuldades relacionais e a dificuldade em aceitar a morte do pai. Depois começou a

8 Grotstein (2000) e Houzel (1998) falam de buracos negros à imagem dos que são descritos pelos astrofísicos, isto é, zonas danificadas por falta de transformação e significação que remetem para um vazio relacional que tem sempre na base uma ausência ou desadequação das respostas às necessidades do bebé.

introduzir as dificuldades com a sua mãe, que era muito possessiva e que impunha sempre as condições o que irritava o marido. A certa altura – estava ela grávida de dois meses da sua terceira filha⁹ – após uma discussão mais violenta com a mãe isola-se em casa e recusa sair de lá. Vem à consulta acompanhada pela mãe que diz com um “sorriso mordente” que “o problema dela é só o tabaco”. Inicia a sessão falando pouco, para além de expressar que sente um medo paralisante. Após um silêncio começa a contar, de modo entrecortado, um sonho-pesadelo que a atormentou e a deixou, no dizer da própria, naquele estado: estava num sótão e tinha que estar paralisada, à sua frente estava uma tarântula gigante com um sorriso cínico e ela sabia que se ousasse movimentar-se esta fragmentar-se-ia em “mil tarântulas minúsculas que a atacariam”.

Na sessão seguinte, enquanto a esperava à janela, vi-a chegar titubeando. Pareceu olhar fixamente e depois foi andando como se as mãos agarrassem um fio imaginário. Na sessão introduzi o que tinha visto e a paciente deixou-se sorrir para a seguir dizer que quem a tinha ensinado a andar tinha sido o pai. A sua casa, dizia, era de risco ao meio, quartos de um lado, cozinha e sala do outro, casa de banho ao fundo. O pai amarrava um fio da casa de banho à porta de entrada e depois ensinava-a a andar. A função contentora deste pai fica clara e a regressão após a sua morte mostra como a proximidade materna a deixava apavorada e paralisada. O desencontro delas era imenso e só o trabalho atento deste desencontro, a contenção e transformação duma raiva vertida nos sintomas hipocondríacos foi permitindo que ela os abandonasse. Estes pareciam “constituir sinais de tentativa de estabelecer contacto com a qualidade psíquica, substituindo os dados sensoriais que faltam da qualidade psíquica pela sensação física” (Bion, 1966a, p. 70), procurando, sem rumo, uma alfabetização (Dias, 2004) que desse sentido e significado ao sofrimento e às queixas sentidas.

Na fase tardia do seu processo, esta mulher trouxe um sonho muito interessante e, pensamos, elucidativo: ia de viagem pela Europa com o marido e as filhas e o seu sentimento era de admiração porque em todas as áreas de serviço havia amigos em festa para a receberem. Tornou-se mais afirmativa e segura e agora podia viajar sem medo e com a ideia de que seria recebida em festa por onde passasse.

Esta paciente apresentava também uma grande dependência em relação às suas figuras significativas. O medo de falhar e de perder o amor do outro e/ou mesmo perder o outro marcavam o padrão das suas relações. A perda do controlo do esfíncter mostrava até

9 Justo, Bacelar-Nicolau e Dias (1999), partindo dum estudo empírico com grávidas, defendem que “os nove meses de gravidez deveriam ser divididos em fases, e realça três fases (...) tanto no que diz respeito às alterações de comportamentos como face às alterações psicossomáticas próprias da gravidez” (p. 115). Na fase inicial de gravidez acontece uma integração, durante a qual a mulher grávida tem que interiorizar da nova realidade física e fazer uma reavaliação/reorganização, das relações com a figura materna do passado. Este processo pode implicar perturbação acrescida.

que ponto ia o seu medo. Parecia “urinar-se de medo” até poder ir alfabetizando os seus medos transformados, inicialmente, em sonhos paralisantes. As suas respostas tendiam a situar-se ao nível da resposta protomental onde o físico, o fisiológico e o psicológico se mostravam indistintos sempre que o medo e a angústia se tornavam intoleráveis. As suas respostas eram primitivas (leia-se corporais) e a expectativa de transformação era pequena, pois, a dificuldade transformativa desta mãe era não só visível mas também taxativa e sentida como intrusiva¹⁰. O temor do ataque aniquilador alternava com outras facetas mais evoluídas da paciente. A difusão de sintomas era acompanhada de uma dificuldade de afirmação e um défice de confirmação. A crescente resolução destes medos de perda, de abandono e mesmo de aniquilamento foram dando lugar a uma pessoa mais capaz de afirmação e confiante nas suas competências pessoais e profissionais. O seu leque de amizades também aumentou, embora o marido tenha lidado menos bem com esse seu movimento autonómico. No entanto, ela não se deixou intimidar e prosseguiu com o seu processo de integração psicossocial. O seu pensamento onírico revela claramente como se processou esta mudança. A hipocondria e a perda de controlo (também dos esfíncteres) deram lugar a uma abstração (Bion, 1966a) que renunciava alegria, esperança e convicção na amizade. O mundo restritivo e amedrontado (mental e relacional) desta mulher deu lugar a uma competência exploratória que antevia, internamente, um porto seguro de amigos, no lugar da antiga catástrofe. A transformação lenta e aturada das angústias e temores deu lugar à assunção duma identidade afirmativa e capaz de conflituat (Houzel, 1998) pelo que achava o mais certo para si, sem o medo de perder o outro ou o seu amor. A expansão mental permitiu-lhe confiar em si e no outro e colocar no lugar do aniquilamento a esperança relativamente a figuras amistosas que a recebiam em festa.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o conhecimento acerca do cérebro e da mente mostra como as impressões sensoriais ou os sentimentos primordiais necessitam duma intersubjectividade onde possa tecer uma história pessoal e interpessoal que retire o sujeito do aleatório ameaçador e/ou sem sentido. Se o amor e o ódio não são em si conhecimento, saber e elaborar acerca deles permite uma expansão exponencial de autonomia, de liberdade enfim de identidade que o torne único e irrepetível.

A área de encontro e de transformação operam uma expansão da mente que permite conceptualizar o mundo de modo confiável (sabendo que existem factores perturbadores)

10 A fragmentação da tarântula parece assemelhá-lo ao objeto bizarro de que fala Bion (1966a).

e abstrair um futuro promissor para si. A transformação dos elementos através da função transformadora permite elaborar uma separação entre o que é consciente e inconsciente, e o que é externo e interno. Por outro lado, a afirmação e a confirmação parecem ser os elementos chave para a resolução identitária que facilita um uso positivo do Eu autobiográfico onde a fluidez do pensamento pode estar presente.

A conceptualização facilita o acesso ao pensamento próprio à sua expressão sem o temor aniquilador da falha. O prazer da partilha transforma-se num laço crescente e criativo com os seus pares pode então tornar-se numa demanda exploratória com porto seguro (interno e relacional).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bettelheim, B. (1987). *Fortaleza vazia*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes Editora.
- Bion, W. (1966a). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar Editores.
- Bion, W. (1966b). *Elementos de psicanálise*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar Editores.
- Bion, W. (1991). *As transformações: Mudança do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago Editora.
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. S. Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993). *Separação, angústia e raiva*. S. Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates/Círculo de Leitores.
- Dias, A. (1997). *Tabela para uma nebulosa: Desenvolvimentos a partir de Wilfred R. Bion*. Lisboa, Portugal: Fenda Edições.
- Dias, A. (1997). *Costurando as linhas da psicopatologia borderland (estados limite)*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Freud, S. (1980a). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro, Brasil: Imago Editora.
- Freud, S. (1980b). *O ego e o id: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro, Brasil: Imago Editora.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2007). *Os novos líderes: A inteligência emocional nas organizações*. Lisboa, Portugal: Gradiva.
- Gomes, R. (2011). Psicossomática e patologia borderline. *Se...Não*, 2, 93-111.
- Grotstein, J. (2000). *O buraco negro*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Houzel, D. (1998). La valeur structurante du conflit. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 46(7-8), 361-365.

- Justo, J. M., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 115-129. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/287/28710112.pdf>
- Levobici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Levobici, S. (1991). La theorie de l'attachement et la psychanalyse contemporaine. *La Psychiatrie de L'enfant*, 24(2), 309-340.
- Matos, C. (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Ouss-Ryngaert, L. (2004). L'intersubjectivité comme paradigme de l'intérêt des liens neurosciences-psychanalyse. *Psychiatrie Francaise*, 1, 37-61.
- Pinto, J. (2002). A fase pubertária: Da não integração ao projecto de realização pessoal. *Referência*, 8, 25-34.
- Pokhrel, P., Sussman, S., Black, D., & Sun, P. (2010). Peer group self-identification as a predictor of relational and physical aggression among high school students. *Journal of School Health*, 80(5), 249-258. doi: 10.1111/j.1746-1561.2010.00498.x
- Pommier, G. (2007). *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*. Paris, France: Champs Essais.
- Prochiantz, A. (2002). Le developpement et l'évolution du système nerveux. In Y. Michaud (Org.), *Le cerveau, le langage, le sens* (pp. 25-36). Paris, France: Odile Jacob.
- Rosa, C. (2010). Do bebé sonhado ao bebé real: Uma construção pessoal. *Se...Não*, 1, 67-72.
- Roussillon, R. (2009). Une aventure de pensée. In L. Ouss, B. Golse, N. Georgieff & D. Widlöcher (Orgs.), *Vers une Psychanalyse* (pp. 129-140)? Paris, France: Odile Jacob.
- Sá, E. (2010). *Esboço para uma nova psicanálise*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2005). *Anatomia e fisiologia*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Winnicott, D. (1993). *Da pediatria à psicanálise: Textos seleccionados*. Rio de Janeiro, Brasil: Francisco Alves.

CAPÍTULO II

ENLACE CRIATIVO E MUNDO EM TRANSFORMAÇÃO

JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por base a qualidade da relação de vinculação e a construção da confiança básica como alicerce identificador no processo de desenvolvimento harmonioso. Mostra também como o desencontro relacional entre pais e criança podem deixar esta sem lugar, cuja ameaça que pode levar a um desejo de inscrição no real de um *eu* que se confronta com a falta de aceitação e de reconhecimento e que, por isso, pode emaranhar-se num desencontro que só permite a desidentificação e o desafio que esconde a fragilidade e o medo. Este conflito estabelecido expõe a criança a um risco que apela uma contenção e transformação que mude a perspectiva interna do mundo que se pressente hostil e ameaçador. A psicanálise e a sua relação atenta, contentora e transformadora podem operar uma mudança interna (por via da mentalização) e externa (por via da alteração da relação com o meio). O (re)asseguramento relacional, estabelecido em contexto psicoterapêutico, permite que o paciente possa internalizar e mentalizar um novo modelo de figura adulta protetora, podendo a revolta e o desejo de inscrição literal no mundo (Grafitis) dar lugar a um mundo simbólico mais lúdico e criativo.

Nascer: desejo e ilusão como essência do ser

Desejo e ilusão marcam um tempo maior da criação humana sempre que se concebe a ideia de um filho. Este, quando o desejo conduz a ilusão de perenidade, inicia uma construção que radica num lugar íntimo parental onde, no desalinho, se constrói um ser imaginário que possibilita existência interna ao bebé fantasmático (Lebovici, 1987, 1991).

No correr dos dias, as ideias, desejos e temores entrelaçam-se enquanto a biologia vai construindo o ser real, pois, "a gravidez e a maternidade constituem períodos de enorme

variação hormonal que orchestra parto, lactação, cuidados maternos, a agressão maternal e reconhecimento da prole, entre outras funções” (Workman, Barha, & Galea, 2011, p. 54). A mulher grávida coloca em marcha transformações externas e internas que se associam a um conjunto de novos comportamentos que pretendem garantir a sobrevivência da prole (Neumann, 2003). O processo gravídico parece incrementar uma maior plasticidade durante gravidez e pós-parto, ajudando a mãe a preparar-se para esta nova função. O novo ser apela por aceitação e reconhecimento parental que o acolha e confirme, passo a passo na sua caminhada autonómica, cujo início acontece ainda *in útero* com a autonomia fisiológica dos ritmos de sono e vigília diferenciados dos da sua mãe (Justo, 1999; Rosa 2010).

A construção dos limites do eu que diferencia progressivamente o outro (o fora) assume-se como um alicerce desenvolvimental onde se esboça a confiança básica promotora de esperança (Erikson, 1971, 1972, 1998). Esta torna-se fundamental em situações de crise como a que se abate atualmente sobre quem nasce ou vive tempos de incerteza e de escassez no acesso aos bens e ao próprio sentimento de dignidade pessoal que até há pouco estavam acessíveis e/ou eram dados como adquiridos a um grande número de pessoas.

A conceção e o nascimento mobilizam, uma teia de afetos e de alianças familiares (Dayan, 2000; Pinto, 2006) para proteger a criança que vai chegar.

A esperança no futuro risonho (a idealização) tomam conta do devaneio, uma reificação necessária que confirma o lugar próprio do bebé na família, lhe dá um nome e esboça a pertença e a identidade.

Estas ferramentas existenciais – pertença e identidade – hão-de participar no processo de inserção psicossocial que o orientam para a intervenção na sociedade.

O brotar da esperança reacende no sonho da criança que nasce e se torna ser. O pequeno gesto, expressão ou simples afeto tornam um sentido grandioso no mundo interno dos pais.

O futuro urde-se nesta trama singela do desejo e do devaneio parental que dá sentido ao presente.

Nascer agora, ontem ou amanhã alinhava-se e decifra-se no anteciper de um futuro de confirmação para um bebé que representa o melhor do futuro.

Mas nem sempre a história tem esta linearidade ideal, pois, o desejo pode não estar presente e hipotecar o aqui e agora e o futuro num conflito de aceitação que se instala sem trégua. No lugar da segurança afetiva e da esperança no futuro aparece o embaraço ou mesmo a estranheza que não permitem qualquer significação positiva do mundo, abrindo o campo à revolta que impede o desenvolvimento harmonioso.

Dependência e revolta

A Insegurança emocional do lugar pífio ocupa em demasia a criança com a relação familiar em vez de lhe facilitar o envolvimento em vai/vem entre a mãe (Porto Seguro) e o meio envolvente que se apresenta à exploração e à descoberta.

À criança sobram dois caminhos: Uma relação grudada à mãe, limitando-lhe a exploração do meio, empobrecendo-a e, por isso deixando-a enredada numa relação onde nem aí se pode confirmar; Um agir sem rumo onde o ser do contra – a desidentificação – se vai instalando numa revolta *cega* que não permite a integração da experiência, deixando-a entregue a uma raiva destrutiva, que a invade e inviabiliza qualquer saída para um projeto edificante do eu e da identidade que o caracterize e diferencie de todos os demais.

A identificação e a identidade

A identificação é então o caminho estruturante realizado através dos vividos de semelhança que envolvem e dão sentido e pertença aos atos da criança. A identificação, neste sentido, pode ser compreendida como o processo básico pelo qual a criança se vai assemelhando, pelo ensaio, de quem gosta. Freud (1989b) considera-a como "a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa" (Freud, 1921/1989, p. 133) e permite tomar a pessoa a quem se identifica como modelo. Esta "pode surgir com qualquer nova percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa que não é objeto de instinto sexual" (Freud, 1921/1989 p. 136). Esta constitui-se como processo comunicacional primordial que possibilita o enlace com o mundo e a construção crescente de significação de si e do outro. Estes, vividos de semelhança, tornam-se sementes de esperança que vão germinando um ser único e diferente neste paradoxo humano, onde a semelhança se torna alicerce da diferença individual que caracteriza cada indivíduo (Grinberg & Grinberg, 1998; Pinto, 2006, 2011). O processo de enlace que atrás descrevemos constitui-se na proximidade e na distância, permitindo dar sentido crescente às experiências e tem por base a vinculação segura com as figuras familiares que possibilita o ensaio mais confiante com o mundo, mesmo quando ele está em mudança e turbulência ou até quando as condições constitucionais/genéticas são adversas (Klauke et al., 2011; Kochanska, Philibert, & Barry, 2009). Neste contexto a relação de base segura torna-se essencial (Schore, 2000, 2002, 2011) por disponibilizar a criança ao mundo e lhe facilitar, a partir das significações crescentes, construir soluções neurais e relacionais mais flexíveis onde a criatividade possa acontecer e o sujeito possa ser com identidade própria.

Quando tal não acontece a aleatoriedade e o catastrófico (Grotstein, 1999) podem instalar-se no vivido da criança. Assim, a boa nova ou o estar de esperanças perdem significado e tornam-se um empecilho desenvolvimental para a criança e para a própria

família que se emaranha num desencontro emocional que não obvia futuro, ou seja, que é em si mesmo o reflexo restrito familiar do mundo em mudança e turbulência.

A psicanálise e o projeto de futuro

A psicanálise tem aqui, no lugar do desencontro família-criança, a sua intervenção como catalisador da mudança, revisitando e reorganizando as áreas de repetição disfuncional que impedem o seu enlace criativo com o mundo e a disponibilidade para a criança usar os seus recursos internos, situação a situação, e ir-se enlaçando e resolvendo os seus diferendos e/ou desencontros com que o envolve. A crise social que vivemos apela a uma plasticidade emocional não resolutiva que facilite o dia-a-dia. As regras, até aqui bem definidas, colocam em questão muito do que era seguro e apelam a cada um que se articule e adapte à mudança em curso, qual mundo novo que se testa passo a passo. As crenças fazem este ensaio diariamente nos seus jogos, na sua tentativa resolutiva ou *auto curativa* como lhe chamava Erikson (1971, 1972, 1998).

O jogo auto engendra a trama interna e relacional que possibilita pensar o real ou num dizer Piagetiano *assimilar o real ao eu* (Piaget, 2000), tornando-o familiar e manuseável pela criança. A análise de crianças lança mão desse instrumento, verdadeiro objeto intermediário, que facilita o visitar do real intrusivo no mundo interno da criança.

No jogo, realçam-se os impasses e as crises que se assolam sobre a criança. Neste sentido a família apresenta-se como o lugar primeiro, um espelho do mundo que a criança vai internalizando e um lugar de aprendizagem de competências que o capacitam para lidar com a adversidade do real.

O psicanalista e a nova relação que estabelece, permite à criança um novo sentir e pensar o mundo e a si mesmo, distante do padrão repetitivo e lesivo das relações prévias, fruto duma crescente mentalização baseada numa regulação externa, atenta e transformacional do vivido disfuncional (Levine, 2014). A relação que se vai entretecendo em terapia confirma o eu, incrementa autoestima, pela confirmação da ação, e torna-a, por isso, mais capaz de lidar com o dia-a-dia e mais familiarizada e robusta para lidar com a adversidade.

Apresentação de vinheta clínica

João tinha 10 anos queria ser *skater* e fazer grafitis. A sua cara mostrava zanga visível no sobrolho franzido e no receio da fala. Foi descontraindo, a conversa tornou-se clara, embora reservada. O sentimento de rejeição começa a aparecer. Não o suporta, pede

para ir jogar, constrói, paciente e decididamente, um castelo (um forte), colocando um só boneco dentro dele e um exército de canhões a rodeá-lo. Coloca-se hirto e desafiante. Um só boneco dava o corpo às *balas* por trás do castelo. Do lado de fora, um exército imenso com canhões apontavam ao castelo. Ele, o boneco solitário, parecia estar sozinho contra tudo e contra todos, num desafio que desvelava a ameaça e escondia o sentimento de vulnerabilidade que sentia. Interpretei-lhe o jogo:

Psic – João o teu jogo parece dizer que te sentes só e ameaçado por todo o lado...

Paciente – (Ele sorriu e pareceu serenar um pouco, relaxando o tónus corporal) É . . . às vezes é difícil .

Psic – Podemos os dois juntos pensar aqui essas coisas que te fazem medo.

Paciente – (sorri de novo e volta a brincar) podemos.

Na sessão seguinte entra na sessão e queixa-se da diferença de tratamento que os pais têm entre ele e irmã, dizendo:

Paciente – Sabes às vezes acho . . . acho que eles não gostam de mim! Com ela é sempre a menina e comigo estão sempre a implicar e isso dá-me raivas, muitas raivas.

Psic – Anda bem que podemos ir aqui conversando sobre essa tua raiva e sobre a tristeza que tu sentes por isso.

Paciente – Sim eu as vezes fico muito zangado com tudo.

Psic – Mas também te sinto um bocadinho aflito e sozinho como no jogo da sessão passada.

Paciente – Ah pois é! Posso ir brincar outra vez?

Psic – claro que podes. (09 de abril, 2005)

Constrói então o mesmo jogo da sessão anterior com uma mudança. Coloca um boneco pequeno e um grande sobre ameaça do mesmo exército poderoso e depois olha para mim expectante e desafiante, parecia que agora éramos os dois juntos contra o resto e disse-lho:

Psic – Parece que hoje já não estás sozinho, já somos os dois juntos nesta luta que tu sentes tão desigual e desfavorável de ter toda a gente contra ti.

Paciente – [Abriu-se num sorriso e continuou a fazer o jogo] (22 de abril, 2005).

Sessão a sessão foi fazendo a abertura do cerco. O material militar foi rareando, podia já ser civil e quando estava para partir fez um jogo em que levava no jipe e na camioneta

toda a família. Iam alegres para fazerem um picnic junto ao rio.

Paciente – Sabes, vamos fazer um picnic no rio e vamos lá fazer uma festa, vamos divertir-nos e tomar um banho no rio, está tudo muito contente com o passeio, vai ser muito divertido.

Psic – Parece que agora tu já podes estar com a tua família e ficar contente e imaginar-te a divertir com eles.

Paciente – Sim, eles agora já não implicam comigo. Em casa eu já estou bem e o meu pai agora já não berra e até me leva com ele.

Psic – Parece que agora te sentes mais seguro em casa e já sentes que eles gostam de ti.

Paciente – sim eu agora já sinto isso . . . (ri-se contente e continua a brincar; 22 de abril, 2006)

DISCUSSÃO

João representa a mudança e a transformação que a psicanálise e a sua relação atenta, contentora e transformadora podem operar interna e externamente. O (re)asseguramento relacional, estabelecido em contexto psicoterapêutico, permitiu que o paciente pudesse internalizar e mentalizar um novo modelo de figura adulta protetora. A revolta e o desejo de inscrição literal no mundo (*Grafitis*) foram dando lugar a um mundo simbólico mais lúdico e criativo. O processo de identificação (Freud, 1989b) pôde constituir-se como base para um projeto de identidade pessoal (Grinberg & Grinberg, 1998; Pinto, 2006; Pinto, 2010). A aceitação e a confirmação do paciente dotaram-no de um sentimento de pertença onde as explorações podiam ser vividas de modo intenso, criativo mas sem a necessidade literal de ser impressivo no real. Ele sentia existir e podia fazer existir os demais num mundo pacífico ao invés do mundo bélico do início das sessões de psicoterapia. Agora, esta criança tinha mais recursos internos, sentia-se mais capaz e apaziguada para lidar com as adversidades e contrariedades do mundo externo. Estas podiam já ser torneadas sem o colocar em questão. A deriva *skater* obstinada deu lugar a um rapaz mais atento e disponível na relação com o real.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que nesta situação clínica a função continente e transformadora psicanalítica possibilitou a construção de um projeto de identidade onde o mundo

pode ser simbolizado ao invés da necessidade imperiosa anterior de inscrição literal no real. Concluímos também que o futuro pode ser melhor enfrentado quando, primária ou secundariamente, podemos securizar e capacitar as nossas crianças para o envolvimento com o desconhecido, sem excessivo sentimento de perturbação em relação ao que é novo, por sentir uma falha na inscrição do eu no mundo real que os impele ao concretismo da inscrição que se quer anunciar: o direito de existir e ser reconhecido pelas figuras significativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dayan, J. (2000). Parentalité: Enjeux et pratique sociale. In G. Greiner (Org.), *Fonctions maternelle et paternelle*, 157-170. Ramonville Saint-Agne, France: Erès.
- Erikson, E. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise, la quête de l'identité*. Paris, France: Flammarion.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Freud, S. (1921/1989). *Psicologia dos grupos e análise do eu*. (ed. standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. 18). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1989b). *Psicologia dos grupos e análise do eu* (vol. 18). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1998). *Identidade e mudança*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Grotstein, J. (1999). *O buraco negro*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Klauke, B., Deckert, J., Reif, A., Pauli, P., Zwanzger, P., Braumann, C., ... Domschke, K. (2011). Serotonin transporter gene and childhood trauma — a G x E effect on anxiety sensitivity. *Depression and Anxiety*, 28, 1048–1057. doi:10.1002/da.20840
- Kochanska, G., Philibert, R., & Barry, R. (2009). Interplay of genes and early mother–child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(11), 1331–1338. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02050.x
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Lebovici, S. (1991). La theorie de l'attachement et la psychanalyse contemporaine. *La Psychiatrie de L'enfant*, 34(2), 309-340.
- Levine, H. (2014). Psychoanalysis and trauma, psychoanalytic inquiry. *A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 34(3), 214-224. doi:10.1080/07351690.2014.889475
- Piaget, J. (2000). *Seis estudos de psicologia*. Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Pinto, J. (2006). *Adolescência e grupos: Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)* (Dissertação de doutoramento). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pinto, J. (2010). Adolescência e família: O processo de separação-indivuação. *Se...Não*, 73-87

- Pinto, J. (2011). Violência na intimidade e desenvolvimento psicosssexual. *Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 2, 159-169. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/268215427_Violencia_na_intimidade_e_desenvolvimento_psicosssexual
- Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23-47.
- Schore, A. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Schore, A. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 75-100.
- Workman, J., Barha, C., & Galea, L. (2011). Endocrine substrates of cognitive and affective changes during pregnancy and postpartum. *Behavioral Neuroscience*, 126(1), 54-72. doi: 10.1037/a0025538

CAPÍTULO III

O RETORNO À CASA-MÃE E A MUDANÇA PRÉ-CATASTRÓFICA

JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO

INTRODUÇÃO

A mudança acompanha-nos ao longo de toda a existência e não deixa nunca de se matizar num *continuum* desejo-medo. Entendemos que uma base relacional segura com as figuras parentais constitui um alicerce mais robusto para se abordar a mudança. Quando tal não acontece as situações de mudança podem-se tornar momentos críticos e levar mesmo os seus protagonistas a defender-se mais ou menos intensamente.

No presente trabalho fazemos uma revisão sumária dos conceitos de vinculação e das suas qualidades. Trabalhamos o conceito de mudança pré-catastrófica de Bion (1991a) e, partindo do estudo de um fragmento da análise de um paciente, estudamos os aspetos característicos do conceito – nomeadamente as dores e os sintomas hipocondríacos – e a importância da sua interpretação como fator elaborativo e integrativo no processo autónomo do paciente.

Verificamos que, mesmo em processos expansivos da mente, a mudança pode introduzir uma dinâmica regressiva que apela a uma área de encontro transformativa, capaz de devolver o sujeito à atividade simbólica interrompida com a instalação da mudança pré-catastrófica. A sua elaboração, no caso vertente, volta a abrir o campo opcional do paciente possibilitando-lhe lidar preparando, duma forma mais adulta, a mudança que se anuncia.

Os vínculos e a construção dos alicerces narcísicos

Na origem do ser humano esboça-se um sentido de continuidade que parece estabelecer-se no feto, nos seus ritmos e cadências que, posteriormente, se expressam consonantes após o nascimento (Piontelli, 1995). A vida brota e procura sentido objetual. A preconcepção

de Bion (1966a) – $\Psi(\epsilon)$ – ajuda-nos a perceber que para além dos aspetos constitucionais (dimensão Ψ) existe uma dimensão (ϵ) que espera respostas adequadas às suas necessidades, bem como a criação duma área de encontro (Bettelheim, 1987) onde a sintonia possa ser geradora crescente de sentidos e significações, pois se “todos os mamíferos são ‘mamadores’, . . . nós somos os únicos que amamos o seio da mãe” (Dias, 2010, p. 56). Esta relação singela constrói um vínculo cuja origem é fetal (Reis, 2010; Rosa, 2010; Sá, 2001), revelando-se, já aí, como a depressão materna durante a gravidez tem consequências adversas sobre o desenvolvimento e o comportamento do feto (Figueiredo, 2006). Exames ecográficos no segundo e terceiro trimestre de gravidez revelam maior imaturidade fetal (maior atividade fetal); maior atividade cardíaca e menor habituação aos estímulos; maior risco de parto prematuro onde “os elevados níveis de norepinefrina associar-se-iam à presença de baixo peso à nascença” (Figueiredo, 2006, p. 42). Revelam, também, um *deficit* do sistema imunitário, responsável pela prematuridade dos partos e por complicações obstétricas (Figueiredo, 2006). Estudos com mães grávidas com maiores índices de ansiedade mostram fetos com mais sono passivo¹¹, valores mais elevados dos batimentos cardíacos e maior atividade às 24, 30 e 36 semanas (DiPietro et al., 2002; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004).

A depressão e a ansiedade maternas durante a gravidez parecem, então, deixar marcas no padrão comportamental dos fetos, participando, desta forma, na construção precoce do ego corporal (Freud, 1980c) ou mesmo duma identidade fetal (Reis, 2010)¹². Os ritmos mostram-se alterados e, perspetivando a continuidade atrás referida, os bebés ao nascer trazem uma proto-história que ajuda a definir comportamentos e dificuldades mas também um padrão relacional que tem como cunho a relação bioquímica que estabelece com a figura materna.

Os elementos de vinculação Amor (L), Ódio (H) e Conhecimento (K) matizam o mundo relacional do bebé (Bion, 1991a; Dias, 2010) assim como a (in)segurança estabelecida no vínculo.

Tendo como fundo o que atrás referimos, intuímos, de modo mais claro, como se matiza o conhecimento e a verdade última que se procura ou, ao invés, se satura na preconceção e enviesa ou inviabiliza a abertura ao mundo, deixando o bebé refém duma área sensorio motora onde o medo, o desconforto e a passividade se tornam mais difíceis de entender e transformar.

11 Eduardo Sá (2001) refere-se à depressão fetal que exige um trabalho do bebé na cabeça dos pais.

12 O autor defende que “durante a gravidez o feto desenvolve e consolida uma série de capacidades sensoriais e motoras, que organizam uma atividade comportamental irrepetível e que antecipam as competências do recém-nascido e do bebé” (Reis, 2010, p. 104).

Neste sentido, Houzel (1998, p. 363) fala-nos dos primórdios da vida extra uterina como um tempo relacional onde a quantidade e a qualidade da relação com o objeto se constituem como alicerces para a passagem de uma dimensão relacional potencialmente destrutiva a uma outra, comunicacional, onde o conflito já é possível e as relações têm um cunho mais realista. O autor defende que para haver relação de objeto deverá existir um mapa dinâmico e comunicacional entre o sujeito nascente e o objeto que ele investiu. É a “reciprocidade entre sujeito e objeto . . . [isto é] são as experiências de mutualidade que deixam os seus traços no mundo interno e que permitem a formação das representações de objeto que, pouco a pouco, organizam a paisagem da realidade psíquica” (Houzel, 1998, p. 363) e transportam o indivíduo para uma dinâmica de conflito, por via da crescente tolerância à frustração e à dor (Bion, 1966a, 1966b, 1991b; Klein, 1991a, 1991b, 1991c; Winnicott, 1993, 1997), tendo como elemento básico a relação mutual contentora e transformadora das necessidades do bebé e da criança.

A vinculação segura (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Ainsworth, 1998; Bowlby, 1976, 1990; Soares, 1996, 2000) ou os elos de ligação de amor (L; Bion, 1966a, 1966b; Dias, 2010) são elementos constitutivos desta aventura por reassegurarem a criança e facilitarem a atividade exploratória do meio e dos objetos; são potenciadores da motivação enquanto “propriedade dos comportamentos humanos na tentativa de encontrar objetos” (Dias, 1986, p. 157).

O narcisismo, enquanto faceta constitutiva do sujeito, é uma entidade limite ou de fronteira, uma organização estruturante (Golse, 2001), realçando-se, sobretudo, o seu carácter relacional (narcisismo expansivo ou trófico) ou defensivo (narcisismo retraído ou destrutivo; Rosolato, citado por Golse, 2001). O narcisismo apresenta-se, então, como uma entidade de fronteira, lábil, esquivo e mutante na sua presença, ora interna e subjetiva, ora reativa, ora afirmativa, mas sempre constante na edificação do sujeito ou, reversamente, nos movimentos destrutivos, mesmo quando estes encerram um desejo de preservação e afirmação narcísica dos limites do Eu e escondem as fragilidades narcísicas do sujeito (Pinto, 2006).

A relação diádica vai tecendo o enlace (criativo ou defensivo) através dos encontros/desencontros sucessivos que, ou expandem a mente e multiplicam o desejo, a curiosidade e a abertura ou instalam um temor mais ou menos escondido com o que lá vem. Nestes casos, a expectativa vazia parece dar lugar a uma saturação prévia onde predominam idealizações e/ou sentimentos persecutórios em relação à experiência que se anuncia. O passado perturba o presente e o futuro antevê dificuldades onde as oportunidades potenciais deveriam ter lugar.

A separação – individuação e o processo autonómico

Uma boa relação diádica anuncia-se como elemento facilitador do desenvolvimento. O processo de separação-individuação (Mahler, 1981; Mahler, Pine, & Bergman, 1993; Mattanah, Hancock, & Brand, 2004; Pinto, 2010) alicerçado em figuras cuidadoras vividas, como alicerces seguros da demanda exploratória, pode antever-se harmonioso e progressivo.

O vai e vem diferenciador¹³ permite construir uma constância objetiva e um padrão de conduta consubstanciado nesse vínculo seguro.

Quando, ao invés, o vínculo é inseguro, a curiosidade pode dar lugar ao temor e, dessa forma, instalar-se uma angústia que pode dificultar ou inviabilizar a separação - angústia de separação (Jeammet, 1994) - impossibilitando a construção evolutiva duma autonomia que se anuncia desde os primórdios fetais. A dependência e os seus matizes variados podem, então, instalar-se e deixar o sujeito refém de si mesmo num temor de exposição e falha que o colocam em questão nos alicerces narcísicos. A falha não é vivida como algo em que se falhou mas sim como a confirmação de si como um sujeito falhado. Os limites da integridade do eu são questionados sucessivamente e isso instala a dúvida, o evitamento, o *acting out* desenfreado (Pinto, 2006), ou mesmo, as manifestações somáticas que desvelam uma impossibilidade – pelo menos momentânea – para pensar os acontecimentos demasiado intensos para serem elaborados pelo sujeito.

A dependência revelada ou dissimulada na ação desenfreada, na psicossomática manifesta, mostra a dificuldade para lidar com a violência teórica (Bion, 1991a) que o futuro contém. Assim, as mudanças tornam-se momentos delicados para o sujeito e, a par e passo, verifica-se um temor que desvela a saturação das pré conceções, a sua substituição por conceitos prévios acerca das suas idealizações e/ou temores persecutórios em que o sujeito se sente ameaçado pela invasão do outro, abalroado na sua integridade pessoal ou exposto ao ridículo e/ou às falhas que o põem em questão.

As mudanças anunciadas

A mudança é um imperativo, uma inevitabilidade da existência. Jamais ninguém permanece estático sem adoecer. No entanto, a mudança coloca sempre em questão o sujeito. Desejo e medo entrelaçam-se e, mesmo antes dela ocorrer, são colocados em marcha mecanismos individuais que protejam a integridade pessoal e os riscos que qualquer mudança comporta.

13 Kernberg (2008) considera que, ao contrário do que defende Mahler a indiferenciação simbiótica só acontece em estados de afeto intenso, alicerçando o seu entendimento nas competências que os bebés apresentam ao nascer.

Os dias de hoje são de mudança e de instabilidade permanente. A sobrevivência leva a várias mudanças durante a vida e pode mesmo expor os indivíduos a um retorno à casa-mãe, evocando fantasmas antigos, e temores de natureza diversa. Muitas questões e fantasmas antigos coabitam agora no pensamento. A cabeça fica cheia e, muitas vezes, a intolerância ao futuro que se adivinha matiza-se de queixas somáticas que desvelam aspetos hipocondríacos¹⁴ (Bion, 1991a; Dias, 2010) até aí não pertencentes ao seu discurso. Algo indecifrável se apresenta como realização (Bion, 1991a), precisando, urgentemente, duma representação (interpretação) que abra o caminho à mentalização capaz de ser pensada e integrada.

As (con)fusões instalam-se e o sujeito sente-se muito aflito com o que o atormenta. Tudo é confuso e intolerável e precisa dum espaço relacional de transformação, capaz de lhe permitir organizar um tempo da infância, num tempo adulto atual onde as regras podem ser alteradas e repensadas. Na situação a que nos dedicamos, a subversão do sistema, o invariante parental e o seu padrão de relação internalizada, relatado em sessões anteriores como invasivas e perturbadoras, são agora reativados pela mudança anunciada, apresentando-se como muito ameaçadores e violentos. A transformação destes aspetos altera o campo e as representações, tornando possível ao paciente fazer (re)arranjos mais funcionais e tranquilizadores.

Apresentação e discussão de ilustração clínica

A situação em análise é retirada dum processo psicanalítico. Dele salientam-se os aspetos relacionados com a mudança pré-catastrófica e os seus aspetos mais característicos, permitindo-nos verificar como a mesma pode conter momentos muito críticos e intoleráveis para o paciente.

H. é um jovem adulto que se apresenta cuidado e que tem, ao longo do processo psicoterapêutico/psicanalítico, elaborado, progressivamente, a sua separação-individuação e a sua autonomia em relação à família de origem, pois no início, a culpabilidade face ao abandono da mãe e a fúria face à intrusão materna alternavam a par e passo.

Nascido dum desejo messiânico, numa relação extraconjugal, cedo se viu privado do pai (suicídio), o que o deixou enleado numa relação com a figura materna, onde esta alternava uma proximidade excessiva como um distanciamento abrupto sempre que

14 Bion (1991b, p.18) considera que no estágio pré-catastrófico acontece a subversão do sistema, a invariância e a violência. "No estágio pré-catastrófico a análise difere do pós-catastrófico em razão dos seguintes dados superficiais: é álgida, teórica e escassa de mudança perceptível. Sobrelevam os sintomas hipocondríacos". Nesta fase pressente-se a violência das emoções.

arranjava um novo companheiro. O paciente diz, no entanto, que a entrada destes era boa porque pacificava a mãe e retirava-a dum registo depressivo que o perturbava. Cedo sentiu que tinha um papel cuidador delegado, o que o fazia sentir culpa por não cuidar como devia. Este sentimento pareceu aumentar depois da saída de casa do último companheiro da mãe com quem H. viveu, durante parte da sua infância, adolescência e tempo de Faculdade. Foi com este – diz H. – que aprendeu a concertar e a sentir gosto pela arrumação e pela ordem. No início da psicoterapia, a assunção da sua identidade masculina era difícil e só lentamente foi sendo assumida. Até aí a culpa não lhe permitia ser desejante. O temor e a angústia logo se instalavam sempre que pensava assumir o seu desejo, o seu pensamento, sempre que desejava ser. Havia sempre, um “super olho” que parecia vigiá-lo e ver tudo o que fazia, nomeadamente, na sua sexualidade.

Recentemente candidatou-se a vários concursos para um lugar e acabou por conseguir ser selecionado para trabalhar na zona de residência, quer da sua mãe quer do seu pai adotivo.

Num primeiro momento pareceu libertar-se e o facto de ter um “lugar seguro” aparece relacionado com um maior sentimento autónómico:

Uma coisa que falava com o meu amigo F. que achava que é preciso agitar as águas, para romper e tomar novos caminhos e eu nunca fui de romper e tomar novos caminhos tentei sempre acomodar e mudar as coisas, mas tenho cada vez mais dúvidas. Tenho pensado que isso também tem a ver comigo, em poder assumir uma coisa não tão bem comportada . . . o facto de eu ter um lugar e estar mais seguro permite-me fazer greve (Sessão de psicanálise, 04 de junho, 2011).

Mais adiante, na mesma sessão, diz:

Tem a ver com a minha postura porque me justificava muito . . . e depois tenho aprendido a negociar, as pessoas não se vão atravessar para me defender e então é só por mim, eles só defendem se estiverem no mesmo barco ou se tiverem algum interesse; ando a fazer um balanço do que aprendi ao nível das relações com o trabalho e com os chefes. (Sessão de psicanálise, 04 de junho, 2011).

Na sessão seguinte diz:

Depois na questão da autonomia sinto que é bom partilhar o nosso trabalho mas acaba por ser para gozo próprio, tentar-se ir buscar o reconhecimento. Sinto que isso é cada vez menos um papel; não é ele que me vai dar esse reconhecimento é a realidade. (Sessão de psicanálise, 11 de junho, 2011).

O paciente começa a perceber-se mais separado e mais individuado e também mais capaz de tomar autonomamente conta do seu destino. O “lugar seguro” tem este efeito interessante e clarificador no paciente.

No entanto, a sua saída do atual trabalho e o assomo de autonomia encontram-se, de repente, com as perdas referentes à mudança e também com os temores relativos à proximidade parental. A mudança pré-catastrófica parece instalar-se, fazendo um crescendo de angústia, de mau estar e de somatizações. Inicia a sessão com queixas:

Estou um bocado cansado . . . agora dei para enjoar nas viagens. Acho que é por estar muito cansado. Na semana passada fui ao Porto . . . andei para cima e para baixo, foi um bocado duro. . . já saiu o resultado do concurso. Não me disseram nada mas deve ser para breve e são muitas separações. . . No domingo vi a Professora A e disse-lhe que tinha ficado colocado. Aquilo entrou dentro de mim e fiquei muito triste, tentei perceber um bocado porquê, ela perguntou se estava a fazer Doutoramento e eu disse que sim e ela disse “pode ser que tenhas bolsa”. Pensei o que é que estava em jogo e pode ser um bocado . . . que até estar homologado . . . fui pensando no que estava a ganhar e não no que estava a perder e agora pensei que estava a deixar esta cidade . . . é confuso . . . é qualquer coisa de deixar a cidade é uma coisa que já me tinha passado pela cabeça, do desejo de um dia poder trabalhar na Faculdade. Depois pensei que quando a minha mãe esteve cá eu lhe dizia que aqui é um lugar bom para uma pessoa se estabelecer. A ida para C. implica estas perdas.

Depois sonhei que tinha ido a casa da professora A., a casa era enorme e estava lá um filho dela e ela dizia que ele tinha que fazer coisas da casa, eu tinha curiosidade de ver a casa por dentro mas não vi, não sabia se podia estar à-vontade se não, depois achei que não. A professora comigo foi sempre impecável tal como a professora B. que é impecável comigo. Sou lá estudante mas sinto-me de cá. Fiquei triste! . . . Tenho estado a fazer a digestão destas coisas e não tenho sido muito produtivo . . . é de facto longe. . . Depois também há uma expectativa acerca do meu regresso a C.. Agora no inverno a minha mãe esta em L. Eu vou ficar em casa dela com o cão e o gato, portanto não sei bem. (Sessão de psicanálise, 25 de junho, 2011).

Psic – Não sabe como se vai dar com os ares da mãe?

Sim, não sei bem, logo se vê (suspira).

Psic – Tem medo de passar a ter mãe a mais?

Não sei se é de ter mãe a mais ou da confusão da mãe, às vezes o que penso é que o meu pai (adotivo) pode ter defeitos mas criou um espaço disciplinado. A minha

mãe não é assim, é desarrumada no espaço e no tempo . . . tenho receio de coisas simples . . . é um bocado caótica, por exemplo há um aparador na sala com loiça mas nas gavetas há um pouco de tudo. (Sessão de psicanálise, 25 de junho, 2011).

Psic – O móvel parece estar desarrumado como a mãe:

Não é o móvel é a casa toda (ri-se) na cozinha é que me preocupa porque vamos ter que partilhar, vou ter que viver com isso e não há espaço para a minha mãe mudar o que quer que seja e isso preocupa-me um bocado. (Sessão de psicanálise, 25 de junho, 2011).

Psic – Parece que para além da mãe desarrumada é também o pai ausente que o preocupa:

Sim é a casa em que eles viveram e será que eu já elaborei isso? Aquela desarrumação faz-me lembrar quando eu era pequeno. E faz-me confusão a falta de limites da minha mãe e aí será mãe a mais, logo se vê, mas o meu pai punha alguma estabilidade, alguma tranquilidade. Ainda hoje sou muito sensível às mudanças de espaço, com a minha mãe era tudo misturado e com o meu pai a casa ficou organizada, por vezes mudava as coisas mas ficava tudo arrumado. A minha namorada não é de fazer grandes mudanças. (Sessão de psicanálise, 25 de junho, 2011).

Psic– Parece já haver tantas mudanças (interrompido):

Sim, sim foi muita mudança e os enjos podem ser isso o meu pai parece estar contente, eu tenho algum receio que ele me chateie com os planos dele em que ele se põe como meu irmão mais novo como a minha mãe e eu não tenho paciência, apesar de tudo tenho crescido. Vamos ver como corre. (Sessão de psicanálise, 25 de junho, 2011).

Psic – Isto parece trazer-lhe a familiaridade e a estranheza¹⁵ da casa grande da mãe A. e das tarefas que teme ver de novo delegadas e para as quais não se sente

15 Freud (1980a, p. 277) considera que o estranho “é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e à muito familiar” e mais adiante clarifica, dizendo que o estranho remete para a função do duplo “pelo facto de que o sujeito identifica-se com outra pessoa, de tal forma que fica em dúvida sobre quem é o seu ‘eu’ (*self*) ou substitui o seu próprio eu por um estranho . . . há uma duplicação, divisão e intercâmbio do eu (*self*)” (Freud, 1980a, p. 293). As dúvidas acerca dos limites da relação do paciente com a mãe e em menor grau com o pai parecem participar no estado emocional relatado pelo paciente.

disponível, associada à perda do local e de projetos – a casa grande de A e também a sua psicanálise.

[Ri-se] Sim, sim, exatamente . . . exatamente! (Sessão de psicanálise, 25 de junho, 2011).

A expectativa ansiosa ao teste de realidade parece começar a saturar antecipadamente o que poderia ser uma abertura confiante ao futuro próximo dum retorno à terra de infância, baseado no “lugar seguro”. No entanto, nesta mudança, o passado e as suas histórias dolorosas encharcam o presente e o futuro que se avizinha.

O paciente parece temer a perda, a turbulência, bem como receia perder as suas partes sadias e autônomas (O sonho de A.) que aparece como epifenômeno da vida do paciente (é-lhe negado – pelas circunstâncias – o direito ao lugar escolhido). No contraponto parece temer o regresso (à mãe e ao lugar).

Em nosso entender há uma turbulência pré-catastrófica decorrente do efeito das perdas e das angústias depressivas que parecem emergir.

O temor regressivo – as modalidades funcionais familiares para as quais o paciente já não sente disponibilidade, mas das quais teme não ser capaz de se defender – e as angústias de perda – duma autonomia progressivamente construída e agora ameaçadas com o retorno às origens – criam uma condensação intolerável que se expressa no cansaço e no enjoo que se instalou no paciente.

CONCLUSÕES

O presente caso parece ilustrar bem como as circunstâncias podem fazer emergir aspetos menos bem resolvidos do paciente e instalar um sentimento de temor que o devolve às manifestações psicossomáticas.

O lugar do pai aparece como determinante na construção do espaço disciplinador descrito no gosto pela arrumação, em contraponto com a falta de limites e de desorganização spatiotemporal materna. Os aspetos regressivos do paciente desvelam como a figura materna é vivida, nesta sua faceta sem limites, como uma ameaça à sua integridade pessoal. Num ápice H. retorna a uma área funcionamento sensorial onde a somatização condensa a história por contar.

A contenção e a transformação permitem o retorno à expressão dos medos do paciente, onde o temor da perda e de retorno à desarrumada casa materna parecem assumir um lugar central para o paciente. A nomeação do que só podia somatizar e/ou agir, a

elaboração e integração destes aspetos num Eu adulto e autónomo resultou na procura de casa própria onde ele e a sua companheira passarão a viver dentro em breve.

Repor o futuro numa área de preconceção não saturada pela violência e pelo temor pressentido, permitiu-lhe encontrar soluções novas e ver o futuro próximo mais autonomamente, repondo o curso harmonioso do desenvolvimento, onde pode contar, de novo, com as suas aprendizagens e competências entretanto adquiridas.

Os movimentos regressivos apresentam-se, então, como um momento crítico mas, também, como uma oportunidade para visitar e elaborar medos antigos que o tempo deixou submersos.

Em suma, devolver a história ao seu lugar próprio facilita a elaboração de momentos críticos e possibilita o retorno a um funcionamento mais autónomo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1998). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In Parkes et al (org.). *Attachment across the Life Cycle* (pp. 33-51). London, England: Routledge. (Faltam as páginas consultadas e os autores)
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of strange situation*. New York, NY: Erlabum.
- Bettelheim, B. (1987). *Fortaleza vazia*. S. Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Bion, W. (1966a). *O Aprender com a Experiência*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.
- Bion, W. (1966b). *Elementos de Psicanálise*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.
- Bion, W. (1991a). *As Transformações. Mudança do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Bion, W. (1991b). *Atenção e Interpretação, o acesso científico à intuição em Psicanálise e grupos*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Bowlby, J. (1976). Efeitos prejudiciais da privação da mãe. In J. Bowlby, (Org.), *Cuidados maternos e saúde mental* (pp. 13-69). S. Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. S. Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Dias, A. (1986). Motivação e Psicanálise: Algumas reflexões. In C. Rodrigues (Org.), *Motivação e Aprendizagem* (pp. 143-158). Porto, Portugal: Contraponto.
- Dias, A. (2010). *Teoria das transformações*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- DiPietro, J., Bornstein, M., Costigan, K., Pressman, E., Hahn, C-S., Paiunter, K., . . . Yi, L. (2002). What does fetal movement predict about behaviour during the first two years of life? *Developmental psychobiology*, 40(4), 358-371.

- Figueiredo, B. (2006). Desenvolvimento e comportamento fetal. In I. Leal (Org). *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (pp. 29-50). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Freud, S. (1980a). *O estranho: Edição standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1980c). *O Ego e o Id: Edição standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Golse, B. (2001). *Insistir existir: Do ser à pessoa*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Houzel, D. (1998). La valeur structurante du conflit. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 46(7-8), 361-365.
- Heron, J., O' Connor, T., Evans, J., Golding, J. & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression though pregnancy and postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65-73.
- Jeammet, P. (1994). Les vicissitudes du travail e séparation à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 42(8-9), 395-402.
- Kernberg, O. (2008). *Controvérsias contemporâneas acerca da teoria, prática e aplicação Psicanalíticas*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Klein, M. (1991a). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In M. Klein, *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp.40-43). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Klein, M. (1991b). Inveja e gratidão. In Klein M., *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp. 205-267). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Klein, M. (1991c). Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In M. Klein, *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp. 268-279). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Mahler, M. (1981). *La symbiose humaine et les vicissitudes de l'individuation : Dix ans de psychanalyse en Amérique, Anthologie du Journal of American Psychoanalytic Association*. Paris, France: PUF.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1993). *O nascimento psicológico da criança*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Mattanah, J., Hancock, G., & Brand, B. (2004). Parental attachment, separation-individuation, and college student adjustment: A structural equation analysis of mediational effects. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 213-225. doi: 10.1037/0022-0167.51.2.213.
- Pinto, J. (2006). *Adolescência e Grupos. Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)* (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Coimbra, Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.
- Pinto, J. (2010). Adolescência e Família: O processo de separação-individuação. *SE...Não: Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 1, 73-87.
- Piontelli, A. (1995). *De feto a criança, um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.

- Reis, N. (2010). No feto o bebé: As origens da relação. *Se...Não: Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 1, 103-111.
- Rosa, C. (2010). Do bebé sonhado ao bebé real: Uma construção pessoal. *Se...Não: Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 1, 67-72.
- Sá, E. (2001). Psicologia do feto. In E. Sá E.(Org) *Psicologia do feto e do bebé* (pp. 87-104). Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Winnicott, D. (1993). *Da pediatria à psicanálise: Textos seleccionados*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Francisco Alves.
- Winnicott, D. (1997). *Introdução primária à realidade externa: Os estágios iniciais*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

Olhar Psicodinâmico da adolescência...

A adolescência é um período de transformação corporal, relacional e emocional, matizada por transformações cognitivas importantes para o entendimento dos jovens acerca de si, dos grupos e do mundo social envolvente. O olhar psicodinâmico da adolescência tem por base os fatores protetores e de risco no processo de transformação adolescente e debruça-se, também, sobre o processo de separação, perda e luto de adolescentes tardios deslocados de sua casa para prosseguimento de estudos no ensino superior. O luto pelo próprio grupo parece ter um papel central nesta mudança, podendo ocorrer de forma construtiva ou, ao invés, levar a um acréscimo de sofrimento dos jovens que perturbará o seu processo de desenvolvimento...

CAPÍTULO IV

A IMPORTÂNCIA DA IDADE NAS VIVÊNCIAS DO ADOLESCENTE NO GRUPO E NA FAMÍLIA

JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO

INTRODUÇÃO

A adolescência é um processo longo e complexo que envolve o adolescente, a sua família e os grupos com os quais se enlaça numa demanda de sentido e integrações crescentes num mundo social cada vez mais exigente e especializado. No presente trabalho propomo-nos estudar a relação que existe entre a idade e as vivências do adolescente no grupo e na família. Partimos das sete dimensões do questionário Vivências do Adolescente no Grupo e na Família para saber se participam no processo de (re)construção dos limites corporais, fantasmáticos e relacionais dos adolescentes. Apontamos, também, para o papel da família neste processo, nomeadamente no suporte ao adolescente e nas relações estabelecidas com os grupos de pares dos seus jovens.

As mudanças corporais e o enlace grupal adolescente

A adolescência é um período de transição que medeia a infância e a adultez. Este percurso implica um intenso trabalho de remanejamento interno e relacional que expõe o adolescente às perplexidades do seu mundo interno e, também, do seu mundo externo, sentido como novo e estranho (Pinto, 2003).

A problemática limite (Ladame, 1998) torna-se atual, pois a difusão dos limites do corpo (Borges, Matos, & Diniz, 2013) e a fantasmatização que ela instala lançam o adolescente numa demanda que pode vulnerabilizar e que, ao mesmo tempo, apela ao suporte grupal e familiar.

Sabemos que a emergência dos caracteres sexuais secundários *impõe* novas modalidades relacionais. Estas expõem os adolescentes a uma sexualidade instrumental que obriga a repensar a proximidade com as figuras parentais (Braconnier & Marcelli, 2000; Laufer & Laufer, 1989) e a ensaiar novas relações fora da família. Os rapazes manifestam a

necessidade de uma moratória (Erikson, 1971,1972, 1998; Marcia, 1994) entre iguais do mesmo sexo (Blos, 1996; Marcelli, 1999; Pinto, 2004, 2006), onde partilham e ensaiam uma abertura ao outro género sexual, enquanto as raparigas se abrem mais facilmente a grupos heterossexuais (Blos, 1985; Pinto, 2004, 2006). A abertura ao grupo levada a cabo pelos adolescentes (em grupos unissexuais ou em grupos heterossexuais) representa uma inevitabilidade incontornável do tempo.

Os adolescentes envolvem-se nos seus grupos e procuram neles suporte para o seu corpo com limites difusos e para os seus vividos de enlace (Melo & Mota, 2014; Pinto & Pinto, 2016), de protesto ou de aventura e risco. A confirmação dos pares parece tornar-se imperiosa bem como a aceitação pelos mesmos. As vivências adolescentes são outorgadas ou mesmo incentivadas pelo(s) grupo(s) de pares e confirmadas pelos pais através duma supervisão atenta e não invasiva.¹⁶ O papel dos grupos e dos pais apresentam-se como suporte básico do desenvolvimento adolescente.

A idade e as vivências do adolescente no grupo e na família

A adolescência é, por outro lado, um processo longo e díspar que envolve tarefas desenvolvimentais diferenciadas ao longo da idade. Um adolescente de 14 anos tem propósitos, desejos e anseios diferentes de um com 18 anos. Esta diferença aparente remete-nos para uma especificação mais aprimorada das diferenças, pois sabemos da sua existência, sem termos clarificado bem os seus contornos vivenciais.

Os adolescentes iniciais gostam de se juntar em grupo, mesmo que seja para estarem somente uns com os outros (Pinto, 2004, 2006, 2010). Também é nos grupos que eles ensaiam ações onde desafiam o estabelecido e satisfazem as suas necessidades de descoberta. Estas descobertas iniciam-se com a puberdade que parece instalar, para além das novas competências sexuais, uma problemática relacionada com os contornos diluídos do corpo adolescente e perturbações da imagem corporal, nomeadamente, na fase pubertária (Guzman, & Nishina, 2014; Pinto, 2002). O púbere deixa de se reconhecer nos novos limites corporais e demora tempo até que possa reencontrar-se com os seus limites corporais atualizados. Este desencontro consigo mesmo instala ao nível fantasmático muitas dúvidas acerca de si, dos seus limites e das suas competências. A dúvida e a incerteza aumentam na proporção direta em que o grupo se assume como novo limite externo, tanto mais rígido e fechado ao exterior quanto maiores dificuldades limítrofes apresentarem os seus membros.

¹⁶ O papel parental radica numa supervisão parental atenta, pois, o conceito de distância relacional entre pais e filhos não se mostrou sustentável (Stortelder, & Ploegmakers-Burg, 2010).

Os limites assumem um papel central, pois os adolescentes necessitam deles como elementos estruturantes múltiplos, a saber:

- Compreendidos como uma pele psíquica perturbada na sua continuidade e, por isso, não reconhecida pelo próprio;
- Assumindo-se, agora, como uma pele psíquica grupal que regula o contacto com o exterior e, por outro lado, defende os seus membros dos temores da difração através dos vividos de semelhança;
- Entendidos como um conjunto de regras, no sentido dado por Minuchin (1979) ao conceito de limite.

Estas dificuldades manifestam-se na turbulência interna ou externa dos vividos adolescentes. Partindo desta leitura torna-se claro que a idade assume um papel fundamental na reorganização dos vividos adolescentes. Espera-se que na fase inicial da adolescência se verifiquem movimentos intensos que permitam a exploração e a descoberta, por um lado e manifestações de afirmação onde possa existir maior contraposição ao poder estabelecido, acompanhado ou não de um maior ou menor melindre narcísico desvelador da fragilidade adolescente decorrente da perda dos limites corporais.

Face a este quadro, o suporte e a aceitação tornam-se elementos resolutivos chave para o processo adolescencial. O grupo e a família têm uma importância vital e diferenciada na fase inicial adolescente (Tomé, Matos, Camacho, Simões, & Diniz, 2012) e assumem-se como elementos protetores da saúde ao longo da adolescência.

Um aspeto novo relevante é, também, a relação de proximidade e aceitação existente entre as figuras familiares e os grupos de amigos. Quanto mais a relação é frutuosa e tolerante mais os riscos desenvolvimentais decrescem e os fatores facilitadores do desenvolvimento se tornam mais eficazes (Pinto, 2006, 2010; Stortelder & Ploegmakers-Burg, 2010; Tomé et al., 2012).

A adolescência inicial, pela sua incerteza e/ou turbulência, assume, então, uma paleta de riscos que importa evitar, através de comportamentos de suporte e proteção, nomeadamente parental (Stortelder & Ploegmakers-Burg, 2010) e grupal (Tomé et al., 2012). Estes possibilitam a progressiva inserção no meio e, também, um encontro com os novos limites do Eu expressos num maior reconhecimento da imagem do corpo (Borges et al., 2013) e dos limites corporais, na abertura dos grupos ao exterior e também numa melhor aceitação das regras.

METODOLOGIA

Pretendemos, pois, conhecer um pouco melhor as vivências dos adolescentes nos seus grupos e por isso, propusemo-nos estudar a *realidade* grupal de adolescentes entre os 12 e os 18 anos.

Partimos de uma questão de base, isto é, saber que relações se estabelecem entre a família, o adolescente e os seus grupos.

Mais concretamente, procuramos alcançar como objetivo específico:

Identificar e perceber como se comportam as variáveis relativas às dimensões vivenciais do processo adolescente (abertura ao grupo, predominância narcísica, suporte do grupo de pares, suporte do grupo familiar, aventura e risco, rejeição de regras e, por fim, a relação grupo familiar/grupo de pares) em função da idade.

Para isso propomos testar as seguintes hipóteses:

1. A abertura ao grupo e o suporte do grupo de pares diminui com a idade;
2. Os adolescentes de 12-14 anos e de 15-16 anos apresentam mais comportamentos de risco (aventura e risco, predominância narcísica, rejeição de regras) que os de 17-18 anos;
3. Os adolescentes de 12-14 anos e de 15-16 anos apresentam mais comportamentos de proteção desenvolvimental (suporte do grupo familiar e relação do grupo familiar/grupo de pares) que os de 17-18 anos.

Para atingirmos os nossos objetivos utilizamos como instrumento o Questionário sobre as Vivências do Adolescente no Grupo e na Família (Pinto, 2006), por julgarmos que a sua utilização facilita o processo de recolha de dados pertinentes ao nosso estudo, nomeadamente, perceber como é que os grupos e a família participam no processo adolescente.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta investigação reportou-se a todos os alunos do 3º ciclo e do ensino secundário que frequentavam as escolas públicas do distrito de Coimbra. A amostra é probabilística e consiste em 10% da população em estudo a que se pretendeu acrescentar 1% para possíveis falhas nas respostas aos instrumentos. A amostra a obter consistia em 2300 inquiridos, recolhidos aleatoriamente pelo método proporcional estratificado. Considerámos

todos os alunos com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos e obtivemos um total de 2100 questionários válidos (12–14 anos = 933 questionários; 15–16 anos = 685 questionários; 17–18 anos = 482 questionários), respondidos em anonimato e voluntariamente pelos inquiridos, respeitando-se todos os princípios éticos na recolha dos dados.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do teste ANOVA (Tabela 1) não indicam qualquer diferença entre a idade dos adolescentes e a abertura ao grupo (AG) e o suporte do grupo de pares (SGP) que se mantêm ao longo do curso temporal em estudo, infirmando a nossa primeira hipótese.

No entanto, os resultados da hipótese 2 indicam que existe uma diferença significativa entre a idade/aventura e risco (AR; $p = 0,000$), idade/predominância narcísica (PN; $p = 0,025$) e idade/rejeição de regras (RR; $p = 0,000$). Também se verifica na hipótese 3 uma diferença significativa entre idade/suporte do grupo familiar (SGF; $p = 0,000$) e idade/relação grupo familiar/grupo de pares (RGF/GP; $p = 0,002$).

Tabela 1
Teste Anova entre o grupo etário e as variáveis grupais (AG, SGP, AR, PN, RR, SGF, RGF/GP)

		Soma dos quadrados	Df	Quadrado da média	F	Sig.
AG	Entre Grupos	75,356	2	37,678	1,336	0,263
	Nos grupos	58988,200	2092	28,197		
	Total	59063,556	2094			
SGP	Entre Grupos	401,428	2	200,714	2,505	0,082
	Nos grupos	167480,095	2090	80,134		
	Total	167881,523	2092			
AR	Entre Grupos	1188,509	2	594,255	19,843	0,000
	Nos grupos	62591,837	2090	29,948		
	Total	63780,346	2092			
PN	Entre Grupos	114,053	2	57,027	3,712	0,025
	Nos grupos	32173,184	2094	15,364		
	Total	32287,237	2096			

Tabela 1 (Continuação)

Teste Anova entre o grupo etário e as variáveis grupais (AG, SGP, AR, PN, RR, SGF, RGF/GP)

		Soma dos quadrados	Df	Quadrado da média	F	Sig.
RR	Entre Grupos	948,820	2	474,410	15,794	0,000
	Nos grupos	62598,300	2084	30,038		
	Total	63547,120	2086			
SGF	Entre Grupos	662,742	2	331,371	19,775	0,000
	Nos grupos	35122,898	2096	16,757		
	Total	35785,640	2098			
RGF/GP	Entre Grupos	98,165	2	49,082	6,187	0,002
	Nos grupos	16612,795	2094	7,934		
	Total	16710,959	2096			

Note. AG = abertura ao grupo; SGP = suporte do grupo de pares; AR = aventura e risco; PN = predominância narcísica; RR = rejeição de regras; SGF = suporte do grupo familiar; RGF/GP = relação grupo familiar/grupo de pares.

O teste de Tukey (Tabela 2) indica-nos que os adolescentes iniciais (12-14 anos) e os adolescentes intermédios (15-16 anos) apresentam significativamente mais comportamentos de aventura e risco que os adolescentes de 17-18 anos ($p = 0,000$).

Tabela 2

Teste Tukey entre as variáveis idade e aventura e risco (AG)

Variável dependente	(I) Idade	(J) Idade	Diferença de médias (I-J)	Erro standard	Sig.
AR	17-18	12-14	-1,9359	0,30735	0,000
		15-16	-1,3036	0,32584	0,000

Nota. AR = aventura e risco. Intervalo de confiança 95%

O teste de Tukey (Tabela 3) indica-nos que os adolescentes iniciais (12-14 anos) e os adolescentes intermédios (15-16 anos) apresentam significativamente mais comportamentos de predominância narcísica que os adolescentes de 17-18 anos, respetivamente com $p = 0,042$ e $p = 0,034$.

Tabela 3

Teste Tukey entre as variáveis idade e predominância narcísica (PN)

Variável dependente	(I) Idade	(J) Idade	Diferença de médias (I-J)	Erro standard	Sig.
PN	17-18	12-14	-,5298	0,21991	0,042
		15-16	-,5816	0,23318	0,034

Nota. PN = predominância narcísica. Intervalo de confiança 95%

O teste de Tukey (Tabela 4) indica-nos que os adolescentes iniciais (12-14 anos) e os adolescentes intermédios (15-16 anos) apresentam significativamente mais comportamentos de rejeição de regras que os adolescentes de 17-18 anos ($p = 0,000$). A hipótese é, por isso, confirmada.

Tabela 4

Teste Tukey entre as variáveis idade e rejeição de regras (RR)

Variável dependente	(I) Idade	(J) Idade	Diferença de médias (I-J)	Erro standard	Sig.
RR	17-18	12-14	-1,6270	0,30821	0,000
		15-16	-1,5628	0,32623	0,000

Nota. RR = rejeição de regras. Intervalo de confiança 95%

O teste de Tukey (Tabela 5) indica-nos que os adolescentes iniciais (12-14 anos) apresentam significativamente mais comportamentos de suporte do grupo familiar que os adolescentes de 17-18 anos ($p = 0,000$). Não existe diferença significativa entre o grupo dos 15-16 anos e o de 17-18 anos relativamente ao suporte do grupo familiar.

Tabela 5

Teste Tukey entre as variáveis idade e suporte do grupo familiar (SGF)

Variável dependente	(I) Idade	(J) Idade	Diferença de médias (I-J)	Erro standard	Sig.
SGF	17-18	12-14	-1,3132	0,22978	0,000
		15-16	-0,3663	0,24352	0,289

Nota. SGF = suporte do grupo familiar. Intervalo de confiança 95%

O teste de Tukey (Tabela 6) indica-nos que os adolescentes iniciais (12-14 anos) apresentam significativamente mais comportamentos de relação grupo familiar/grupo de pares que os adolescentes de 17-18 anos ($p = 0,01$). Não existe diferença significativa entre o grupo dos 15-16 anos e o de 17-18 anos relativamente à relação grupo familiar/grupo de pares. A hipótese é, por isso, confirmada parcialmente.

Tabela 6
Teste Tukey entre as variáveis idade e relação grupo familiar/grupo de pares (RGF/GP)

Variável dependente	(I) Idade	(J) Idade	Diferença de médias (I-J)	Erro standard	Sig.
RGF/GP	17-18	12-14	-0,5503	0,15813	0,001
		15-16	-0,2954	0,16761	0,183

Nota. RGF/GP = relação grupo familiar/grupo de pares. Intervalo de confiança 95%

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os resultados da nossa investigação confirmam a existência de dois eixos comportamentais adolescentes. Por um lado, os comportamentos de exploração, de risco e/ou protesto relacionados com a aventura e risco, a rejeição de regras e a predominância narcísica. A aventura e risco e a rejeição de regras indicam-nos como a fase inicial e intermédia adolescente contêm uma área de risco e rejeição que, se não forem temperadas com suporte e abertura familiar ao grupo de pares, nomeadamente na fase inicial da adolescência, podem constituir-se como fatores de perturbação integrativa fantasmática, pessoal e social do jovem adolescente. Estes resultados confirmam esta assertiva, quando percebemos que os comportamentos de melindre narcísico manifesto por uma reatividade exacerbada e uma mudança frequente de humores podem coexistir com a aventura e risco e a rejeição de regras (Pinto, 2006).

O isolamento do adolescente nos seus grupos - longe do suporte familiar - revela, em nosso entender, adolescentes em risco desenvolvimental. Só uma efetiva proximidade familiar, quer do seu adolescente (Stortelder & Ploegmakers-Burg, 2010; Tomé et al., 2012) quer dos elementos dos seus grupos (Pinto, 2006), pode conter e balizar excessos e funcionar como um ponto que delimita, claramente, o permitido e o interdito neste tempo de demanda intensa, que facilmente pode ultrapassar o limite do razoável, deixando o adolescente entregue a si próprio e ao seu grupo sem qualquer limite estruturante do seu eu em construção.

Confirma-se, então, que este percurso implica um intenso trabalho de remanejamento interno e relacional que expõe o adolescente às perplexidades do seu mundo interno e, também, do seu mundo externo, sentido como novo e estranho (Pinto, 2003).

A problemática limite (Ladame, 1998), a difusão dos limites do corpo e a fantasmaturização que ela instala parecem, pois, lançar o adolescente numa demanda que o vulnerabiliza e, ao mesmo tempo, faz apelo ao suporte grupal e familiar. Esta construção pessoal e relacional do adolescente atribuem um papel central aos limites em reconstrução e apelam a um elemento estruturante múltiplo que em nosso entender envolve: uma pele psíquica perturbada na sua continuidade e, por isso, não reconhecida pelo próprio; uma pele psíquica grupal que regula o contacto com o exterior e, por outro lado, defende os seus membros dos temores da difração através dos vividos de semelhança; e a edificação de um conjunto de regras, no sentido dado por Minuchin (1979) ao conceito de limite, isto é, um conjunto de regras que define as áreas de interdição e permissão nos sistemas.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que o fenómeno vivencial adolescente com o grupo e a família encerra em si próprio alguma paradoxalidade pois, se a um tempo se afirma como a demanda para o grupo e o mundo social, esta só pode ser estruturante se tiver a supervisão atenta da família e a relação estreita entre a família e os grupos de pares. Os resultados parecem sugerir que o adolescente conta com a constância dos grupos na sua abertura sem retorno aos mesmos, enquanto espera aceitação dos pares e suporte para si próprio dos seus familiares.

Adolescer é mesmo um fenómeno (bi)temporal de quem cresce, por um lado, e de quem deixa partir mas fica atento e pronto a balizar e conter a demanda dos seus adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blos, P. (1985). *Adolescência, uma interpretação psicanalítica*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Blos, P. (1996). *Transição adolescente*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Borges, A., Matos, M., & Diniz, J. (2013). Body image and subjective well-being in portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(E17). doi:10.1017/sjp.2013.24
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Erikson, E. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.

- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise, la quête de l'identité*. Paris, France: Flammarion.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Guzman, N., & Nishina, A. (2014). A longitudinal study of body dissatisfaction and pubertal timing in an ethnically diverse adolescent sample. *Body Image*, 11(1), 68-71. doi:10.1016/j.bodyim.2013.11.001
- Ladame, F. (1998). Etat limite et adolescence. *La Psychiatrie de L'enfant*, 41(2), 333-354.
- Laufer, M., & Laufer, E. (1989). *Adolescence et rupture du développement: Une perspective psychanalytique*. Paris, France: PUF.
- Marcelli, D. (1999). Un père, pairs et passe. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 31, 9-17.
- Marcia, J. (1994). The empirical study of ego identity. In H. Bosma, T. Graafsma, H. Grotevant & D. Levita (Ed.), *Identity and development, an interdisciplinary approach* (pp. 67 - 80). London, England: Sage Publications.
- Melo, O. S., & Mota, C. P. (2014). Protótipos de vinculação amorosa: Bem-estar psicológico e psicopatologia em jovens de famílias intactas e divorciadas. *Análise Psicológica*, 32(3), 307-322.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris, France: J. P. Delarge.
- Pinto, J. (2002). A fase pubertária: Da não-integração ao projecto de realização pessoal. *Referência*, 4, 17-29. Recuperado de http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=54&id_revista=5&id_edicao=14
- Pinto, J. (2003). *Adolescência e escolhas*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Pinto, J. (2004). *Adolescência e funções grupais: Análise das funções nos grupos adolescentes* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra, Portugal.
- Pinto, J. (2006). *Adolescência e Grupos: Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pinto, J. (2010). *Adolescência e Família: O processo de separação-indivuaçãoção*: Se..., não... *Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 1, 73-87.
- Pinto, J., & Pinto J. (2016). Importância do grupo na construção da intimidade: A participação dos grupos em função da idade dos adolescentes. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 58-68.
- Stortelder, F., & Ploegmakers-Burg, M. (2010). Adolescence and the reorganization of infant development: A neuro-psychoanalytic model. *The Journal of the American Academy and Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(3), 503-531. doi: 10.1521/jaap.2010.38.3.503
- Tomé, G., Matos, M., Camacho, I., Simões, C., Diniz, J., & Span J. (2012). Portuguese adolescents: The importance of parents and peer groups in positive health. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1315-1324.

CAPÍTULO V

A SEPARAÇÃO DO(S) GRUPO(S) E A ENTRADA NO ENSINO SUPERIOR: A SEPARAÇÃO E A PERDA DO GRUPO DE ADOLESCENTES EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO

INTRODUÇÃO

O processo de entrada no ensino superior leva um grande número de estudantes a terem que se deslocar das suas residências para prosseguirem estudos noutras cidades. Esta mudança coincide com a conclusão do ciclo de estudos do ensino secundário ou afim, que impõe ao adolescente uma dispersão dos seus grupos, que até aí tinham existido e a alteração das suas rotinas e modos de funcionamento. Por outro lado sabemos que o processo individual, nesta fase do desenvolvimento, envolve uma transição da adolescência para a idade adulta jovem (Andrade, 2012a, 2012b), considerada por Hawkins et al. (2012) como “um período chave para a exploração e mudança em áreas como a habitação, educação, trabalho e relações íntimas” (p. 88). Assim, a entrada no ensino superior instala uma mudança que, em nosso entender, inclui um processo de separação-individação (Mahler 1981; Mahler, Pine, & Bergman, 1993; Meeus, ledema, Maassena, & Engels, 2005; Pinto, 2006, 2010) que testa, por um lado, a capacidade de estar separado do grupo adolescente e, por outro, de ser capaz de lidar consigo de forma autónoma e individual. Esta ocorrência poderá obrigar a um processo interno de resolução da perda sempre que haja deslocação do local habitual de habitação, com maior ou menor dano, implicando, por isso, um processo de reparação da perda e um luto pelo grupo adolescente (Blos, 1985, 1996; Dias & Vicente, 1984; Pinto 2006, 2010), mais ou menos bem conseguido.

Importa, pois, perceber como é que os jovens vivem e sentem esta separação e, a partir disso, destacar as categorias capazes de nos apontarem padrões e características de respostas ao processo de separação em curso. Por fim, importa também perceber se e como o conceito de perda e do luto subsequente existem, como vários autores psicodinâmicos têm indicado ser uma das facetas relativas ao processo final de adolescência; importa, também, saber se a existir este se pode exprimir, quais as suas facetas protetoras e

quais as que apelam a um maior cuidado, por serem de um risco potencial maior para o desenvolvimento harmonioso dos jovens em transição para a idade adulta emergente (Arnett, 2000), abrindo o jovem para um vivido mais íntimo.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A separação é um vivido que nos acompanha através de todo o ciclo vital, provocando perdas que obrigam a processos de retirada de investimento afetivo dos objetos e sujeitos perdidos e que, por isso, instalam processos de luto (Freud, 1917/1989) mais ou menos intensos e bem ou mal resolvidos.

A saída de casa, para estudar no ensino superior, é um passo comum dos nossos jovens que se confrontam com as mudanças relativas às suas redes de relação com os seus pares, sempre que tenham de se ausentar do seu espaço familiar para irem para uma cidade fazer os seus estudos no Ensino Superior. Assim, a ida para o ensino superior instala um processo forçado de separação decorrente da mudança em curso.

O conceito de mudança tem sido usado por muitos investigadores de diversos quadrantes da psicologia (Bion, 1991; Bowlby, 1993a; Dias, 2010; Lewin, 1978; Minuchin, 1979; Watzlawick & Weakland, 1977), tendo originado uma paleta teórica de explicações do processo e diferentes modelos explicativos do comportamento, dos quais destacamos o psicodinâmico.

Na perspetiva psicodinâmica os processos elaborativos das perdas e dos lutos face aos processos de separação possibilitam uma elaboração crescente de individuação e de identidade (Erikson, 1971, 1972, 1998; Marcia, 1994; Kroger, Martinussen, & Marcia, 2010) que, associada à maior autonomia, pode instalar um bem-estar acrescido e um sentimento de si mais robusto, íntegro e capaz. Por outro lado, os processos de separação onde a mudança é sentida impestiva pode fazer emergir dúvidas, receios e desamparos, tornando o jovem instável, angustiado e/ou desamparado, com prejuízo para a construção da sua identidade social (Grinberg & Grinberg, 1998). Esta dificuldade coloca o adolescente tardio face a uma angústia de separação (Delhay, Kempnaer, Burton, Goossens, & Linkowski, 2011; Ladame, 1998).

Os modelos (psico)dinâmicos têm, pois, uma leitura do desenvolvimento humano em que atribuem uma importância grande aos padrões de relação precoce e da relação familiar, indicando que estes influenciam, a longo prazo, as dificuldades subsequentes das fases adolescente e jovem adulta até mesmo de transtornos alimentares (May, Kim, McHale, & Crouter, 2006; Moura, Santos, & Ribeiro, 2015). Ao invés, um padrão seguro de vinculação parece facilitar a separação e torna-se preditor duma mudança onde as

representações internas seguras das figuras significativas do adolescente (Bowlby, 1990) parecem possibilitar a mudança sem sobressalto de maior (Delhay et al., 2011) nos vividos e no mundo fantasmático do adolescente tardio.

Neste processo de transição adolescente (Blos, 1985; Pinto, 2010), a adaptabilidade relaciona-se com a vinculação prévia e com os seus padrões de segurança ou insegurança. Assim, a função intermediária dos grupos adolescentes (Pinto, 2006) pode ter sido concluída ou, ao invés ter sido interrompida antes do seu término. Quando acontece este interregno antecipado há um incremento da angústia no jovem (Delhay et al., 2011) que se sujeita à mudança em curso, mobilizando defesas e tentativas mais ou menos adaptativas, presentes nos *acting-outs* festivos, ou tão-somente nos sintomas de angústia ou nos sentimentos de perda e/ou de vazio, característicos da angústia de separação que se pode instalar com a separação forçada e sentida pelos jovens como abrupta (Ladame, 1998; Pinto, 2006, 2010). Esta, ao instalar-se, é sentida internamente como um processo de rutura do sentimento de continuidade do existir (Pinto, 2013; Winnicott, 2000;), provocando sentimentos de perda, desamparo ou a sua negação com alguns comportamentos agidos, na tentativa de reparação da descontinuidade percebida e sentida.

Importa, pois, perceber como é vivenciado este processo de separação e perda/luto e que padrões de respostas são dados pelos adolescentes tardios face à situação de separação e perda relativa à saída de casa e ao ingresso no ensino superior.

METODOLOGIA

No presente estudo pretendemos explorar, compreender e categorizar as respostas de adolescentes tardios inscritos e a frequentar o 1º ano de um curso superior de Licenciatura em Enfermagem, para perceber que padrões de resposta dão os estudantes ao processo de separação dos seus grupos de adolescência, partindo duma entrevista semiestruturada.

Neste estudo exploratório qualitativo, fizemos uso de 30 entrevistas com adolescentes tardios inscritos num curso de licenciatura em enfermagem. Utilizámos a técnica de categorização de Bardin (2009). Todas as entrevistas tiveram a aceitação expressa dos entrevistados que concordaram com a realização das mesmas, tendo sido respeitados os aspetos éticos da entrevista e do trabalho posterior.

Os objetivos do presente estudo exploratório são:

1. perceber como é que os jovens vivem e sentem esta separação;
2. destacar as categorias de respostas ao processo de separação em curso;

3. perceber como o conceito de perda do próprio grupo se exprime;
4. perceber quais são as facetas protetoras e as de risco potencial para o desenvolvimento harmonioso dos jovens em transição para a idade adulta emergente.

RESULTADOS

Os resultados permitem-nos compreender que existem quatro grandes categorias:

- a Separação Segura, que comporta dois tipos de subcategorias, o Sentimento de Adaptação e o Sentimento de Integração Grupal;
- a Separação Elaborada que inclui o Sentimento de Aceitação da Perda e o Sentimento de Alteração do Padrão de Relação;
- a Separação Insegura que comporta o Sentimento de Solidão/Desamparo, o Sentimento de Angústia/Medo e o Sentimento de Saudade/Desorientação;
- a Separação Falhada que envolve a Negação da Falta e o Sentimento de Resignação/Focalização na Tarefa.

Estes resultados apelam a um estudo mais pormenorizado dos achados, para que estes nos permitam perceber os padrões protetores e os padrões de risco comportamental destes jovens estudantes em processo de transição e de elaboração das perdas e dos lutos decorrentes da integração num outro contexto de vida.

A Separação Segura

Uma análise aturada dos resultados (Tabela 1) permite-nos perceber que na Separação Segura a capacidade de adaptação assume um papel central (“Tive uma boa adaptação, lidei bem com a distância em relação aos meus grupos de amigos” [2, outubro, 2014]; “Lidei bem com a separação” [3, outubro, 2014]; “No geral lidei bem” [6, outubro, 2014]; “Acho que lidei bem com a situação” [15, outubro, 2014]), revelando que há uma aceitação e integração da perda como elemento natural do ciclo vital (“Não sinto falta do que deixei para trás e não tive quaisquer sentimentos de tristeza ou perturbação na entrada no ensino superior” [16, outubro, 2014]; “Em relação ao meu grupo lidei bem . . . porque apesar de não estarmos juntos fisicamente, falávamos frequentemente. É natural que a relação com alguns se tenha perdido” [25, outubro, 2014]).

Por outro lado, os resultados mostram que neste padrão de vivência predomina um sentimento de integração grupal e uma autoestima confirmatória das competências do eu na relação com os outros pares em situação de mudança. Os grupos adolescentes parecem assumir-se como uma representação interna segura onde a perda pode ser tolerada (“tenho facilidade de criar novos amigos . . . com a capacidade de nunca esquecer dos amigos mais antigos” [3, outubro, 2014]; “faço amizades facilmente . . . estou com eles ao fim de semana não sinto tanto a falta desse grupo” [6, outubro, 2014]; “Após ter vindo estudar . . . algumas das minhas ideias e ações mudaram. . . . Tentei gerir tudo para que não fosse tão dolorosa a distância em relação aos grupos de amigos que ficaram. . . . Acho que lidei bem com a situação [15, outubro, 2014]”; “No geral lidar com as mudanças não foi muito difícil uma vez que com as praxes, trabalhos de grupo, etc..., somos obrigados a interagir com colegas” [21, outubro, 2014]).

Tabela 1
Apresentação da tabela da categoria, subcategorias e indicadores da Separação Segura

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Separação Segura	Sentimento de Adaptação	“Tive uma boa adaptação, lidei bem com a distância em relação aos meus grupos de amigos” (F19 anos; 2, outubro, 2014)
		“Lidei bem com a separação” (F18 anos; 3, outubro, 2014)
		“No geral lidei bem” (F18 anos; 6, outubro, 2014)
		“Acho que lidei bem com a situação” (F20 anos; 15, outubro, 2014)
		“Não sinto falta do que deixei para trás e não tive quaisquer sentimentos de tristeza ou perturbação na entrada no ensino superior” (F19 anos; 16, outubro, 2014)
		“Em relação ao meu grupo lidei bem . . . porque apesar de não estarmos junto fisicamente, falávamos frequentemente. É natural que a relação com alguns se tenha perdido” (F21 anos; 25, outubro, 2014)
	Sentimento de Integração Grupal	“tenho facilidade de criar novos amigos . . . com a capacidade de nunca esquecer dos amigos mais antigos” (F18 anos; 3, outubro, 2014)
		“faço amizades facilmente . . . estou com eles ao fim de semana não sinto tanto a falta desse grupo” (F18 anos; 6, outubro, 2014)
		“Após ter vindo estudar (...) algumas das minhas ideias e ações mudaram. . . . Tentei gerir tudo para que não fosse tão dolorosa a distância em relação aos grupos de amigos que ficaram. . . . Acho que lidei bem com a situação” (F20 anos; 15, outubro, 2014)
		“No geral lidar com as mudanças não foi muito difícil uma vez que com as praxes, trabalhos de grupo, etc..., somos obrigados a interagir com colegas” (M18 anos; 21, outubro, 2014)

A Separação Elaborada

A categoria Separação Elaborada (Tabela 2) mostra-nos existirem duas subcategorias: o Sentimento de Aceitação da Perda e o Sentimento de Alteração do Padrão de Relação. O Sentimento de Aceitação da Perda clarifica como o adolescente tardio organiza e elabora a separação e a perda após um primeiro período de tempo em que sente ter perdido redes de relação e rotinas que lhe provocaram mal-estar e tornaram os seus dias mais difíceis e solitários. No entanto, estes adolescentes tardios apresentam a capacidade para elaborar e integrar a perda e o luto instalado pela mudança (“No princípio lidei menos bem. . . Mas rapidamente ganhei novos hábitos” [7, outubro, 2014]; “É normal que se sinta saudades de todas as rotinas que tinha antes de mudar de residência, mas com o tempo habituamo-nos a essa falta” [8, outubro, 2014]; “ao início é um pouco difícil porque não conhecemos ninguém, é uma adaptação uma nova fase de vida. No entanto tenho a sorte de ir todos os fins de semana a casa e consigo estar com todos os meus amigos.” [18, outubro, 2014]; “No início foi complicado porque me sentia um bocadinho de parte, mas com o tempo tudo foi melhorando e agora neste momento os de Coimbra conseguem ser mais chegados a mim que os da minha terra” [19, outubro, 2014]). Esta capacidade parece ser um fator protetor do desenvolvimento harmonioso.

Relativamente ao Sentimento de Alteração do Padrão de Relação, os jovens declaram um sentimento de falta dos amigos, um quebrar dos elos de ligação que lhes provocou desconforto conseguindo engendrar formas de ultrapassar a falta e se integrarem noutras rotinas dentro de novos grupos. O aspeto elaborativo também está presente neste padrão de respostas, embora se perceba um período de maior turbulência interna onde os adolescentes tardios se sentiram muito entregues a si mesmos:

No início da vinda . . . foi complicado lidar com a distância em relação ao meu grupo de amigos, pois estava habituada a estar todos os dias com eles. . . Mas claro falo todos os dias com eles ao telemóvel para quebrar o elo de ligação (22, outubro, 2014)

vim com colegas da minha turma mas mesmo assim nada é como dantes, a minha companheira de aulas e intervalos não veio para cá e sinto muito a falta dela, dela e do meu grupo . . . pensei que pudéssemos falar a toda a hora e voltar a encontrar-nos ao fim de semana , mas, infelizmente isso nem sempre é possível (23, outubro, 2014)

No início foi necessário um esforço enorme, pois a rotina a que eu estava habituado deixara de existir . . . com o surgir de novas amizades, novos grupos e . . . identificação com a nova rotina sinto-me totalmente integrado” (31, outubro, 2014)

Tabela 2

Apresentação da categoria Separação Elaborada e das suas subcategorias

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Separação Elaborada	Sentimento de Aceitação da Perda	“No princípio lidei menos bem...Mas rapidamente ganhei novos hábitos” (F18 anos; 7, outubro, 2014) “É normal que se sinta saudades de todas as rotinas que tinha antes de mudar de residência, mas com o tempo habituamo-nos a essa falta” (M18 anos; 8, outubro, 2014) “ao início é um pouco difícil porque não conhecemos ninguém, é uma adaptação uma nova fase de vida. No entanto tenho a sorte de ir todos os fins de semana a casa e consigo estar com todos os meus amigos.” (M18 anos; 18, outubro, 2014) No início foi complicado porque me sentia um bocadinho de parte, mas com o tempo tudo foi melhorando e agora neste momento os de Coimbra conseguem ser mais chegados a mim que os da minha terra» (F18 anos; 19, outubro, 2014).
	Sentimento de Alteração do Padrão de Relação	“No início da vinda . . . foi complicado lidar com a distância em relação ao meu grupo de amigos, pois estava habituada a estar todos os dias com eles. . . . Mas claro falo todos os dias com eles ao telemóvel para quebrar o elo de ligação” (F18 anos; 22, outubro, 2014) “vim com colegas da minha turma mas mesmo assim nada é como dantes, a minha companheira de aulas e intervalos não veio para cá e sinto muito a falta dela, dela e do meu grupo . . . pensei que pudéssemos falar a toda a hora e voltar a encontrar-nos ao fim de semana, mas, infelizmente isso nem sempre é possível” (F18 anos; 23, outubro, 2014) “No início foi necessário um esforço enorme, pois a rotina a que eu estava habituado deixara de existir. . . . com o surgir de novas amizades, novos grupos e . . . identificação com a nova rotina sinto-me totalmente integrado” (M18 anos; 31, outubro, 2014)

A Separação Insegura

A Separação Insegura (Tabela 3) introduz desconforto e conflito nos jovens tendendo a reduzir a sua rede de relações ou, no mínimo, promovendo um Sentimento de Solidão e Desamparo que remete os jovens para um conflito interno de não pertença que pode eternizar o luto de forma patológica. Este conflito parece instalar também um não sentido de existência, em que o adolescente tardio sente estar nem dentro nem fora (Bion, 1987), num lugar de fronteira e não, como se esperaria num lugar de vida e de relação com o outro onde possa engendrar e tecer novos sentidos de relação (internos e externos):

“Quando vim . . . senti-me muito sozinha (1, outubro, 2014)”; “Foi um pouco difícil lidar com a separação dos amigos . . . e eu fui a única que vim para fora. Pensei que houvesse um afastamento da parte deles” (9, outubro, 2014); “O grupo que convive connosco todos os dias é o mais difícil de deixar . . . leva muitas vezes a ter vontade de desistir” (10, outubro, 2014); “Foi muito difícil porque quando falo com eles parece que estão todos bem e eu ainda não encontrei ‘amigos de verdade’” (13, outubro, 2014); “No início foi bastante complicado porque não conhecia ninguém, senti-me um pouco deslocada e perdida.” (20, outubro, 2014); “No início senti-me mal, era como que uma sensação de solidão, de não conhecer nada nem ninguém, nem cidade nem as pessoas” (24, outubro, 2014); “senti que estava sozinha e não tinha ninguém para me apoiar e partilhar esta nova experiência comigo” (27, outubro, 2014).

O Sentimento de Angústia e Medo pode então surgir na sequência da solidão e do desamparo ou instalar-se de forma direta relativamente à separação do adolescente tardio. A angústia e o medo da perda relativa ao romper do vivido grupal adolescente e ao novo desconhecido que se apresentava (“Aqui sinto que ando mais ansiosa, angustiada e desmotivada” [1, outubro, 2014]; “as primeiras sensações foram de angústia e medo de perder quem era tão importante para mim” [9, outubro, 2014]; “No início estava receosa e com medo de não me sentir integrada. A distância é algo difícil de lidar” [28, outubro, 2014]; “Sentia bastante receio e medo com a situações que ia encontrar e ainda tinha mais medo em pensar que me podia afastar do meu grupo de amigos . . . agora por vezes sinto vontade de chorar” [30, outubro, 2014]).

Sentimentos de Saudade e Desorientação é outra das respostas à separação do grupo, à mudança de local de habitação e à perda da familiaridade dos contextos. O vivido do estranho parece instalar-se e deixar os jovens desorientados e fixados nas relações perdidas com os pares da sua adolescência (“a saudade e a dificuldade em estarmos juntos no início desta nova etapa [10, outubro, 2014]”; “No local onde morava tinha imensas amizades e o facto de ter mudado para cá . . . deixou-me triste e, inicialmente um pouco perdida” [12, outubro, 2014]; “Senti muitas saudades das brincadeiras, da amizade, de ter com quem falar, com quem partilhar isto tudo” [24, outubro, 2014]; “Muitas saudades . . . a ligação com alguns membros do grupo perdeu-se” [26, outubro, 2014]).

Em síntese, os adolescentes tardios que vivenciam a separação de modo inseguro parecem restringir a sua rede e romper com um sentimento de continuidade do existir que os deixa angustiados, perdidos, sozinhos e desorientados.

Tabela 3

Apresentação da categoria Separação Insegura e das suas subcategorias

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Separação Insegura	Sentimento de Solidão/ Desamparo	“Quando vim . . . senti-me muito sozinha” (F18 anos; 1, outubro, 2014)
		“Foi um pouco difícil lidar com a separação dos amigos . . . e eu fui a única que vim para fora. Pensei que houvesse um afastamento da parte deles” (F18 anos; 9, outubro, 2014)
		“O grupo que convive connosco todos os dias é o mais difícil de deixar . . . leva muitas vezes a ter vontade de desistir” (M20 anos; 10, outubro, 2014)
		“Foi muito difícil porque quando falo com eles parece que estão todos bem e eu ainda não encontrei ‘amigos de verdade’” (F18 anos; 13, outubro, 2014)
Separação Insegura	Sentimento de Angústia e Medo	“No início foi bastante complicado porque não conhecia ninguém, senti-me um pouco deslocada e perdida.” (20, outubro, 2014)
		“No início senti-me mal, era como que uma sensação de solidão, de não conhecer nada nem ninguém, nem cidade nem as pessoas” (F18 anos; 24, outubro, 2014)
		“senti que estava sozinha e não tinha ninguém para me apoiar e partilhar esta nova experiência comigo” (F18 anos; 27, outubro, 2014)
		“Aqui sinto que ando mais ansiosa, angustiada e desmotivada” (F18 anos; 1, outubro, 2014)
Separação Insegura	Sentimentos de Saudade e Desorientação	“as primeiras sensações foram de angústia e medo de perder quem era tão importante para mim” (F18 anos; 9, outubro, 2014)
		“No início estava receosa e com medo de não me sentir integrada. A distância é algo difícil de lidar” (F18 anos; 28, outubro, 2014)
		“Sentia bastante receio e medo com a situações que ia encontrar e ainda tinha mais medo em pensar que me podia afastar do meu grupo de amigos . . . agora por vezes sinto vontade de chorar” (F18 anos; 30, outubro, 2014)
		“a saudade e a dificuldade em estarmos juntos no início desta nova etapa” (M20 anos; 10, outubro, 2014)
Separação Insegura	Sentimentos de Saudade e Desorientação	“No local onde morava tinha imensas amizades e o facto de ter mudado para cá . . . deixou-me triste e, inicialmente um pouco perdida” (F18 anos; 12, outubro, 2014)
		“Senti muitas saudades das brincadeiras, da amizade, de ter com quem falar, com quem partilhar isto tudo” (F18 anos; 24, outubro, 2014)
		“Muitas saudades . . . a ligação com alguns membros do grupo perdeu-se” (F18 anos; 26, outubro, 2014)

A Separação Falhada

A Separação Falhada (Tabela 4) é um padrão de resposta ao afastamento do adolescente do seu grupo e do seu meio familiar. Existem adolescentes tardios que face à separação parecem negar a falta e a mudança a que foram sujeitos. A clivagem e o *acting-out* parece ser uma forma inicial de lidar com o vivido intolerável da separação. Aparentemente tudo parece correr bem, aparecendo a falta posteriormente, manifesta em ações ou sentimento de saudade (“Nos primeiros tempos não sentia muita falta . . . a partir do 3º mês sentia muitas saudades dos convívios e das conversas habituais . . . cheguei a ir à cidade onde estava a maior parte do grupo” [4, outubro, 2014]; “No início não custou muito a separação do meu grupo de amigos . . . passado algum tempo existia uma saudade, uma vontade de estar com eles novamente” [5, outubro, 2014])

Uma outra forma de resposta à separação envolve o sentimento de resignação, uma sobre adaptação ao real que se assume também como um *acting-out* manifesto na redução das relações sociais e grupais, hipervalorizando a focalização na tarefa, que esconderá um luto menos bem conseguido pelo jovem em relação aos seus grupos que continuam a ocupar um lugar que não pode ser ocupado por outros existentes atualmente. Estes são desqualificados e por isso não são investidos afetivamente:

custa sempre . . . sentimentos de extrema saudade prevalecem ainda hoje, para superar isto apenas me mentalizei que tenho que estudar e seguir com a minha vida em frente (11, outubro, 2014)

Após ter deixado a minha cidade . . . deparei-me com pessoas que não tinham grandes compatibilidades com o meu grupo de pessoas . . . nem sempre me senti completamente satisfeita nesta cidade, deixando transparecer sentimentos que não queria sentir. . . . tentei focar-me no objetivo que me levou a vir estudar para Coimbra (14, outubro, 2014)

Após o afastamento do meu grupo de amigos tive claramente alterações na minha maneira de pensar . . . alguns sentimentos de saudade e algum desespero . . . agora que estava afastado deles tinha de tomar as minhas próprias decisões e de me mentalizar que a minha vida era agora só minha e eu tinha de a controlar (17, outubro, 2014)

Em síntese, a separação falhada parece instalar *acting-outs* manifestos em tentativas de não elaboração do luto decorrente da tentativa de não elaboração do luto do próprio grupo.

Tabela 4

Apresentação da categoria Separação Falhada e das suas subcategorias

Separação Falhada	Negação da Falta	"Nos primeiros tempos não sentia muita falta... a partir do 3º mês sentia muitas saudades dos convívios e das conversas habituais . . . cheguei a ir à cidade onde estava a maior parte do grupo" (F19 anos; 4, outubro, 2014) "No início não custou muito a separação do meu grupo de amigos . . . passado algum tempo existia uma saudade, uma vontade de estar com eles novamente" (F19 anos; 5, outubro, 2014)
	Sentimento de Resignação/ Focalização na Tarefa	"custa sempre . . . sentimentos de extrema saudade prevalecem ainda hoje, para superar isto apenas me mentalizei que tenho que estudar e seguir com a minha vida em frente" (M18 anos; 11, outubro, 2014) "Após ter deixado a minha cidade . . . deparei-me com pessoas que não tinham grandes compatibilidades com o meu grupo de pessoas . . . nem sempre me senti completamente satisfeita nesta cidade, deixando transparecer sentimentos que não queria sentir. . . tentei focar-me no objetivo que me levou a vir estudar para Coimbra" (F19 anos; 14, outubro, 2014) "Após o afastamento do meu grupo de amigos tive claramente alterações na minha maneira de pensar . . . alguns sentimentos de saudade e algum desespero . . . agora que estava afastado deles tinha de tomar as minhas próprias decisões e de me mentalizar que a minha vida era agora só minha e eu tinha de a controlar" (M18 anos; 17, outubro, 2014)

DISCUSSÃO

O processo de separação grupal, provocado pela entrada no ensino superior, apresenta ser multifacetado na sua expressão e, também, mobilizador de um processo de luto relativo à perda real e/ou funcional habitual dos grupos adolescentes. A saída de casa e o abandono físico do grupo origina respostas variadas que parecem envolver padrões de resposta diferenciados, mais ou menos resolutivos das perdas postas em marcha pela separação do adolescente em relação aos seus grupos. A entrada no ensino superior implica, então, uma alteração do padrão de relação com o grupo adolescente, instalando um período de exploração, de mudanças sociais e das relações de proximidade e intimidade. Esta mudança testa a separação-indivuação adolescente (Mahler, 1981; Mahler, Pine, & Bergman, 1993; Meeus et al., 2005; Pinto, 2006, 2010) e a capacidade de realizar o luto pelo próprio grupo (Blos, 1985; Pinto, 2006). Os resultados permitem-nos compreender que existem quatro categorias de respostas: 1) a Separação Segura, que comporta dois tipos de subcategorias,

o Sentimento de Adaptação e o Sentimento de Integração Grupal; 2) a Separação Elaborada que inclui o Sentimento de Aceitação da Perda, o Sentimento de Alteração do Padrão de Relação; 3) Separação Insegura que comporta o Sentimento de Solidão/Desamparo, o Sentimento de Angústia/Medo e o Sentimento de Saudade/Desorientação; 4) Separação Falhada que envolve a Negação da Falta e o Sentimento de Resignação/Focalização na Tarefa. Estes resultados indicam-nos dois padrões elaborativos da separação e da perda do grupo adolescente como ele existia (separação segura e separação elaborada) e dois padrões de risco face à separação do grupo adolescente (separação insegura e separação falhada). Estes últimos parecem envolver um potencial aumentado de comportamentos de riscos. Os resultados confirmam a existência de um processo de luto pelo grupo adolescente. Este pode fazer-se de forma elaborativa, preservando o sentimento de integridade, ou instalar-se um processo ansioso/de negação que se mostra de maior risco, confirmando-se a perspectiva de Ladame (1998) e Delhay et al., (2011) quando afirmam que as separações antecipadas e intempestivas provocam sentimentos de angústia acrescidos.

Podemos, por fim, perceber que a separação física é uma inevitabilidade espacial e apela ao histórico dos vividos do adolescente, por um lado, e ao padrão de vinculação prévio e que, por isso, os adolescentes com padrões de vinculação mais segura tendem a elaborar as perdas de forma menos sofrida e mais integrativa. Por outro lado, os adolescentes com padrões mais inseguros de vinculação tecem um processo de separação e luto mais tortuoso onde os níveis de sofrimento e de angústia parecem tornar-se exacerbados, provocando danos, quer no processo de integração social quer no modo como o jovem se redefine no seu Eu.

CONCLUSÕES

Podemos, pois, concluir que o processo de separação e de perda do grupo adolescente instala, como defendem vários autores da psicanálise, um processo de luto pelo próprio grupo adolescente. Este envolve padrões saudáveis de resolução e padrões de risco desenvolvimental. Estes últimos exigem uma resposta mais cuidada dos agentes educativos, por deixarem o adolescente tardio exposto a situações de risco onde a relação social e grupal parece ficar comprometida, havendo, por vezes, uma rutura no sentimento de continuidade do existir manifesta, quer pelo excesso (*acting-outs*) quer pela inibição do contacto (focalização excessiva nas tarefas escolares). Os resultados deste estudo apelam, por isso, à construção de um instrumento que possa, de forma mais abrangente, perceber em populações alargadas de jovem estudantes do primeiro ano de curso do ensino superior como estes se organizam e funcionam face à separação e à perda dos seus grupos e, consequentemente, como organizam o luto pelo próprio grupo adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). (Des) equilíbrios familiares. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Andrade, C. (2012a). Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*, 28(2), 255-267. doi:10.14417/ap.279
- Andrade, C. (2012b). A fenomenologia da percepção a partir da autopoiesis de Humberto Maturana e Francisco Varela. *Griot: Revista de Filosofia*, 6(2), 98-120. Recuperado de http://www2.ufrb.edu.br/griot/images/vol6-n2/8-A-FENOMENOLOGIA_DA_PERCEPCAO_A_PARTIR_DA_AUTOPOIESIS_DE_HUMBERTO_MATURANA_E_FRANCISCO_VARELA-_Claudia_Castro_de_Andrade.pdf
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi:10.1037//0003-066X.55.5.469
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Almedina.
- Bion, W. (1987). *Conferências brasileiras*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Bion, W. (1991). *As transformações: Mudança do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Blos, P. (1985). *Adolescência, uma interpretação psicanalítica*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Blos, P. (1996). *Transição adolescente*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993a). *Separação, angústia e raiva*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993b). *Luto, tristeza e depressão*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Delhay, M., Kempenaer, Burton, J., Goossens, L., & Linkowski, P. (2011). Réflexions sur le concept de détachement adolescente: Reflexions about the adolescent detachment concept. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(4), 215-220. doi:10.1016/j.amp.2010.07.004
- Dias, C. (2010). *A teoria das transformações*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Dias, A., & Vicente, T. (1984). *A Depressão no Adolescente*. Porto, Portugal: Afrontamento
- Erikson, E. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise, la quête de l'identité*. Paris, France: Flammarion.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Freud, S. (1917/1989). *Luto e melancolia* (ed. standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. 14). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1998). *Identidade e mudança*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Hawkins, M., Villagonzalo, K., Sanson, A., Toumbourou, J., Letcher, P., & Olsson, C. (2012). Associations between positive development in late adolescence and social, health, and behavioral outcomes in young adulthood. *Journal Of Adult Development*, 19(2), 88-99. doi:10.1007/s10804-011-9137-8

- Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 33(5), 683–698. doi:10.1016/j.adolescence.2009.11.002
- Ladame, F. (1998). Etat limite et adolescence. *La Psychiatrie de L'enfant*, 41(2), 333–354.
- Lewin, K. (1978). *Problemas de dinâmica de grupo*. São Paulo, Brasil: Cultrix.
- Mahler, M. (1981). *La symbiose humaine et les vicissitudes de l'individuation : Dix ans de psychanalyse en Amérique, anthologie du Journal of American Psychoanalytic Association*. Paris, France: PUF.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1993). *O nascimento psicológico da criança*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Marcia, J. (1994). The empirical study of ego identity. In H. Bosma, T. Graafsma, H. Grotevant & D. Levita (Org.), *Identity and development, an interdisciplinary approach* (pp. 67–80). London, England: Sage publications.
- May, A., Kim, J-Y., McHale, S., & Crouter, A. (2006). Parent-adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 729–740. doi:10.1002/eat
- Meeus, W., Iedema, J., Maassena, G., & Engels, R. (2005). Separation-individuation revisited: On the interplay of parent-adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence. *Journal of Adolescence* 28, 89–106. doi:10.1016/j.adolescence.2004.07.003
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris, France: J. P. Delarge.
- Moura, F., Santos, M., & Ribeiro, R. (2015). The constitution of mother-daughter relationship and the development of eating disorders. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 233–247. doi:10.1590/0103-166X2015000200008
- Pinto, J. (2006). *Adolescência e grupos: Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)* (Dissertação de doutoramento). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pinto, J. (2010). Adolescência e família: O processo de separação-indivuaçãoção. *SE..., Não...: Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 1, 73–87.
- Pinto, J. (2013). Adolescentes: Saúde e doença. In J. Pinto (Coord.), *Psicologia em contextos de Saúde: Da compreensão à intervenção* (pp. 17–25). Coimbra, Portugal: UICISA: E, ESEnFC.
- Watzlawick, P., & Weakland, J. (1977). *Mudança: Princípio de formação e resolução de problemas*. São Paulo, Brasil: Cultrix.
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.

Entretecendo sentidos com diferentes olhares...

Os capítulos seguintes apresentam-nos textos onde o ser humano e o seu desenvolvimento são revisitados e pensados realçando-se, através de abordagens díspares, como os riscos espreitam o desenvolvimento harmonioso sempre que se impõem e forçam ritmos, poderes, dominâncias ou estereótipos acerca dos vividos humanos e das suas ações quotidianas...

CAPÍTULO VI

DOENÇA CARDÍACA E SAÚDE MENTAL: INTIMIDADE FALHADA E DOENÇA CARDÍACA

JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO

INTRODUÇÃO

A dialética corpo/mente foi ao longo dos séculos uma presença inquietante deixada por Descartes no seu *Discurso do método*. O seu propósito era estudar como circulava o sangue no corpo, tendo depois chegado à teoria das marés onde defendia que o sangue fluía como vagas do mar, num vai e vem permanente. À luz do conhecimento atual fica-nos o sorriso ao ler a tese, mas esquecemo-nos que o importante foi agendar a questão para a poder estudar, progressivamente, com mais rigor. O dano, por seu lado, foi separar corpo e alma como coisa distinta que afastou sinergias e levou a equívocos tão grandes como aquele das marés que inaugurou o estudo do sistema circulatório. No final do séc. XX início do séc. XXI assistimos a um progressivo juntar das partes num esforço progressivo de entendimento da relação corpo/mente e das suas continuidades estruturais e funcionais. Chegados a este ponto importa-nos pensar o corpo como elemento expressivo, primário, porque primeiro, de onde partem todos os sinais e onde se expressam grande parte dos problemas que assolam o ser humano no seu trajeto de vida.

Originalmente, a expressão corporal é meio de expressão de sensações e emoções que assolam o ser humano e se, num lapso apressado, pensámos a humanidade como um dado adquirido, logo vieram as crianças selvagens demonstrar que a passagem da hominização à humanização careciam duma intervenção ativa humana, precoce e continuada que, a não ser feita, como no caso referido, podia levar ao desencontro do sujeito humano com a sua espécie. Ser humano é complexo e variável, partindo sempre duma base expressiva corporal – o movimento, que no dizer de Winnicott (2000) era a génese da agressão – que espera por uma função continente e transformativa que signifique sensações, emoções e ações (Bion, 1987, 1991) expressas pelo infante.

Esta introdução traz-nos a duas ideias fundamentais: a interação e qualidade da vinculação, que em nosso entender matizam toda a vida do ser humano e medeiam o modo como o coração bate mais ou menos devagar, como se relaciona, com o alimento que depois implica no funcionamento cardíaco e na imagem corporal do indivíduo, com o outro na relação, com a sua própria doença cardíaca que é o que aqui nos junta.

Vinculação e relação corpo-mente

A vinculação segura (Ainsworth, 1998; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Ainsworth & Eichberg, 1998; Bowlby, 1990; Freitas & Mota, 2015) parece ser um elemento fundamental no desenvolvimento que se mostra protetor e capaz de desenvolver uma capacidade resolutive e transformativa, duradoura nas situações desfavoráveis com que a vida sempre nos contempla. A vinculação insegura tem impacto muito marcante na vida das pessoas a ela sujeita. Ela parece ter um papel elaborador fundamental na construção do ser humano e naquilo em que ele se pode transformar, sem esquecer a sua faceta constitucional mais ou menos generosa como adiante focaremos. Matos (2003, p. 33) ao falar da doença psicossomática associa-a à depressividade que, na sua origem, se relaciona “com perdas afetivas cumulativas na primeira infância e limitação/proibição excessiva do comportamento espontâneo e reativo; ou seja, *carência afetiva e repressão precoces*”.

Esta carência afetiva remete-nos para a falha na função cuidadora que se poderá dever a uma paleta variável de situações – falta de investimento, depressão, ansiedade e entre outras – que desencontram bebé e mãe. Este desencontro perpetua-se muitas vezes pelo tempo fora na vida dos indivíduos a eles sujeitos, manifestando-se no desencontro que os próprios sentem na relação com o outro ou na falta de profundidade com que vivem as suas relações mais íntimas. Muitos deles, quando a falha é muito precoce só encontram meio de expressão do seu mal-estar no corpo que se torna, ele mesmo, mensageiro duma comunicação densa e encriptada onde o mal-estar difuso e sem história conhecida tomam a dianteira expressiva.

O adoecer psicossomático tem, no entender de Coimbra de Matos, a depressão falhada, o sonho falhado e a raiva amordaçada. Existe então uma ausência de reação psíquica as respostas insuficientes ou à manipulação agressiva do meio humano. A inexistência desta

almofada psicoafetiva sujeita o organismo biológico à ação direta (não amortecida e não filtrada) e persistente (pela falência responsiva do *self*) dos acontecimentos relacionais traumáticos – fragilizando ou mesmo desregulando, pelo impacte excessivo e duradouro da tensão stressante, as funções adaptativas dos sistemas neurovegetativo, endócrino e imunitário (Matos, 2003, p. 34-35).

Em estudos sobre o interjogo entre os genes e o ambiente percebemos que a resposta envolve a estrutura da genética individual da criança e o tipo de vinculação entre a criança e os pais. Assim, vários autores defendem que a resposta não é só contextual/ambiental, pois envolve também questões genéticas como a saliência da vulnerabilidade que se apresenta geneticamente mediada (O'Connor, Caspi, DeFries, & Plomin, 2003; Reiss, Neiderhiser, Hetherington, & Plomin, 2000). Assim, a genética parece potenciar o risco para a psicopatologia. Sujeitos com maior vulnerabilidade e insegurança tem uma probabilidade maior de lidar menos bem com os riscos ambientais. Os estudos de Kochanska, Philibert, e Barry (2009) verificaram que existia uma interação robusta genes/ambiente entre o risco genético e a qualidade da relação precoce. Verificou-se que as crianças que carregavam um alelo (5-HTTLPR, serotonin transporter polymorphism) curto, quando o apego era inseguro, desenvolviam capacidades reguladoras pobres, mas aqueles que tinham vinculações seguras, desenvolviam boas capacidades reguladoras como as crianças que eram homozigotos para o alelo longo, confirmando que um relacionamento de apego seguro pode servir como um fator de proteção na presença de risco conferido por um genótipo. O modelo psicofisiológico também defende uma ligação entre interação de demanda-retirada/iniciação-evitamento e a reatividade cardiovascular. Vários estudos (Birmingham, Uchino, Smith, Light, & Sanbonmatsu, 2009; Heffner, Kiecolt-Glaser, Loving, Glaser, & Malarkey, 2004; Smith, Baron, & Grove, 2014) relatam uma associação entre interações negativas no casal e a reatividade da pressão sanguínea. Num outro estudo com casais recentes e casais mais idosos verificava-se que mulheres e maridos que tinham bom nível de suporte e satisfação de casal mostravam ter baixos níveis de pressão sanguínea. Os casais mais velhos só os maridos mostravam maiores respostas de cortisol, quando o suporte das esposas era sentido como mais baixo (Heffner et al., 2004; Smith et al., 2014). O padrão de vinculação parece, assim, ter um papel importante ao nível da pressão sanguínea e da reatividade cardiovascular, havendo um risco aumentado entre o padrão de vinculação insegura, onde o suporte é diminuto ou inexistente, e um mal-estar fisiológico acrescido nas pessoas sujeitas a estes padrões de vinculação. As relações de casal onde predominam laços de suporte parecem associar-se a uma redução da reatividade cardiovascular, enquanto os outros laços, como o ambivalente, predizem piores resultados tais como, aumento da depressão, *stress* percebido e função cardiovascular (Birmingham et al., 2009). Noutro estudo, Smith, Uchino, Berg, e Florsheim (2012) revelam que o desacordo nos casais onde prevaleça a hostilidade e a zanga e onde o cônjuge perceba maior controlo e relação menos calorosa associa-se com o aparecimento assintomático de doença coronária, alertando-nos para uma intervenção prévia no casal que possibilite prevenir futuros problemas cardíacos decorrentes deste desencontro e animosidade no casal.

Noutra investigação, Baron, Smith, Uchino, Baucom, e Birmingham (2016), tendo por base a teoria interpessoal, realizou um estudo com 94 casais, com uma média de idades

de 29,6 anos, sobre traços de afiliação (relação calorosa vs. hostilidade) e medidas de controlo (dominância vs. submissão). Os resultados mostram que os traços de controlo mais elevados (dominância) prediziam maior pressão sanguínea sistólica e diastólica em homens mas não em mulheres. Uma elevada afiliação prediz mais baixa pressão sanguínea sistólica em homens e mulheres. Estes resultados parecem indicar que as relações interpessoais e a sua tonalidade afetiva podem constituir um risco psicossocial para a doença coronária vascular (CVD), sempre que os níveis de proximidade e afetividade calorosa no casal estejam comprometidos, pela hostilidade e pela dominância, o risco de sofrimento corporal e de compromisso cardíaco tornam-se presentes.

Denton, Burleson, e Brubaker (2009, p. 136-137) efetuaram uma investigação longitudinal de 10 anos e concluíram que “mulheres que se declaram *auto silenciadas* durante o conflito com o cônjuge tinham um risco quatro vezes maior de morrer em comparação com mulheres que não relatam esse auto silenciamento”. Concluíram também que os pacientes em programas de reabilitação cardíaca relatavam-se significativamente menos como iniciadores de discussões com o cônjuge do que o grupo de controlo da comunidade. Estes doentes usavam o evitamento nas discussões existentes na relação conjugal.

Juntos, estes resultados sugerem que “evitar discussões de relacionamento com o cônjuge pode ser um fator de risco especial para as mulheres, especialmente se essas mulheres veem os seus cônjuges mais capazes de ser iniciadores” (Denton et al., 2009, p. 140).

Smith et al. (2011), partindo de um estudo, sugerem que a baixa qualidade da relação conjugal pode ser um fator de risco nas fases iniciais da doença arterial coronária. Os riscos nas mulheres relacionam-se com baixos níveis de relação calorosa durante interações potencialmente stressantes e em histórias de divórcio, nos homens a situações mais stressantes foram o divórcio e elevados níveis de controlo e dominância.

A falha no envolvimento e no calor da relação e o divórcio parecem deixar no ar a ideia de que as mulheres se encontram entre o desamor sentido na relação e o receio de ficarem entregues a si próprias, num impasse que parece desvelar que a dependência emocional é um fator de risco para as mulheres e, literalmente, lhes faz doer o coração. Os homens, por seu lado, mostram como a dominância e o controlo verdadeiramente os não satisfaz, mostrando como o reverso da dominância desvela um nível de *stress* elevado que levanta a questão da ameaça à integridade do eu e de como a insegurança acerca de si os encurrala no lugar do dominante e do controlador, mas destapa e fragilidade do vínculo e da capacidade de ser íntimo na relação conjugal. O *stress* na intimidade, por seu lado, apresenta uma associação robusta com a depressão, nomeadamente, na relação com o sentimento de rejeição, insatisfação e baixa intimidade que tendem a aumentar a sintomatologia depressiva (Evraire, Ludmer, & Dozois, 2014)

Assim, a relação conjugal, a sua funcionalidade e a intimidade cúmplice parecem ser o desejo e o medo dos cônjuges, que, por sua vez, parecem desvelar o trauma na relação primária, onde o desencontro e/ou o desamor foram sentidos, impossibilitando o mapeamento da relação íntima com o outro.

A construção duma área de encontro é uma necessidade relacional e de proteção à saúde dos cônjuges. Neste sentido, Denton et al. (2009, p. 135) defendem que a satisfação conjugal está associada com menos aterosclerose da aorta e da carótida em mulheres e menor ocorrência de enfarte do miocárdio ou angina instável.

O desencontro amoroso no casal, que em nosso entender reativa desencontros na díade original onde se estabeleceram vínculos inseguros, parecem confirmar Matos (2003) quando defende que mais amor é sinónimo de menos doença.

Importa então percebermos como se articulam no indivíduo, emoção e o funcionamento cardíaco, embora o que atrás foi descrito pareça indicar como as relações têm um peso muito grande na saúde e na doença, nomeadamente, na doença cardíaca.

Emoção e funcionamento cardíaco

A emoção tem na génese a expressão do desagrado ou do prazer momentâneo sentido pelo bebé e da significação que os cuidadores vão atribuindo a esta paleta de emoções que o inundam, momento a momento. A significação dada a cada uma das emoções expressa envolve uma paleta complexa de afetos nos próprios cuidadores e essa complexidade é a marca de água da diversidade humana e da singularidade que reveste cada uma das pessoas com que nos cruzamos. Mas como começou esta aventura da significação? Damásio, em *O livro da consciência: A construção do cérebro consciente* desenvolve os conceitos de *vantagens* e *ameaças* que estruturas vivas pouco complexas passaram a utilizar para preverem o melhor posicionamento face às situações futuras que se aproximavam. Esta *autopoiesis* (Maturana e Varela citado por Relvas, 1996 e Alarcão, 2000) orgânica mostra-nos que a sua intencionalidade parece ser anterior à própria noção de consciência e indica também que muito do que passamos acontece aquém da consciência. Assim, o desenvolvimento no cérebro de estruturas capazes de detetar e prever a chegada provável de *vantagens* ou *ameaças* para o organismo permite assinalá-las do seguinte modo: as “vantagens com a libertação de uma molécula como a dopamina e a a oxitocina, ou a chegada de ameaças com a hormona que induz o cortisol ou a prolactina” (Damásio, 2010, p. 78). O cérebro, mesmo o mais simples, consegue antecipar e produzir respostas químicas que se adequam aos seus estados e à sua percepção de como estes o podem sobressaltar e colocar em risco ou dar estados de prazer e de bem-estar.

Este equilíbrio bioquímico e funcional dos organismos permite-nos supor que muito do desconforto e do dano corporal pode acontecer a um nível não consciente, onde o sistema nervoso autónomo opera e domina na sua relação incessante com o sistema hormonal e o sistema imunitário.

A ativação do eixo HPA é uma resposta do organismo a situações de *stress* num esforço adaptativo do corpo (Ströhle & Holsboer, 2003). “Níveis elevados de ansiedade, assim como transtornos de ansiedade estão associados a mudanças na regulação do eixo HPA e, consequentemente, a secreção de cortisol” (Merswolken, Deter, Siebenhuener, Orth-Gomér, & Weber, 2013, p. 465), embora, no entender destes autores, os resultados sejam ainda inconsistentes e existam padrões diferenciados de resposta que exigem clarificação. Ainda assim, vários estudos sobre desregulação do eixo HPA desvelam a ligação entre fatores psicossociais e doença coronária. As alterações da secreção de cortisol foram relacionadas com uma série de fatores de risco de doenças cardiovasculares, tais como hipertensão, hiperlipidemia, a obesidade, resistência à insulina, e a atividade pró-trombótica (Gallo et al., 2003; Light, Grewen, & Amico, 2005). Os portadores de doença arterial coronária apresentam padrões de cortisol alterado quando comparados com indivíduos saudáveis (Kudielka & Kirschbaum, 2003; Vreeburg et al., 2009). Por outro lado, num estudo clássico, Troxler, Sprague, Albanese, Fuchs, e Thompson (1977) descobriram que o grau de aterosclerose pode ser associado com níveis elevados de cortisol pela manhã e a um padrão achatado diurno (Matthews, Schwartz, Cohen, & Seeman, 2006; Nijm, Kristenson, Olsson, & Jonasson, 2007) e ao aumento da produção total de cortisol, durante o período de vigília. Merswolken et al. (2013) referem que “num grande estudo prospetivo de base populacional, a proporção cortisol/testosterona também foi ligada a incidência de doença coronária” (p. 461). Estes resultados parecem indicar que as emoções e o *stress* se associam à doença arterial coronária. Tobo-Medina e Canaval-Erazo (2010) defendem a existência duma área do córtex cerebral, associada às emoções que é ativada em condições de *stress* e que pode produzir respostas de hipertensão e mesmo enfarte (p. 20).

Numa outra investigação, Tobo-Medina e Canaval-Erazo (2010) quiseram saber quais são os estados afetivos e emocionais predominantes nas experiências de *stress* em pessoas com doença arterial cardíaca (DAC). Realizaram um estudo transversal, com 65 pessoas com DAC e verificaram, através dum questionário sobre 38 estados afetivos e emocionais, serem prevalentes: hipersensibilidade, impaciência, infalibilidade, medo, preocupação excessiva para outros, autorrepressão emocional, rigidez moral, desejo de ser um exemplo para os outros, sobreproteção, solidão e isolamento. Todos estes afetos e estados emocionais tinham por base, segundo os autores, a culpa, o sentimento de infelicidade, a desolação, a angústia extrema e a desesperança.

A preocupação excessiva com os outros e a necessidade de reconhecimento pelos outros em detrimento da expressão das emoções e das necessidades afetivas parece

remeter-nos para conflitos internos constantes, deficiente auto-preservação e *stress* emocional (Tobo-Medina & Canaval-Erazo, 2010, p. 20).

Os indivíduos que experimentam emoções negativas apresentam uma maior variabilidade do batimento cardíaco e este bate mais caótico ou desordenado em contraponto com indivíduos que apresentam estados de humor positivos. Nestes existe maior ordem ou ressonância na variabilidade do batimento cardíaco (Broadwell & Light, 2005; Mendes, Bastos, & Paiva, 2010).

Emoções e o humor em doenças cardíacas crônicas

As doenças cardíacas tendem a reduzir qualidade de vida e bem-estar e a incrementar os níveis de morbidade e mortalidade aos seus portadores. Percebemos que as emoções e a qualidade das relações têm um peso grande no adoecer cardíaco. Este, embora tenha maior expressão na fase avançada da vida, também tem expressão em homens e mulheres em fase de pré reforma (Dickson, VMcCauley, & Riegel, 2008) – por exemplo, 8,9% dos homens e 5,4% das mulheres com insuficiência cardíaca (IC) estão na idade pré-reforma nos EUA (Dickson, VMcCauley, & Riegel, 2008; Mendes, Bastos, & Paiva, 2010; Strömberg, 2006) e em Portugal verifica-se que a prevalência de 4,36% de IC, ligeiramente superior no sexo feminino, entre os portugueses com mais de 25 anos, isto é, 260 mil pessoas acima desta faixa etária sofrem desta doença (Ceia et al., 2004; Fonseca, 2008).

Vreeburg et al. (2010) encontraram uma associação significativa entre os níveis de cortisol ao despertar o transtorno de ansiedade atual. Estas associações foram mais pronunciadas entre os pacientes com transtorno de pânico e agorafobia e entre pacientes com depressão como co morbidade. A ansiedade verificou-se ser um fator de risco de incidência para indivíduos saudáveis e para indivíduos no curso da doença cardiovascular já estabelecida (Merswolken et al., 2013; Roest, Martens, de Jonge, & Denollet, 2010).

Merswolken et al. (2013) encontraram uma produção de cortisol total significativamente maior e uma tendência para um aumento mais pronunciado na primeira hora após o despertar em pacientes coronários altamente ansiosos em comparação com pacientes com níveis de ansiedade moderadamente elevados. Estas associações foram mantidas, em parte, após o controlo de fatores sociodemográficos, clínicos e de depressão.

Noutro estudo, Tobo-Medina e Canaval-Erazo (2010) equiparam a associação do *stress* e dos aspetos comportamentais e emocionais à da hipercolesterolemia, hipertensão e tabagismo e fatores na doença coronária. Os sintomas de ansiedade têm uma forte incidência nos doentes “após procedimento para tratamento de doença cardíaca varia

de 16% a 50%, e nos doentes submetidos a tratamento cirúrgico de revascularização do miocárdio os sintomas psicológicos podem chegar a 40%” (Carneiro et al., 2009, p. 432).

A prevalência para toda a vida de transtorno mental em pessoas com doenças físicas crónicas é de mais de 40%, nomeadamente, transtornos de humor e de ansiedade (Sadock & Sadock, 2007).

“Os doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca . . . mostram taxas de depressão que variam entre os 13,9% e os 77,5%, enquanto que naqueles que têm a doença estabilizada a variabilidade é de 13% a 48%” (Mendes & Eufrásio, 2013, p. 30).

Em síntese

As perturbações emocionais parecem assumir uma associação forte com o adoecer cardíaco e a doença cardíaca. Muito antes de existir doença cardíaca, o *stress* e o cortisol libertado parecem mostrar como existe uma descontinuidade corpo/mente, um conflito interno que decorre do desencontro do indivíduo consigo e/ou com os outros. A vinculação insegura parece ter um papel fundamental no modo como se lida com a adversidade e com a capacidade de confrontar e clarificar os diferendos. Quando esta não acontece, por falta de uma almofada psicoafectiva (Matos, 2003), o corpo torna-se o lugar expressivo do mal-estar do indivíduo e, como atrás referimos, nos casais onde não existem relações calorosas e onde predomina a hostilidade e/ou a dominância/submissão. Assim, neste tipo de relações, a adversidade e a submissão podem potenciar as respostas corporais ao mal-estar. O coração parece muitas vezes ser o local do corpo onde a fala indizível toma lugar e a doença se instala. A relação consigo e com o mundo e a capacidade para lidar e metabolizar as situações adversas sem necessitar de usar o corpo como meio expressivo é um fim no qual os profissionais de saúde têm um papel inultrapassável de sinalização e/ou acompanhamento.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental ao olharem a montante da instalação da doença, para o sofrimento, nomeadamente a ansiedade e as alterações do humor, como sinal de um mal-estar que apela por transformação e integração psicológica. A disfuncionalidade dos casais obriga-nos também a olhar para ela como um aviso prévio duma potencial doença cardíaca em *construção*.

Em síntese, pensar as relações, a sua disfuncionalidade, e os seus impactos no adoecer corporal, nomeadamente o cardíaco, tornam-se um apelo na prática dos cuidados de saúde, como forma preventiva dos riscos associados à doença cardíaca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1998). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London, England: Routledge.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of strange situation*. New York, NY: Erlabum.
- Ainsworth, M. D., & Eichberg, C. (1998). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or traumatic experience. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160-183). London, England: Routledge.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Baron, C., Smith, T., Uchino, B., Baucom, B., & Birmingham, W. (2016). Getting along and getting ahead: Affiliation and dominance predict ambulatory blood pressure. *Health Psychology*, 35(3), 253-261. doi: 10.1037/hea0000290
- Bion, W. (1987). *Conferências brasileiras*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago Editora.
- Bion, W. (1991). *As transformações: Mudança do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago Editora.
- Birmingham, W., Uchino, B., Smith, T., Light, K., & Sanbonmatsu, D. (2009). Social ties and cardiovascular function: An examination of relationship positivity and negativity during stress. *International Journal of Psychophysiology*, 74(2), 114-119. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2009.08.002
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. S. Paulo, Brasil: Martins Fontes Editores.
- Broadwell, S., & Light, K. (2005). Hostility, conflict and cardiovascular responses in married couples: A focus on the dyad. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(3), 142-152. doi: 10.1207/s15327558ijbm1203_3
- Carneiro, A., Mathias, L. A., Rassi J., Anis, M., Nelson, S., Gozzani, J., & Miranda, A. (2009). Evaluation of preoperative anxiety and depression in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59(4), 431-438. doi: 10.1590/S0034-70942009000400005
- Ceia, F., Fonseca, C., Mota, T., Murais, H., Matias, F., Costa, C., & Oliveira, A. (2004). Epidemiologia da insuficiência cardíaca em Portugal continental: Novos dados do estudo EPICA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 23(Supl. 3), 15-22.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: A construção do cérebro consciente*. Maia, Portugal: Círculo de Leitores.
- Denton, W., Burleson, B., & Brubaker, P. (2009). Avoidance may be bad for the heart: A comparison of dyadic initiator tendency in cardiac rehabilitation patients and matched controls. *Behavioral Medicine*, 35(4), 135-142. doi: 10.1080/08964280903334535
- Dickson, V., McCauley, L., & Riegel, B. I. (2008). - Work-heart balance.: The influence of biobehavioral variables on self-care among employees with heart-failure. *Continuing Education*. Vol. 56(2), p. 63-73.

- Evraire, L., Ludmer, J., & Dozois, D. (2014). The influence of priming attachment styles on excessive reassurance seeking and negative feedback seeking in depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 33*(4), 295-318. doi: 10.1521/jscp.2014.33.4.295
- Fonseca, C. (2008). *Insuficiência cardíaca, uma epidemia do Séc. XXI* (Tese de doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médica, Portugal.
- Freitas, V., & Mota, C. P. (2015). Implicações da vinculação amorosa e suporte social na autoestima em jovens universitários. *Análise Psicológica, 33*(3), 303-315. doi: 10.14417/ap.863
- Gallo, L., Troxel, W., Kuller, L., Sutton-Tyrrell, K., Edmundowicz, D., & Matthews, K. (2003). Marital status, marital quality, and atherosclerotic burden in postmenopausal women. *Psychosomatic Medicine, 65*(6), 952-962.
- Heffner, K., Kiecolt-Glaser, J., Loving, T., Glaser, R., & Malarkey, W. (2004). Spousal support satisfaction as a modifier of physiological responses to marital conflict in younger and older couples. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(3), 233-254. doi: 10.1023/B:JOBM.0000028497.79129.ad
- Kochanska, G., Philibert, R., & Barry, R. (2009). Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(11), 1331-1338. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02050.x
- Kudielka, B., & Kirschbaum, C. (2003). Awakening cortisol responses are influenced by health status and awakening time but not by menstrual cycle phase. *Psychoneuroendocrinology, 28*(1), 35-47. doi: 10.1016/S0306-4530(02)00008-2
- Light, K., Grewen, K., & Amico, J. (2005). More frequent partner hugs and higher oxytocin levels are linked to lower blood pressure and heart rate in premenopausal women. *Biological Psychology, 69*(1), 5-21. doi: 10.1016/j.biopsycho.2004.11.002
- Matthews, K., Schwartz, J., Cohen, S., & Seeman, T. (2006). Diurnal cortisol decline is related to coronary calcification: Cardia study. *Psychosomatic Medicine, 68*(5), 657-661.
- Matos, C. (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Mendes, A., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com insuficiência cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(2), 7-16. doi: 10.12707/RII1049
- Mendes, A., & Eufrásio, M. (2013). Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(11), 29-35. doi: 10.12707/RII1305
- Merswolken, M., Deter, H., Siebenhuener, S., Orth-Gomér, K., & Weber, C. (2013). Anxiety as predictor of the cortisol awakening response in patients with coronary heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine, 20*(3), 461-467. doi: 10.1007/s12529-012-9233-6
- Nijm, J., Kristenson, M., Olsson, A., & Jonasson, L. (2007). Impaired cortisol response to acute stressors in patients with coronary disease: Implications for inflammatory activity. *Journal of Internal Medicine, 262*(3), 375-384. 5. doi: 10.1111/j.1365-2796.2007.01817.x

- O'Connor, T., Caspi, A., DeFries, J., & Plomin, R. (2003). Genotype-environment interaction in children's adjustment to parental separation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 849-856. doi: 10.1111/1469-7610.00169
- Reiss, D., Neiderhiser, J. M., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (2000). *The relationship code: Deciphering genetic and social influences on adolescent development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Relvas, P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistêmica*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Roest, A., Martens, E., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: A meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46. doi: 10.1016/j.jacc.2010.03.034
- Roest, A., Martens, E., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 563-569. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181dbff97
- Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). São Paulo, Brasil: Artmed.
- Smith, T., Uchino, B., Florsheim, P., Berg, C., Butner, J., Hawkins, M., ... Yoon, H. C. (2011). Affiliation and control during marital disagreement, history of divorce, and asymptomatic coronary artery calcification in older couples. *Psychosomatic Medicine*, 73(4), 350-357. doi: 10.1097/PSY.0b013e31821188ca
- Smith, T., Uchino, B., Berg, C., & Florsheim, P. (2012). Marital discord and coronary artery disease: A comparison of behaviorally-defined discrete groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 87-92. doi: 10.1037/a0026561
- Ströhle, A., & Holsboer, F. (2003). Stress responsive neuro-hormones in depression and anxiety. *Pharmacopsychiatry*, 36(Suppl. 3), S207-S214.
- Smith, T. W., Baron, C. E., & Grove, J. L. (2014). Personality, emotional adjustment, and cardiovascular risk: Marriage as a mechanism. *Journal of Personality*, 82(6), 502-514. doi: 10.1111/jopy.12074
- Strömberg, A. (2006). Patient-related factors of compliance in heart failure: Some new insights an old problem. *European Heart Journal*, 27(4), 379-381. doi: 10.1093/eurheartj/ehi664
- Tobo-Medina, N., & Canaval-Erazo, G. (2010). Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. *Aquichan*, 10(1), 19-33.
- Troxler, R., Sprague, E., Albanese, R., Fuchs, R., & Thompson, A. (1977). The association of elevated plasma cortisol and early atherosclerosis as demonstrated by coronary angiography. *Atherosclerosis*, 26(2), 151-162. doi: 10.1016/0021-9150(77)90098-3
- Vreeburg, S., Kruijtzter, B., van Pelt, J., van Dyck, R., DeRijk, R., Hoogendijk, W., ... Penninx, B. (2009). Associations between sociodemographic, sampling and health factors and various salivary cortisol indicators in a large sample without psychopathology. *Psychoneuroendocrinology*, 34(8), 1109-1120. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.04.024

- Vreeburg, S., Zitman, F. G., van Pelt, J., Derijk, R. H., Verhagen, J. C., van Dyck, R., ... Penninx, B. W. (2010). Salivary cortisol levels in persons with and without different anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 340–347. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d2f0c8
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.

CAPÍTULO VII

SEXUALITY AND PREGNANCY: THE SEXUAL ROLE ASSIGNED TO WOMEN DURING PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD

SAGRARIO GÓMEZ CANTARINO
JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO
PAULO JOAQUIM PINA QUEIRÓS
GONZALO MELGAR DE CORRAL
JUAN LUIS GONZÁLEZ PASCUAL
JOÃO NUNO DURÃES PINTO

INTRODUCTION

Women have been traditionally associated with a domestic role of caring for others. Daughters have been socialized in a different way from boys, and even now women are discouraged from fully experiencing their sexuality (González Labrador, 2001; González, Pieiga, & Salvat, 2002).

Women rarely have a social presence and they are relegated to spaces other than those reserved for men. Behavioral patterns permitted to women are very different from those permitted to men, and their conditions reflect female inferiority and male dominance (Osborne, 1993; Rodríguez, 1995). Men highlight their reproductive role, which makes them feel more powerful both socially and individually (Esteban, 2000).

Therefore, a different power in sexuality has been assigned to men and women, and this still applies today when a man refers to “my wife” or even, after a divorce, “my ex-wife”. Unconsciously, possession seems to be a key aspect even after a relationship has ended.

On the other hand, the concept of sexuality itself, particularly in the first stages of life, has given rise to much academic controversy. Some authors, such as Freud (1980), consider it to be active from the very beginning of life, in association with breastfeeding. The relevant role of traumatic sexual events in infancy must be taken into account, as they affect adult social and sexual disturbances (Brewin, Gregory, Lipton, & Burgess, 2010;

Carrillo, Leyva-Moral, & Medina, 2011). This confirms the early existence of sexuality during childhood which is characterized by experiences without meanings assigned to them (Becker & Shalgi, 2013; Green, 1990; Grotstein, 1999).

Therefore, both female sexuality and female sexual roles face the same issues related to self-affirmation. And if liberated sexuality in the same way as the contraceptive pill, men also believed infantile sexuality to be phallic, i.e. male. We do not agree with Freud's assertion (1980) that girls feel envy for a "lost penis". This research study analyzes the social importance of sexual topics, providing information on how sexuality is experienced during pregnancy and after childbirth. It may even encourage a cultural shift in terms of sexuality, although this will not be immediate.

This study is justified by the need to assess how pregnant women and recent mothers internalize their feelings and experiences of sexuality and psychosexuality, and identify their roles in Spain, a long time passed since the conservative time of the Franco regime. Have Spanish women set themselves free from their restrictive sexual ties? Is their current relationship with men more egalitarian? These questions must be answered historically so as to identify what has remained and been transformed into women's experiences of pregnancy and postpartum period.

This study aims to identify and analyze the meanings, ideas, and values associated with the sexuality of pregnant and puerperal women within their own sociocultural circle, as well as the concepts and habits that these women have acquired through socialization.

METHODOLOGY

The methodology used is associated with the constructivist qualitative paradigm. Interpretive or hermeneutic qualitative methods were used to "understand practical skills and everyday experiences, articulating similarities and differences in human meanings, commitments, practices, skills, and experiences" (Castillo Espitia, 2000, p. 27). This study, therefore, aims to understand the cultural aspects associated with sexuality. It describes and/or interprets the explanations offered by the female participants, identifying the sexuality-related meanings that they attribute to pregnancy and the postpartum period. It examines the values they associate with their own actions, which reflect the cultural history of their socialization.

The sample of women was selected and recruited by intentional sampling. This allowed us to select women who would offer the greatest amount and highest quality of information in different basic health areas. The sample size was not decided on beforehand, only that it would stop once the saturation level had been reached, i.e. once relevant new information ceased to emerge.

Participation in this study was voluntary. The following inclusion criteria were applied: women who had a stable partner, had no diseases prior to pregnancy, and expressed themselves well in written and spoken Spanish. They had to have attended the majority of the sessions in their health care centers on maternal education during pregnancy, as well as the sessions to promote breastfeeding.

For fieldwork, an official letter describing the study was sent to the directors of the health care centers involved. This was also used to recruit a nurse specialized in obstetrics and gynecology (a midwife) in the centers where the study took place.

After each respondent had filled out a form with their personal data, the researchers contacted them by telephone, arranging a date and time for a formal interview. The total sample was composed of 30 respondents from urban or rural areas of Health Catchment Area number 1, Toledo: 15 pregnant women, 10 puerperal women, and 5 mothers of pregnant women (see Figure 1).

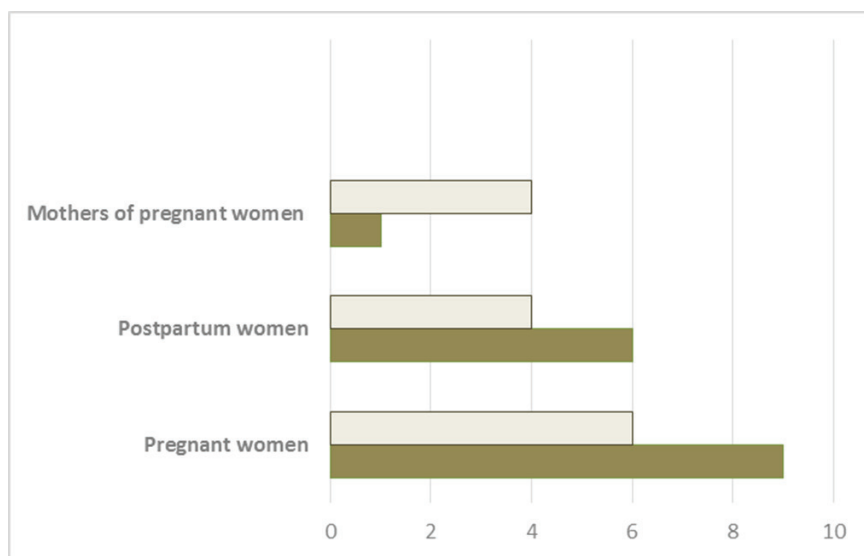


Figure 1. Sample of women interviewed.

Recruitment took place at the Health Service of Castile-La Mancha (SESCAM), in Toledo, within Area number 1, and in two health care centers (rural and urban). This basic catchment area has 14,274 inhabitants, of whom 7,126 are women and 7,148 are

men. There are 4,328 women of fertile age (aged between 15 and 49 years), and 1,122 pregnant women (SESCAM, 2010). The urban health care center (Buenavista) has a catchment area population of 8,942 women of fertile age, whereas the rural health care center (Villaluenga) has 910 women aged between 15 and 49 years (SESCAM, 2010).

Open or in-depth interviews were used to gather data. They were guided by the aims of the study and participatory observation.

Although the interviews were open, the conversation was guided by, but not restricted to, the topics covered by the study: the experiences of sexuality and sexual practices during pregnancy and the postpartum period, with the aim of reaching the essence of this experience. The interviews took place at the health care centers involved in the study, facilitating meetings between researchers and interviewees. The interviews lasted 40-70 minutes, although in some cases a second interview had to be arranged to cover all of the aspects or analyze some in more depth (Leyva, 2010). In addition to the interviews, participatory observation was undertaken at different times on different days, including the waiting rooms of the health care centers, their surroundings, and the educational sessions attended by women in the health care centers. We tried not to interfere with the everyday activities at the centers (Ruiz, 2009). To identify and assess opinions and experiences related to sexuality, pregnancy and the postpartum period, an observation grid was used focusing on the preliminary categories. This grid was prepared by the researchers beforehand using the ETIC and EMIC approaches. More categories were added to this observation grid, which were extracted from the women's accounts when the initial categories did not cover what had been observed (see Figure 2).

PARTICIPANTS	OBSERVATION	OTHER SOURCES
Pregnant women	Setting	Written information:
Puerperal women	• Urban Health Care Center.	• Official documents
		• Informative documents
Mothers of pregnant women	• Rural Health Care Center.	• Newspaper articles.
		• Radio program

Figure 2. Interviews and observations.

The fieldwork started in June 2009 and ended in December 2010. This extensive work at the health care centers allowed us to identify the women's and their mothers' opinions, helping us to understand the phenomena under study from their own perspective.

The constant comparison method was used for data analysis and as a guide during the process of analysis, shown in Figure 3. The following types of coding were used for the constant comparison analysis: open coding (segmentation and identification of meaning units and descriptive groupings of categories); axial coding (grouping and structuring categories into different emergent meta-categories or categories); and selective coding (identification of qualitative vectors). The open coding is used to identify meaningful units or nuclei of meaning. The Atlas.ti software (version 6.0). The axial coding is used to establish relationships between categories and groupings within meta-categories (Strauss & Corbin 2002). The selective coding is used to establish the existence of three qualitative vectors. The following three levels of analysis were established (Medina, 2005).

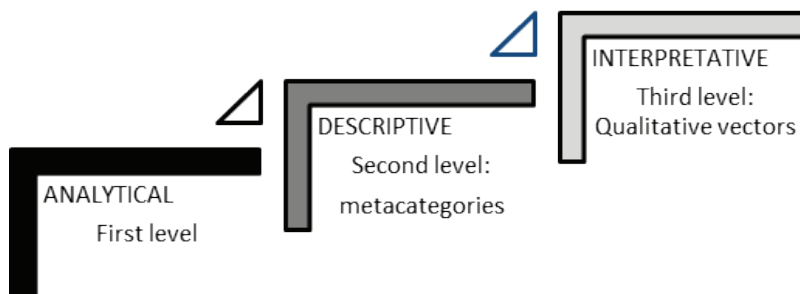


Figure 3. Coding used to establish groupings of metacategories.

The following quality criteria were applied (Leininger, 2005):

- Credibility: Interview transcripts were complete and detailed. The EMIC viewpoint (of the interviewees) was different from the ETIC viewpoint (of the researcher).
- Confirmability: The interviewee validated the transcripts, evaluating their correctness and clarified or modified them when necessary.
- Meaning-in-context: The interviews explored the participants' viewpoint (EMIC), setting up their world of experiences.
- Recurrent patterning: Based on the category grid, the patterns led us to emerging categories.

- Saturation: Qualitative data collection stopped when no new information was detected and ideas were repeated or redundant.
- Transferability: We consider that the exact duplication of the methods in other populations or at other times may not give rise to identical results (Carrillo, 2011; Goetz & LeCompte, 1988).

RESULTS / DISCUSSION

In the rural health care center, the pregnant or puerperal women were aged between 21 and 32 years. Overall, they had a religious marriage, which is a socially accepted behavior that justifies pregnancy as a sexual expression. The women in the urban health care center were aged between 31 and 34 years (Table 1).

Table 1

Pregnant interviewees in urban area at 2012

WOMEN IN AN URBAN ENVIRONMENT			
Pregnant women	No. of pregnancy	Age	Profile level of education and current work status
Woman 1	1	31 years old	Mid-level studies Secretary Currently employed
Woman 2	1	33 years old	Physical engineering Currently employed
Woman 3	1	31 years old	Mathematics Currently employed
Woman 4	1	32 years old	Psychology Currently employed
Woman 5	2	31 years old	Mid-level studies Secretary Currently employed
Woman 6	1	32 years old	Mid-level studies Secretary Currently employed

Table 1 (Continuation)
Pregnant interviewees in urban area at 2012

WOMEN IN AN URBAN ENVIRONMENT			
Woman 7	1	31 years old	Tourism Currently employed
Woman 8	2	31 years old	Mid-level studies Secretary Currently employed
Woman 9	1	34 years old	English Currently employed

Most of the women were unmarried and lived with their partner. They described more natural and less inhibited sexual contacts, which seems to be associated with the personal, social and cultural empowerment of women (Table 2).

Table 2
Pregnant interviewees in rural area at 2012

WOMEN IN A RURAL ENVIRONMENT			
Pregnant women	No. of pregnancy	Age	Profile Educational level and current work status
Woman 10	1	21 years old	Primary school Unemployed Housewife
Woman 11	2	25 years old	Nurse Sick leave
Woman 12	1	23 years old	Primary school Unemployed Housewife
Woman 13	1	23 years old	Mid-level studies up to 18 years old Currently employed Extended leave of absence

Table 2 (Continuation)
Pregnant interviewees in rural area at 2012

WOMEN IN A RURAL ENVIRONMENT			
Woman 14	2	30 years old	Mid-level studies Secretary Unemployed Housewife
Woman 15	1	32 years old	Mid-level studies Secretary Unemployed Housewife

Female sexual repression and male supremacy

We must look back to our most recent past to show how women's role was constrained by a patriarchal system (Amezúa, 2011). This will give us a greater understanding of the testimonies of the pregnant and puerperal women in the study, as well as their mothers. We should make it clear that the word "mother" is used throughout this study to refer to the mother of a pregnant or puerperal woman.

At the end of the 19th century and during the first half of the 20th century, Spanish women were dominated by men. This was even reflected in the legislation from that period, with clear examples from the Commercial Law of 1885 and the Civil Law of the same year. These subjugated women to men, leaving them with no freedom or no possibility of working. Once married, a woman had to forgo her own sexual desires and please her partner; she had no rights at all as a citizen, depending completely on her father, brother or, above all, her husband. This situation became more dramatic when the Spanish Civil War ended in 1939, although it had already become evident in the Spanish territories governed by the nationalists in 1936. It is important to take into account that the mothers in this study had lived through this situation, and had socialized their daughters under these circumstances. The social and sexual values acquired by the latter were therefore conditioned by the culture within the area under analysis.

As a result of the wars during the first half of the 20th century (the First World War and the Spanish Civil War), the number of educated men in Spain decreased. This led to a major change in the 1960s, when the number of women going to university increased dramatically (Grifo, 2007). The mothers in this study had very little access to higher education.

Laws in the 1960s and 1970s continued to subjugate women to men. Women were therefore still strongly repressed at a sexual level, and any female sexual expression was seen as brazen or even shameless, according to the descriptions of the mothers in this study. Women were unable to act individually:

[MU2 Lisa, urban midwife]: "...I grew up in Spain, but since my husband was an architect we moved to France, those were wonderful years ... he fell sick and died of sclerosis ..., so I found myself in Spain with my children, a widow,... in a society that was traditional and classist, as well as sexist ..., I couldn't do anything by myself ..., I hadn't lived in this world ...it was a very worrying situation. I felt that I had lost all of my rights... and it was even considered wrong for me to go out or return home ..., I was a widow. When I started working, sexual topics ... weren't even mentioned ..., and if I did mention them, people would look down on me... the women themselves ..., without my father I would have been lost ..."

[MU2 Lisa, urban midwife]: "... and I went to live in a city that was full of religious orders and soldiers, a more closed society ... of course ..., and there, it was my sister's husband, my brother-in-law, who had to help me when dealing with banks, with schools, everything ..., it was impossible, well, unthinkable, for a woman to do anything related to documents without a man by her side ... that was a major shock and problem for me ..., I'd lived with freedom and ... fresh air, and here everything was lacking ..., and some of the women I knew accepted this situation quietly ..., I couldn't understand it ... and if you were more determined than they were, they would compare you to a streetwalker ... a prostitute, these were hard times ..., particularly for women who shared my ideas..."

[Mother GR14]: "...you got married and that was it ... and nothing else,... the home, the husband and the kids, ... and that was what I inherited from my father, honestly, I never understood it, not being able to go by myself to the bank, they wouldn't give me any money ...(....)... whereas now I can go by myself to the bank, anywhere more official and it's OK but not in the past, no, you needed to have your husband's permission. It's better now, women have much, much more freedom. Now my daughter goes everywhere by herself, and me too, it's a pleasure to go to the bank and they know you already, everything ..., it's better now than back then..."

Thus, during the 1970s and well into the 1980s, nuclear families predominated in Spain, socializing spouses and children and offering a private space for reproduction and sexuality. Boys and girls were educated differently, and their behaviors also differed. Men were expected to dominate and be tenacious, while women were supposed to be simple and delicate (Gómez Cantarino, 2009).

The observations performed and the content of the women's own stories revealed that the mothers who took part in this study believed that sex was the same as procreation. Pleasure had to be forgotten, and sexuality was strongly conditioned by the Christian morality of the time, which saturated the culture of their daughters:

[Mother GR14]: "...we were only concerned about what they wanted, performing our duty in bed, caring for our children, the home, and that was life ..., but the truth is that it wasn't a bad life, we didn't know how to do things by ourselves, so we didn't do anything and that was it, we didn't care ...".

A major social and cultural change occurred in Spain during the 1980s and 1990s, leading to family changes, particularly in sexual relationships, which served mainly reproductive purposes. Women gained more freedom legally, personally, and sexually, and they were now able to decide whether they wanted to become pregnant or not. This trend was more evident in the large cities, although it gradually affected the whole country. Currently, women are not subjugated to their partners, and sexuality is experienced on a more individual level where personal enjoyment is important, while reproduction and the need to please the husband are separate concerns.

It is, therefore, important to understand how rural and urban women perceive these changes in their lives, how they experience their own sexuality during pregnancy and the postpartum period, and how social roles are interpreted (Table 3).

Table 3
The women's viewpoint

FEMALE SEXUAL REPRESSION AND MALE SUPREMACY	
Repression experienced by the mothers (1960/1970)	Major repression of rural women
Sex for purposes of reproduction	Pleasure is forgotten
Sexuality is conditioned by Christian morality	Sexuality and morality are more tightly controlled in rural areas
The sexual culture of the mothers	The sexual culture experienced by the daughters
Changing sexual experiences	Sexuality expressed during pregnancy and postpartum

The expression of sexuality among pregnant and puerperal women: differences between urban and rural environments

The social attitudes of women in urban and rural environments are full of typical connotations and characteristics (García, 1999). Urban women were found to have their own intrinsic characteristics. Meetings between men and women are meetings between equals, and both of them develop themselves as individuals, which is complemented by a greater intimacy in their sexuality and interactions with their partner. The pregnant and puerperal women stated that they take the initiative in sexual encounters. We even observed how urban men feel highly involved at a sexual level during pregnancy and the postpartum period, as they generally offered their opinions and took part in the visits and sessions at the health care center.

The social attitude of rural men and women is more sexually conditioned. Women are still expected to be submissive, reserved, and modest. This means that the sexual attitudes of the pregnant and puerperal women are more reserved and restrained. They generally attended the sessions in the health care center together with their mothers. In their statements and in the observations, we found that they associate femininity with reproduction, which gives them social recognition. They said that they felt protected by their partner, and that they had sexual relationships “with their men” to procreate.

Motherhood gives them a sense of personal security associated with having a partner and affirming their independence. They are proud of their pregnancy, and it brings about a change in their balance of power within the society where they live. It gives them a new role, as they become mothers and cease being daughters (Bautista & Tavira, 2012). These women are still concerned about “avoiding being gossiped about”, so they must not break with existing social norms governing sexual practices. Although these rules are unwritten, they are still in force:

[GR14 Emilia, rural pregnant woman]: “...we were flirting in summer, you know ..., I don’t know but you do notice more ..., we were kissing just about everywhere,... but... only when nobody could see us ..., we were hiding everywhere, they’d criticize us more, they’d talk about us ..., no, it was better like that, and ... you’re not sure if it’s going to work out either ..., that wasn’t a question, and then they talk about you ..., they hang a sign on you ..., whether you been with this one or that one ...no, it was better being hidden ..., it’s true, it was only because of what they’d have said about us”.

In this rural area, sexual relationships between men and women are still kept secret, and pregnancies may even be concealed, giving rise to complicated situations for women and their families who find it hard to accept:

[MU1 Luz, urban midwife]: "...and when the pain started... they took her to hospital thinking that it was appendicitis..., she didn't say anything about being pregnant and that she was going into labor, not even then, she didn't want to deal with the situation ..., then she arrived at the delivery room with her mother and older sister, ... I couldn't tell which of them was more embarrassed ..., it was a very difficult situation, they just kept asking her who the father was ..., and she didn't open her mouth ..., she stayed quiet..., and they told her ...what will the village say, what a shame, how can the child not have a father ..., and why she had done it ..., the mother cried... it was a very bad moment, and the girl who was giving birth ..., I'll never forget her face ... and I can't imagine it, hiding the pregnancy for nine months!...".

Men in this rural area are still strongly associated with high-status jobs (García, 1999). There is, therefore, a marked difference in how roles are acquired. Rural women happily accept sexual relations on demand, housework and caring for the family, which means that they are unable to take a job (Millán, 2002). They express these feelings openly:

[GR12 Sofía, rural pregnant woman]: "...once I'd seen him, I said ... this one's not going to get away ..., I lost my mind, I don't know how, but I did. So I had a job then and I enjoyed it ..., but once we ... everything changed. I stopped working because I couldn't be with him as much as we wanted, so I decided to leave it, and only for him ..., and for what's coming ... with one thing and another, believe me that I don't have much time, and I'm heavy, I can't move properly ..., I have to go shopping and cook, he has to get to work on time, and he comes home for lunch ... and I also keep him happy with sex ... I'm fine as I am ... I can't imagine myself any other way ...".

[GR12 Sofía, rural pregnant woman]: "... you know, sometimes I think about it and feel it's a pity that I left my job and my workmates ..., but I sometimes meet up with them for a coffee ..., and I think, I can eat lunch with him, ... have sex ... that makes me feel good ... I'm comfortable at home".

Based on the testimonies, men often decide which contraceptive method to use in sexual relations during the postpartum period, and women consent to this situation. They reported that they are prepared to please "their men" sexually even when they feel little desire, and expressions such as "poor thing" and "what else can I do...?" are commonly used.

[GR10 Carmen, rural pregnant woman]: "...I'm 21 years old ... this is my first pregnancy, I... I wanted to get pregnant... but so did my mother... almost more than me ...he suggested we used contraceptives and we did. We were trying for three years, ... we started going out when we were very young, and I'm sure about what I want, my home, my boy and my children ..., my partner is doing well,... he works with his father ... and me, well I don't need to work ..., well, I would work if we needed, but that isn't the case..., now I'm heavy, and I've got enough to do with the house, cooking and.... looking after him ..., I don't want anything more ..., I'm happy ...and, if he asks for sex, well then, sex, poor thing ...".

[GU1 Mati, urban pregnant woman]: "...I've been with him for ten years..., I've got lots of brothers, but I was the only girl, and in my home it was clear who was in charge ..., and who had to do the housework, there was no doubt about it, and I felt really bad, it was a situation that I never understood, why I had to do it and not my brothers ..., simply because I was a woman, my father explained it to me ... he made it very clear ... all of this got much harder once I had my period,... things became clearer, my brothers were men ... and I, on the other hand, ... a woman...".

The opinions of the women in this study show that men still dominate public activities in both urban and rural areas, while women are still largely restricted to the family sphere (Mead, 2006). It is important to show the feelings of the mothers of rural pregnant women in this regard:

[Mother, GR10]: "... they never thought of helping us, and if they'd done so ... they'd surely think that they were being effeminate, but working outside was ok, even the whole day,... and when they got home ... it was all about serving him, obeying him ... you'd stop everything you were doing and listened to him ... he came in from work ... even if you were really tired because you hadn't stopped the whole day ... that didn't matter ... he'd arrived home ... and that included the duty in the bedroom ...".

The women's accounts and the observations show that some of them accept and socially follow the trend in our recent history of letting social norms subjugate women to men. In this case, the rural pregnant and puerperal women agreed with this attitude (Rada, 2010).

In spite of the differences found between rural and urban environments, the socialization and sexual liberation of pregnant and puerperal women are still deficient, and depend largely on where they live. This aspect seems to be clearly associated with the existing culture (Table 4).

Table 4
The viewpoint in urban and rural environments

URBAN	RURAL
Men and women are sexually more equal	Men and women are sexually unequal
Women express their individual sexuality, which is complemented by a man	Sexuality is dominated and conditioned by men
Their partner is involved in pregnancy and postpartum period	The Pregnant and puerperal women's mother is involved in pregnancy and postpartum period
Men and women share socialization	Socialization is different between men and women
Emphasizing the expressiveness of the pregnant and puerperal woman	Emphasizing the submission, reservation, and modesty of the pregnant and puerperal woman
The partner plays an important role	The maternal grandmother plays an important role
Reproduction as development of the woman and man	Femininity and reproduction as a social value
The partner as companion	The partner as protector
The pregnant woman as a future mother: a shared and complementary experience	The pregnant woman as a future mother: adds to the value of independence and the value of having a husband, security, and a changing role, rising in prestige
No stipulated sexual norms are visible	Stipulated social norms for sexual practices exist
Sexual relations during pregnancy	Secret sexual relations during pregnancy
Sexual relations initiated by both	Sexual relations initiated by the man
Pregnancy is compatible with professional development	Pregnancy frees women from the need to work

CONCLUSIONS

Being a woman is directly associated with reproduction, educating children and caring for a husband or partner. This integrates a traditional (and sexist) social model in which women are first dominated by their fathers and brothers, and then by their husbands or partners.

Women's sexual behavior and expression are still both culturally and socially dominated by the morality of their society. This was most clearly observed and expressed during the visits and sessions in primary care, and it was strongly shared by the rural mothers of pregnant and puerperal women.

The urban pregnant and puerperal women and their partners share a lack of sexual inhibition. Although they express it from the beginning of pregnancy, this attitude is hardly shared by their circle and is strongly rejected by their mothers.

Men in the rural area under analysis are still considered to be powerful and important, and they have to be cared for and almost "obeyed". Rural pregnant and puerperal women have been strongly influenced by their mother's social attitudes, and have grown up in an environment in which men were still sexually dominant, so their desires prevailed. Rural pregnant and puerperal women usually adopt the social roles they have learned from their mothers, including sexual roles.

We are able to state that sexual practices during pregnancy and postpartum period are accepted for stable couples and discussed without any prejudice. This attitude was found to be more intense and consistent in the urban area.

The majority of the women in this study defend their right to decide when and how to have sexual relations. This is because they are independent individuals and on equal terms with their partner concerning sex during and after pregnancy. They also believe that they require more education about sexuality to become more empowered.

Funding: This study was funded by the FISCAM (Foundation for Health Research in Castilla-La Mancha), April 16th, 2009 Call (DOCM No. 78 of April 24th, 2009) File Number: PI-2009/73.

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

REFERENCES

- Amezúa, E. (2011). Educación de los sexos: La letra pequeña de la educación sexual. *Revista Española de Sexología* nº 107-108, 57-69.
- Bautista, G., & Tavira, N. (2012). *Género y desigualdades en Iberoamérica*. Buenos Aires, Argentina: Mnemoysne.
- Becker, B., & Shalgi, B. (2013). The whole of the no-thing: Reply to commentary. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 23(4), 445-448. doi:10.1080/10481885.2013.810501
- Brewin, C., Gregory, J., Lipton, M., & Burgess N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117, 210-232. doi:10.1037/a0018113
- Bryant, R., Friedman, M., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 802-817. doi:10.1002/da.20737
- Carrillo, M., Leyva-Moral, J., & Medina, J. (2011). El análisis de los datos cualitativos: Un proceso complejo. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 96-100. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011001100220&lng=es&tlng=es.
- Castillo Espitia, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1), 27-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>
- Esteban, M. (2000). La maternidad como cultura: Algunas cuestiones sobre lactancia materna. In E. Perdigüero & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 207-226). Barcelona: Bellaterra.
- Freud, S (1980). *Los caminos de la formación del síntoma. Obras Completas*. (Vol. 16). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/1989). *Tres ensayos sobre la sexualidad* (Vol. 7). Rio de Janeiro, Brasil: Imago Editora.
- García, B. (1999). Perspectivas de la sociedad rural: Una regeneración necesaria. Revesco: *Revista de Estudios Cooperativos*, 68, 155-169.
- Goetz, J., & LeCompte M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa: Evaluación del diseño etnográfico*. Madrid, España: Morata.
- Gómez Cantarino, S. (2009). Prácticas anticonceptivas tradicionalmente conocidas y empleadas por los adolescentes versus formación adecuada en educación sexual. *Revista de Enfermería Basada en la Evidencia*, 6(26), 1-2.
- González Labrador, I. (2001). El proceso reproductivo: Algunas consideraciones sobre el maternaje. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 479-482. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi12501.pdf>
- González, I., Pieiga, E., & Salvat, R. (2002). Mitos y tabúes en la sexualidad humana. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, 3. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_3_02/mgi12302.htm

- Green, A. (1990). *La folie privée*. Paris, France: Éditions Gallimard.
- Grifo, M. (2007). Mujer y sociedad: Evolución de la mujer en la sociedad y en el mundo laboral en el Siglo XX: Realidad actual de la mujer en España. Recuperado de https://alotroladodelarmario.files.wordpress.com/2013/03/08_10027_05_marinas-gisbert_idc43934.pdf
- Grotstein, J. (1999). *Buraco negro*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Leininger, M. (2005). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. E. Morse (Ed.), *Asuntos críticos de la investigación cualitativa* (pp. 112-137). Colombia: Universidad de Antioquia.
- Leyva, J. (2010). *El climaterio en las mujeres inmigrantes ecuatorianas: Una interpretación de la vida cotidiana* (Tesis doctoral). Universidad Europea de Madrid, España.
- Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona, España: Paidós.
- Medina, J. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de la enfermería*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Millán, M. (2002). Las mujeres en la agricultura y la ganadería. Recuperado de https://www.nodo50.org/mujeresred/rural_pdf/upa.pdf
- Osborne, R. (1993). *La construcción sexual de la realidad*. Madrid, España: Cátedra.
- Rada, A. (2010). *Cultura, antropología y otras tonterías*. Madrid, España: Trotta.
- Rodríguez, R. (1995). La ideación científica del ser mujer: Uso metafórico en la doctrina galénica. *Dynamis*, 15, 107-149. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/108719>
- Ruiz, J. I. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa* (4ª ed.). Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Servicio de salud de Castilla La Mancha. (2010). El Sescam en cifras. Sescam. (2010). Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lx6GiNWN7MYJ:es.slideshare.net/rogufe/memoria-del-servicio-de-salud-de-castillala-mancha-el-sescam-en-cifras-2010+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

CAPÍTULO VIII

A TEMPORALIDADE NO CUIDADO: A IMPORTÂNCIA DO TEMPO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

ANA PAULA MONTEIRO

JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO

“L’homme-présent’, ne peut que chercher à étendre ce présent, à l’éterniser. Il devient prisonnier de cette prétention utopique à abolir le temps, à nier la mort en s’installant dans un simulacre d’éternité”. Laïdi (2000)

INTRODUÇÃO

A modernidade tardia trouxe um novo modelo de vivência da temporalidade, que afeta a noção de temporalidade, com impactos no desenvolvimento pessoal e na implementação de relações terapêuticas congruentes em contextos de cuidados de saúde mental.

Este artigo resulta de uma revisão conceptual e reflexão sistematizada sobre o conceito de temporalidade no contexto da pós-modernidade e o seu impacto na construção de uma relação terapêutica no cuidado profissional em Saúde Mental.

A área do cuidar em saúde mental, sobretudo em situações críticas, aparece como elemento mediador entre duas realidades antagónicas: a urgência do tempo de resposta especializada e o respeito pela integridade pessoal ameaçada (Pinto, 2013; Pinto & Queirós, 2013). As intervenções terapêuticas eficazes implicam uma rapidez na disponibilidade do apoio profissional e simultaneamente pressupõem uma continuidade relacional integradora, que implica um espaço temporal de construção.

O *presentismo* na modernidade tardia

A digitalização do quotidiano (Monteiro, 2014b), associada às novas tecnologias da informação em rede contribuiu para uma radical transformação do conceito e vivência da temporalidade (Innerarity, 2011). A origem desta relação com o tempo encontra-se

na aliança estabelecida entre a lógica do lucro imediato dos mercados financeiros, a instantaneidade possibilitada pelos meios de comunicação e a resposta primária sem mediação que faz retornar a um funcionamento onde o pensamento é devolvido ao primário e à descarga dos acúmulos de tensão que se tornam motes da ação do sujeito (Freud, 1911/1989).

As novas tecnologias da instantaneidade (as biotecnologias e as tecnologias da informação) propiciam uma cultura do presente absoluto sem profundidade temporal (Innerarity, 2011). A vivência temporal da digitalização do quotidiano está, por isso, intimamente ligada a uma nova forma de cultura digital – a cultura do eterno e do efêmero, a cultura da perenidade e da fragmentação distópica da realidade (Lipovetsky, 2009; Monteiro, 2014b). O *vivido* do momento e da história tornam-se, num ápice, vividos fragmentados e por isso, (a)históricos e, paradoxalmente, perenes no registo e desgarrados do sujeito histórico. O exemplo mais óbvio são as imagens compulsivamente partilhadas em rede pelo *Instagram*, *Snapchat* (depois de fabricadas, melhoradas, digitalizadas e refinadas em segundos numa opção estética de reconfiguração da realidade). A desarticulação da temporalidade no espaço digital aproxima-se muito da vivência onírica e é quase antagónica dos espaços de construção de uma relação aprofundada com o real. O *presentismo* pode também gerar desencontros, ao exigir um permanente imediatismo presencial e relacional nos contactos interpessoais sem espaço para a elaboração da ausência, espaço psicológico de construção de autonomia do sujeito.

Nem todas as pessoas existem no mesmo agora mas há uma pressão permanente para um *agora* globalizado numa homogeneização indiferenciadora. O presentismo digital baseado na mais radical e absoluta interatividade permite hoje um regresso ao futuro que nunca aconteceu e o reencontro com passados que foram perdidos.

O tempo é também um tempo global, um tempo sincronizado à escala planetária em função das necessidades dos fluxos de mercado, um tempo fictício e mecanizado muito para lá dos ciclos biológicos e ritmos circadianos mais estruturais que regulam a biofisiologia básica de todos os seres vivos, estabelecendo um (des)dito entre a pessoa e o *homo economicus* que impõe o seu desejo e estabelece a regra sem respeito pelos ciclos vitais básicos, narrativas existenciais, fabricação de sonhos e sentidos.

O tempo intemporal pertence ao espaço de fluxos, enquanto o tempo biológico, cronológico, o tempo das sequências sociais com significado, aparece agora deslocado para o conceito de espaço, para os lugares ou não lugares onde a vida e os eventos acontecem. Esta subversão de vivências da temporalidade e da espacialidade significa que, numa sociedade digital, o espaço modela e dissolve o tempo, estruturando a temporalidade de formas diferentes e até contraditórias (Castells, 2002, 2003; Monteiro, 2014a). Momento e perenidade irmanam-se num sentir disperso e sem disso darmos

conta, devolve-nos ao sentir primário e visceral, que se aproxima da pulsão que descarrega o sentir sem o metabolizar (Freud, 1911/1989) ou ao elaborar de um sentido integrativo do ser (Bion, 1991). O sujeito vai-se construindo num amontoado de vividos caleidoscópicos que confundem mais do que orientam o sentimento de continuidade de existir (Winnicott, 2000).

A condição pós-moderna e o conceito de temporalidade presentista estão profundamente imbrincados (Lyotard, 1979). Os insucessos e as catástrofes da modernidade tardia (as duas guerras mundiais, os totalitarismos, o Holocausto) estão associados ao esboroar das “meta-narrativas” do progresso e do otimismo face ao futuro tecnológico. Existe um “apagamento do futuro” enquanto projeto humano de desenvolvimento exponencial utópico (Taguieff, 2000). O esgotamento das ideologias emancipatórias e a ascensão de um tipo de legitimação centrada na eficiência, acentua o predomínio do *aqui-agora*, ou, mais propriamente, do *agora* e *aqui*, que relega o sujeito para uma dimensão funcional onde a existência do ser pouco conta para além do produto da sua função (Lipovetsky, 2004). Ao humano resta o *agora* e o *aqui* de um futuro incerto que se anuncia pré-catastrófico (Bion, 1991; Dias, 2008), porque desintegrativo e ameaçador do *eu*, onde a subtração do futuro se torna a operação permitida ao comum das pessoas. Na luta que sempre se instala nos opostos defensivos, aparece, crescente e insidiosamente a *adição do presente*, como operação inversa, que tem o apoio dos mercados e da sociedade de consumo.

A rutura do conceito de temporalidade, enquanto linha cronológica progressiva (passado-presente-futuro), é responsável por uma espécie de colapso conceptual, pois as nossas observações do mundo continuam a produzir uma infinidade de representações que já não são organizadas numa linha sequencial e evolutiva, capaz de garantir uma versão inteligível enquanto meta-narrativa com sentido de historicidade (Gumbrecht, 1998), que dê um sentido integrativo aos vividos solipsistas do indivíduo.

A compressão do tempo, a maximização do presente e a onnipresença do tempo curto, traduzidas em expressões do quotidiano, incorporadas nas vivências pessoais como a *fast food*, *fast think*, *flash interviews*, *spots*, *clips*, *surfing*, *zapping*, *time lapse*, *briefing*, implicam uma nova vivência subjetiva do tempo existencial e relacional. O tempo é agora um tempo do instantâneo, do simultâneo e do intemporal. O tempo é sempre um tempo curto e compactado e não mais um tempo longo. Na medida em que as relações narrativas são substituídas por conexões meramente informativas, hoje, a adição tira lugar à narração (Byung-Chul, 2016).

O resultado de tal processo é a permanente caducidade, obsolescência e instabilidade da experiência. Este modo vivencial parece hipotecar ou, no mínimo dificultar, a capacidade de uma construção progressiva das experiências de identificação aos vividos

semelhantes e da construção de uma identidade que caracterize e distinga cada sujeito de todos os outros (Pinto, 2006). A individualidade fica em risco de dissolução face a um vivido massificado, repetitivo nas soluções e, por isso, entregue a uma pulsão de morte (Dias, 2008). O vivido massificado não permite a construção do indivíduo, embora lhe possibilite “experiências afirmatórias do eu”, por exemplo através das técnicas de marketing e publicidade, ao elegê-lo aí, e só aí, sujeito de decisão, ainda assim escolhida criteriosamente por outros.

O tempo do vivido - entre a urgência e a aceleração

A urgência é a figura por excelência de uma violenta contração do tempo que colonizou e tragou todos os recantos do pensamento e da experiência hodiernas. A cultura da urgência tem implicações profundas nas relações interpessoais e na construção dos padrões de intersubjetividade, conduzindo a uma *immediatez* sem perspectivas.

A investigação crítica da temporalidade na modernidade tardia considera a aceleração em três categorias: a aceleração técnica, que compreende a utilização de aparatos técnicos e tecnológicos para encurtar o tempo gasto em atividades como transporte, produção, comunicação etc.; a aceleração das transformações sociais, que inclui o aumento do ritmo de transformações nas estruturas políticas, culturais, religiosas, científicas; e a aceleração do ritmo de vida, que consiste no aumento da frequência de ações e vivências por unidade de tempo, gerador da sensação de falta de tempo (Innerarity, 2011). A aceleração apresenta características de uma nova forma de dominação totalitária, inclusive mais persuasiva que regimes políticos ditatoriais (Rosa, 2012).

Quando falamos de aceleração, tendemos a atribuir a sua causa aos instrumentos, mas “a velocidade é fundamentalmente subjetiva”. A construção normativa de um estado de urgência permanente é paradoxal, porque a absolutização da urgência arruína a própria ideia e a possibilidade da urgência. De facto, “o urgente só tem sentido quando existe o que não é urgente” (Innerarity, 2011, p. 39). Desta forma, recurso normativo à urgência como um estado permanente de organização existencial e societal é um mecanismo poderoso de poder e de controlo, impedindo uma forma alternativa de pensar o mundo politicamente, ou seja, com um projeto e uma perspectiva. A *urgência* significa então uma mutação cultural que se traduz na opção ideológica pelo presente e numa desvalorização sistemática do futuro. Ou seja, a noção de urgência não surge como uma consequência imediata dos avanços das tecnologias da informação, nem como um processo social neutro que não prejudicaria as potencialidades para pensar a longo prazo, mas como uma mutação cultural profunda (Làidi, 1998). Nas questões emergentes das sociedades modernas, “a urgência deixou de ser excecional e impõe-se como modalidade temporal da ação em geral” (Innerarity, 2011, p. 39).

Reduzidos a “um presente vicinal, autárcico, auto-referencial e inquieto” (Laïdi, 2000a, p. 7), a urgência enquanto representação do tempo impõe uma absolutização do presente vivido sob o modo da contingência e do imediatismo. Esta urgência factual, trazida pelas novas tecnologias da informação, transforma-se numa urgência instrumental para obter alterações drásticas de comportamentos – como no sugestivo conceito de deadline. A introdução da urgência no vivido individual redireciona o entendimento do sujeito para um vivido limite que o desconforma no simples limite do *eu*.

Tudo se torna agora e aqui, lugar de satisfação fátua do desejo, mais do que lugar de resposta à necessidade tranquilizadora. A urgência do outro sobre nós com o *tens que fazer já* ou *tens que ter já*, por ordem do desejo do *eu* ou do *outro*, impõe uma ditadura que instala, no mínimo, um debate paradoxal mas clássico entre o *ser* e o *ter que...* que distorce o *eu* e o desencontra do mais verdadeiro de si, por interesse, medo ou evitamento. O falso *Self* (Winnicott, 2000) pode então dominar os dias, as (in)decisões e as condutas do sujeito, enclausurando o ser num narcisismo defensivo do *eu*.

Na sua génese, o narcisismo é uma entidade limite ou fronteira, que nem é estádio, nem estado, mas organização estruturante (Golse, 2001), ou seja, “é uma entidade limite, lábil, esquiva e mutante na sua presença, [que] nos movimentos destrutivos, mesmo quando estes encerram um desejo de preservação e afirmação narcísica dos limites do Eu (...) escondem as fragilidades narcísicas do sujeito” (Pinto, 2006, p. 65). Este paradoxo impele o sujeito para o *ter que...* (ter desejos, compromissos, comportamentos, ou tão somente pensamentos esperados), limitando-o no seu desenvolvimento mais radical e profundo do *eu* e na construção simbólica expansiva e criativa, que é a marca diferenciadora dum pensamento e duma narrativa única.

No contraponto emerge o *tem que...*, que remete o *eu* do sujeito para um plano defensivo, com todas as repercussões psicossomáticas e comportamentais.

O presentismo impede o *vivido do presente*, não permite o vivido aberto da possibilidade de um outro futuro, encerrando o sujeito numa sucessão infinita de *urgência presentista*. O devir, o sonho, o projeto de si mesmo, torna-se não autêntico, secundário. A própria experiência da beleza enquanto articulação simbólica e existencial fica comprometida. A beleza é sempre retardatária, diferida, pois o *belo* não é uma cintilação momentânea “mas um permanecer aceso no silêncio” (Byung-Chul, 2016, p. 64).

Ao lado do conceito de urgência surge também a noção de *imediatismo*, o novo paradigma da revolução digital (Ramasubramanian, 2010) e a ideia de uma permanente imprevisibilidade (Maturana & Varela, 1996).

Estes conceitos dominantes traduzem-se num *presente evanescente*, que confronta a pessoa com situações-limite – as do tempo real que não admite nenhuma espera, nenhuma pausa, numa expectável reatividade de resposta permanente imposta por uma

interatividade incessante, entre os sistemas informáticos em fluxo contínuo e um recetor mais ou menos desprovido, sem possibilidades de antecipação (Boutinet, 2010).

A voracidade do tempo contrapõe-se ao processo de construção, desenvolvimento e salvaguarda da identidade do *eu* (Levinson, 1978, 1996), vivido com avanços e recuos, conquistas e perdas, que mapeiam os vividos internos e intersubjetivos do sujeito ao longo do seu curso de vida.

O imediatismo dos vividos, esta urgência sem retorno, remete-nos para o conceito de paralisação veloz (Virilio, 1984; Bento, 2014) ou aceleração improdutiva, uma agitação sem reais consequências exprime a profunda tendência contemporânea para a imobilidade, a estática, a inércia, a deficiência. Esta imobilidade de uma aceleração vertiginosa não é apenas fisiológica ou funcional, mas vivencial.

O tempo do cuidado - do paradoxo presentista à restauração do simbólico

O paradoxo da urgência, do imediatismo e do presentismo apela a um retorno ao sentido de desenvolvimento do ser humano, onde os ritmos se apresentam como um valor máximo da preservação do *self*. O indivíduo e a individualidade constroem-se num bailado comunicacional intersubjetivo, onde o cuidador respeita os ritmos e, ao fazê-lo, confirma o ser individual e único que emerge nos sentidos, na vontade e no envolvimento com o seu meio complexo. A sua capacidade simbólica permite-lhe deixar para trás um mundo sensório-motor, através duma crescente capacidade simbólica de afirmação e de confirmação do seu *eu*. Ao desenvolvimento estruturado do *eu*, alicerçado na representação e no simbólico, impõe-se um mundo percetivo, caleidoscópico e não integrado, que aprisiona o sujeito num eterno renovar de percepções amontoadas de forma adita. Este *vivido adito* repete-se e desconstrói um sentido representativo emergente, colocando o sujeito em risco, impelindo-o para vividos substitutivos adictos, onde a falta de sentido interno se faz substituir por um sentido imposto da urgência e do imediatismo sempre replicado e nunca satisfeito.

O *acontecimento* de um vínculo relacional e a integração da capacidade simbólica implica uma temporalidade peculiar. O esboroamento da densidade temporal em contexto de construção do *eu*, a desestruturação das metanarrativas existenciais, a imediatez liquefeita do vivido, traduzem-se numa vulnerabilidade primordial.

O presentismo serve aos propósitos de quem impõe a narrativa consumista e coloca a criação de valor como centro, relegando o ser humano para um papel de instrumento, ao apelidá-lo de capital humano. Assim, o humano passa a ser, também ele, moeda de troca e capital potencial ao serviço da ideologia pós-moderna.

Por seu turno, a relação terapêutica pode permitir a reconstrução de uma temporalidade perdida, a conexão da pessoa com a sua história individual e comunitária, permitindo uma resignificação da imediatez das vivências concretas num tempo simbólico, permitindo suportar a incomensurabilidade do vivido. O tempo da vertigem pode ser também o tempo da reordenação da subjetividade (Tanis)

CONCLUSÃO

Da reflexão sistematizada sobre a temporalidade no contexto da pós-modernidade emergem duas tendências com impacto na construção das relações terapêuticas: o presentismo e a urgência.

O caminho de reencontro do sujeito com o seu *modus vivendi* apela a um retorno ao simples e ao curso da existência, onde cada ser se urde e tece em sentidos intersubjetivos. Estes são criados no laço emocional com os seus cuidadores, preparando o sujeito para lidar e se envolver em projetos onde o sonho, a representação e o futuro antecipado possam ser vividos como um potencial de crescimento, de desenvolvimento e de encontro, entre a necessidade satisfeita e o cuidador que a ela responde.

A diversidade de pensamento e de opiniões libertará o humano para a maior criação que se lhe oferece: a construção de si e dos seus, a caminho de uma alteridade que nos completa e nos afasta da replicação única *do ter que...* ser e fazer pela urgência do tempo.

O *tempo do cuidar* organiza-se num tempo onde a urgência e o imediatismo da resposta se tornam um apelo e uma exigência constante aos profissionais, no sentido de restabelecerem o mais rapidamente possível o equilíbrio perdido pela pessoa doente. Esta urgência, no entanto, não deve impor ritmos mas respeitá-los, respondendo à necessidade emergente da pessoa doente e, por outro lado, criando uma área de encontro relacional que responda ao sentir da pessoa doente.

Em síntese, passado e futuro coincidem num aqui e agora, que parte do sujeito e da sua história única para a ação necessária, em cada agora que se apresenta em devir a caminho dum futuro imaginado ou esperado que terá ou não confirmação. Duma ou de outra forma, o sujeito e o seu sentir-se uno e participativo podem ser preservados e valorizados num compromisso crescente, onde individualidade e gregariedade por um lado, história e diversidade por outro, possam enlaçar-se na construção dum mundo com história, para além da produtividade que alimenta um projeto onde o ser se desvanece, o futuro define e o *benefício coletivo* se cinge a um grupo dominante que colhe os benefícios e retorna mais presentificado e poderoso na imposição de um novo tempo sem tempo que esmaga a individualidade de cada um.

A construção duma área de encontro entre os profissionais de saúde e a pessoa doente parece, então, unir perspetivas desavindas nos cuidados, nomeadamente nas situações urgentes. Estas, enquanto situações pontuais, possibilitam conciliá-las por via dum encontro que facilita a *confirmação da pessoa* e responde à sua necessidade emergente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bento, A. (2014). Da urgência. *Jornal Online da UBI, da Região e do Resto*. Recuperado de <http://www.urbi.ubi.pt/pag/12607>
- Bion, W. R. (1991). Uma teoria do pensamento. In E. Spillius, *Melanie Klein Hoje* (Vol. 2, pp. 194-198). Rio de Janeiro, Brasil: Imago Ed.
- Boutinet, J-P. (2010). *Grammaires des conduites à projet*. Paris, France: Puf.
- Byung-Chul, H. (2016). *O aroma do tempo*. Lisboa, Portugal: Relógio D'Água Editores.
- Castells, M. (2002). *A sociedade em rede*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Castells, M. (2003). *A era da informação: Economia, sociedade e cultura: O fim do milénio* (Vol. 3). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias, A. (2008). *Os modelos de interpretação em psicanálise*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Freud, S. (1911/1989). *Formulação dos dois princípios do funcionamento mental*. Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Golse, B. (2001). *Insistir existir. Do ser à pessoa*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Gumbrecht, H. U. (1998). *A modernização dos sentidos*. São Paulo, Brasil: 34.
- Innerarity, D. (2011). *O futuro e os seus inimigos: A paisagem temporal da sociedade contemporânea: Uma teoria da aceleração*. Lisboa, Portugal: Teorema.
- Laïdi, Z. (1998). L'urgence ou la dévalorisation culturelle de l'avenir. *Esprit*, 240, 8-20.
- Laïdi, Z. (2000a). *Le sacre du présent*. Paris, France: Flammarion.
- Levinson, D. (1978). *Seasons of a man's life*. New York, NY: Random House.
- Levinson, D. (1996). *Seasons of a woman's life*. New York, NY: Alfred A. Knopf.
- Lipovetsky, G. (2004). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo, Brasil: Barcaroll.
- Lipovetsky, G. (2009). *O império do efêmero: A moda e seu destino nas sociedades modernas*. São Paulo, Brasil: Companhia de Bolso.
- Lyotard, J. F. (1979). *La condition postmoderne: rapport sur le savoir*. Paris: Editions de Minuits.
- Maturana, H., & Varela, F. (1996). *El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del conocimiento humano*. Madrid, España: Debate.

- Monteiro, A. P. (2014a). O futuro já começou: Cyborgs, biotecnologias e ciências de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 18(1), 3-13. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_13.pdf
- Monteiro, A. P. (2014b). A digitalização do quotidiano e a construção de novas fronteiras do Pathos humano. *Psiquiatria Clínica*, 35(2), 73-79.
- Pinto, J. (2006). *Adolescência e Grupos. Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)*. Dissertação de Doutoramento apresentada na Universidade de Coimbra.
- Pinto, J. (2013). Adolescentes: Saúde e doença. In J. Pinto (Coord.), *Psicologia em contextos de Saúde: Da compreensão à intervenção* (pp. 17-25). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pinto, J., & Queirós, P. (2013). O internamento e a regressão temporal no doente acamado. In J. Pinto (Coord.), *Psicologia em contextos de Saúde: Da compreensão à intervenção* (pp. 127-133). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ramasubramanian, L. (2010). *Geographic Information Science and Public Participation, in Geographic Information Science*. New York: Springer.
- Rosa, H. (2012). *Aliénation et accélération: Vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris, France: La Découverte.
- Taguieff, P-A. (2000). *L'effacement de l'avenir*. Paris, France: Galilée.
- Tanis, Bernardo. *A primeira vez... Experiência e temporalidades*. Recuperado de <http://www.psychanalysis.today/pt-PT/PT-Articles/Tanis142112/Bernardo-Tamis.aspx>
- Virilio, P. (1984). *Guerra pura: a militarização do cotidiano*. São Paulo: Brasiliense.
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago Editora.

Um Olhar Sociológico do adoecer cardiovascular...

O trabalho seguinte é um olhar sociológico do adoecer humano. Constitui mais um ponto de alteridade e de pluralidade de olhares sobre o humano e o seu debate perpétuo entre saúde e doença e o modo de experienciar os processos do adoecer...

CAPÍTULO IX

VIVER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA DAS EXPERIÊNCIAS DE DOENÇA

BEATRIZ XAVIER

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a hipertensão como “um assassino silencioso e invisível”, afirmando que “a tensão arterial elevada é um sinal de alerta grave que são urgentes mudanças significativas nos estilos de vida” e que “a hipertensão é um problema global de saúde pública” (World Health Organization [WHO], 2013, pp. 5-7). Em Portugal, estima-se que uma parte substancial da população (42,2%) sofre de hipertensão arterial (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2013). Esta doença, por sua vez, é um reconhecido fator de risco de patologias do cérebro e cardiovasculares, as quais constituem a maior causa de mortalidade e de morbilidade na nossa população (DGS, 2013).

A Direção-Geral da Saúde tem, desde a década de 80, incluído o combate à hipertensão arterial na lista de prioridades, preocupações e ações dos sucessivos programas a desenvolver, consignadas, em particular, no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (PNPCDCV; Despacho do Ministro da Saúde nº 16415/2003 de 22 de agosto) e do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida (Despacho do Ministro da Saúde nº 1916/2004 de 28 de janeiro), entre outros. As doenças cérebro-cardiovasculares constituem um campo de intervenção prioritário no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012).

Sendo esta doença um grave problema de saúde pública, em 2006, a atualização do PNPCDCV instituiu uma consulta específica de hipertensão arterial (HTA) nos cuidados de saúde primários, cujo objetivo é o controlo da doença e do risco cardiovascular através das medidas adequadas de higiene de vida e terapêutica farmacológica (DGS, 2006).

No contexto desta temática, elaboramos um projeto de investigação que procurou conhecer como é que as pessoas com HTA lidam com a doença e com as medidas de higiene de

vida e terapêutica proposta (Xavier, 2015). Ou seja, quisemos conhecer as experiências das pessoas hipertensas e o que fazem nos seus quotidianos face à hipertensão e às recomendações médicas que lhe são associadas.

Este projeto de investigação assenta na ideia da necessidade de conhecer as interpretações e as lógicas das pessoas com hipertensão, isto é, os modos de ação dos doentes, considerando que estes são sustentados em raciocínios próprios. Este objetivo levou-nos a utilizar uma estratégia de investigação qualitativa, assente sobretudo em entrevistas em profundidade aos utentes da consulta de hipertensão arterial, recolhendo assim as suas narrativas sobre os entendimentos e práticas relativas à doença, com total respeito e aplicação dos princípios, precauções e deveres éticos da investigação. Pretendeu-se recolher a perspetiva singular das pessoas com hipertensão nas formas como descrevem a doença, como esta se apresenta nos seus quotidianos e como estas pessoas engendram ações de cuidado de si, ou seja, procurou-se saber o que é viver com hipertensão arterial.

A importância das experiências da doença

As experiências de doença têm sido objeto de análise sociológica num conjunto variado de trabalhos e de perspetivas: na sua relação com os contextos e/ou pertenças culturais (Augé, 1984; Good, 2008; Laplantine, 1991); estabelecendo uma análise entre as leituras médico-científicas e os saberes leigos (Alves, 2011; Kleinman, 1980, 1989; Silva, 2008); olhando para as implicações das doenças crónicas (Audulv, Asplund, & Norbergh, 2010; Bury, 1982, 1991); ou focando as questões comportamentais, estilos de vida e *empowerment* (Blaxter, 1998; Calnan, 1990; Keating & Cambrosio, 2003).

Embora possamos ter uma análise da experiência da doença sob diversos pontos, os contextos terapêuticos são, em qualquer contexto histórico-social, enquadradores dessas experiências porque as classificam, normatizam e lhes atribuem sentidos próprios que, embora não substituindo outros, se lhes impõem ou se conjugam em arranjos interpretativos variados.

Os regimes médico-terapêuticos moldam ou enformam a vida e o sentir de quem está doente, porém não retiram aos contextos da vida e cultura das pessoas a referência central para a atribuição não só de sentido como de capacidades de poder para a construção das suas vivências da doença. Devemos, por isso, para compreender as experiências de doença, considerar o modo como nestas se interligam os vários universos mas não podendo descurar o fenómeno da centralidade da medicina moderna.

O regime médico intensificou-se desde os finais do século XX, o que faz com que a sua ação se estenda muito para além da deteção da doença e o seu alcance não seja apenas

em reparar e manter funções mas vise a prevenção, a jusante, e mesmo o incremento das performances físicas. Na medida em que este regime se tornou dominante nas nossas sociedades, cada vez mais pessoas orientam os seus comportamentos segundo instruções médicas em cada vez maior número de aspetos das suas vidas o que, segundo Swaan (1990), constitui um processo de aumento de dependência face aos médicos e ao regime médico.

O crescendo da presença da medicina na sociedade e nas vidas particulares dos indivíduos tem sido debatido na sociologia sob o conceito de medicalização, designando o modo como diferentes tipos de problemas sociais são redefinidos como problemas que caem sob a alçada do conhecimento e das práticas médicas.¹⁷

Novos recursos tecnológicos permitem hoje expandir de maneira significativa a vigilância, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas, ampliando o controlo dos saberes e poderes da medicina sobre a vida quotidiana dos cidadãos. Este processo está associado, de forma complexa e contraditória, com o acesso crescente e, pelo menos tendencialmente, universal dos cidadãos aos cuidados de saúde, em sociedades como aquelas que integram o espaço da União Europeia, e a sua vinculação, ao longo da vida, a práticas de vigilância do seu estado de saúde, justificadas através da obrigação dos cidadãos em adotar estilos de vida considerados saudáveis, enquanto parte da definição de uma cidadania responsável (Clarke, Mamo, & Fosket, 2010; Rose, 2007).

As experiências de doença na modernidade terapêutica (Dodier, 2003) são mais do que nunca marcadas pela interação com o regime médico e, cada vez mais, maior número de pessoas está sob supervisão médica e não recorre aos médicos apenas em períodos de crise. Esta supervisão, há muito que está para lá do espaço do hospital, tornando-se mais ou menos difusa nas recomendações para os quotidianos e vigilâncias periódicas. Os doentes crónicos são dos grupos de pessoas que preenche mais este universo de pacientes, mas também o são aqueles a quem foram identificadas, por exemplo, mutações ou polimorfismos genéticos, que alegadamente tornam o indivíduo vulnerável a determinados problemas, e também as pessoas idosas.

A sociologia da saúde e da doença, bem como a antropologia e a história das doenças e da medicina, têm contribuído para a compreensão de que a doença, enquanto produto de diferentes construções sociais, desmultiplica-se e fragmenta-se numa pluralidade de discursos, conhecimentos e práticas. Laplantine (1991), numa das suas obras mais importantes – *Antropologia da Doença* –, problematiza a ideia de doença como fenómeno social, de modo a evidenciar que esta não é um produto exclusivo dos especialistas mas

17 Para uma discussão do conceito de medicalização na sociologia, consultar Conrad (1992), Jonathan Gabe (2004), entre outros. Sobre a sua evolução ao longo do século XX, ver Nye (2003).

de todos. Por outras palavras, o autor nega a ideia que confunde a própria etiologia com a etiologia científica da medicina moderna em detrimento de uma etiologia de carácter mais subjetivo, aquilo que ele considera a doença na primeira pessoa.

Através de uma análise metacultural das formas elementares da doença e da cura, Laplantine (1991) mostra que existe uma pluralidade de discursos sobre a doença e a saúde, ou seja, uma pluralidade de normas interpretativas elaboradas pelas diferentes culturas e sujeitos. A ideia da presumível superioridade da medicina quanto à interpretação da doença merece, pois, ser relativizada no que respeita à experiência da doença.

Na sociologia e antropologia portuguesa vários autores têm revelado os entendimentos não médicos da doença presentes na população e o modo como estes são importantes no que à condução dos comportamentos de saúde diz respeito. Nunes (1997), na sua obra *O Saber Médico do Povo*, descreve de forma exemplar como uma comunidade rural, ainda pouco familiarizada com as práticas médicas de cura, cuida de si através de um conhecimento de experiência feito e com recurso aos elementos do seu contexto natural. Silva (2008) explora as racionalidades leigas da saúde, mostrando como estas se implicam nas formas de fazer do quotidiano. Os trabalhos sobre patologias ou situações específicas têm sido também um contributo importante, tornando clara a importância da representação social da doença (Alves, 2011; Nunes, Serra, Barradas, & Queirós, 2012; Resende & Dias, 2010).¹⁸

Neste contexto das sociedades medicalizadas e, sobretudo, entre aqueles que por questões de doença estão numa relação de maior proximidade e vínculo contínuo com o sistema médico, é necessário perceber melhor as interpretações não médicas particulares relativas à condição de doença e consequentemente à ação sobre ela.

No caso específico da HTA, sendo tão sublinhada a questão comportamental, é importante refletir sociologicamente no modo como os comportamentos dos doentes hipertensos estão enquadrados por um conjunto de elementos não particulares. Ou seja, que estão para além de cada pessoa com hipertensão, tais como: as diferentes culturas e racionalidades presentes na nossa sociedade e na abordagem que é feita à hipertensão como fenómeno patológico e os grandes princípios organizadores da modernidade como são a individualização, a cientificização, a reflexibilidade, a gestão dos riscos e do corpo.

Há por parte dos consumidores e utentes dos serviços de saúde, em geral, e das pessoas com algum tipo de patologia, em particular, um espaço de uso das informações e dos

¹⁸ Sobre a produção científica e temáticas presentes na sociologia da saúde em Portugal, consultar Silva (2013).

comportamentos de saúde que mostra a capacidade destas desenvolverem uma receção dos saberes e recomendações médicas que não é acrítica nem passiva (Zinn, 2008). Pode-se verificar este fenómeno, por exemplo, com os movimentos em torno da SIDA (Barbot, 2002; Dodier, 2003), no maior protagonismo das associações de doentes (Clamote, 2009) e participação dos cidadãos nas questões da saúde (Serapioni & Matos, 2014), nas práticas das pessoas com diabetes (Mol, 2008) e nos comportamentos dos doentes idosos (Salter et al., 2011; Elias & Lowton, 2014). A mesma constatação foi também feita junto dos doentes hipertensos em acompanhamento em cuidados de saúde primários (Xavier, 2015) cujos excertos das entrevistas são utilizados neste texto.

Os comportamentos das pessoas com HTA nos quotidianos e face ao risco

Das entrevistas realizadas com os doentes podemos obter um conhecimento relativo às interpretações causais, ou modelos explicativos da doença e formas de os doentes lidarem com as suas manifestações, nomeadamente com vista a controlá-las. Encontramos também uma leitura moral sobre o ser doente, sobre os comportamentos particulares, dos outros e sobre a própria sociedade.

Preocupamo-nos, através da compreensão das narrativas dos doentes hipertensos, conseguir um entendimento dos comportamentos ou ação dos indivíduos, remetendo sempre para a ideia de ação criativa, no sentido explorado por Joas (2005). Não podemos descurar a tradição filosófica do pragmatismo americano, de John Dewey e Georg Herbert Mead, que é em si mesmo a filosofia da ação, onde ação e pensamento estão profundamente interligados nas situações concretas às quais as pessoas têm de dar resposta (Dewey, 1958; Haskins & Seiple, 1999). Do ponto de vista dos pragmatistas, o trabalho da consciencialização (*consciousness*) é feito quando nos encontramos face a um problema numa dada situação, ou seja, coloca-se face aos problemas. Este é precisamente o ponto em que o pensamento ocorre. São as situações problema que despertam o ator para novos objetos e aspetos da realidade, aqueles que então tentará ordenar e compreender (Joas & Knöbl, 2010, p. 127). Apenas quando o *quase-natural* decorrer das ações quotidianas é interrompido por um problema, é que as componentes de uma situação, anteriormente tidas por garantidas, são reanalisadas. Face a um problema ou questão específica, se é encontrada uma solução a mesma pode ser *armazenada* pelo ator e recuperada ou resgatada em situações similares no futuro.

Numa perspetiva filosófica pragmática, mergulhamos nas nossas experiências com as crenças que herdamos e também com as por nós produzidas. Elas vão determinar o que percebemos; o que percebemos determina o que fazemos; e o que fazemos determina o que experimentamos. Há um fluxo contínuo, dinâmico e aberto à ação do sujeito, no qual

adicionamos novas experiências, novas informações à nossa ação, e avaliamos se estas adições são dignas ou não. Dewey (1958) argumenta que o conhecimento deriva de uma realidade complexa, marcada por conexões entre coisas e entre o sujeito e as coisas.

Os comportamentos de doença referem-se ao modo como as pessoas definem e interpretam os seus sintomas e às ações empreendidas tendo em vista melhorar ou ultrapassar a doença, nomeadamente a procura de ajuda e seguimento de comportamentos adequados (Ballard, 2004). Parsons (1951) foi dos primeiros a abordar a doença como um comportamento social, pautado pela capacidade de funcionar de forma eficiente e efetiva na sociedade, atribuindo ao doente um conjunto de expectativas e responsabilidades sobre o seu comportamento considerando que ser doente é também um *papel social*.

Pese, contudo, a existência de um conjunto de expectativas sociais sobre o comportamento dos doentes, constata-se que a presença da doença não leva necessariamente ao *papel de doente* ou a comportamentos de doença. A doença pode ser vista de muitas formas, sendo que em grande número de casos a procura de ajuda médica não surge como necessária. É o que sucede, por exemplo, nalgumas situações de mal-estar sentidas pelos mais idosos (Elias & Lowton, 2014) e o que parece explicar o fenómeno tão corrente da automedicação (Lopes, 2003), por exemplo.

Ao controlo médico sob a doença defendido por Parsons, contrapõem-se hoje a autodisciplina e empenhamento dos sujeitos como vigilantes e promotores da sua própria saúde e gestores de riscos de doença. É esta a abordagem relativa às doenças cardiovasculares produzida e promovida pelas próprias entidades médicas e massivamente divulgada na sociedade.

Paradoxalmente, aos apelos da saúde pública, as pessoas e doentes em risco cardiovascular parecem contrapor ideias e práticas contraditórias. Por exemplo, num estudo levado a cabo sob a perceção das mensagens de redução do colesterol e necessidade de dieta para reduzir o risco de doença cardiovascular, os resultados junto do público mostram uma atitude de algum cinismo e descrédito sobre o conteúdo de tais mensagens (Lupton & Chapman, 1995). As atuais campanhas e mensagens de promoção de saúde parecem mesmo deparar-se com um *problema*, senão de plausibilidade ou credibilidade, de efetividade nas práticas da população a quem visam persuadir ou influenciar comportamentos. Num trabalho sobre a noção de *candidato* a doença cardiovascular junto da população, levado a cabo em Inglaterra (Davison, Smith, & Frankel, 1991), os autores concluíram que existe uma epidemiologia leiga sobre o assunto e cuja influência no modo como as pessoas interpretam o conceito de *candidato* é muito significativa, dificultando a interiorização e os comportamentos propostos pelas mensagens médicas, nomeadamente quanto à ideia de risco de doença cardiovascular e importância das dietas e exercício físico no quotidiano. Existe não apenas

uma enorme complexidade nos comportamentos de doença como nas interpretações e significados que as pessoas atribuem a sintomas, a doenças e às informações médicas divulgadas (Young, 1981).

A referência aos comportamentos dos doentes ou comportamentos de doença remete para as maneiras pelas quais dados sintomas podem ser percebidos, avaliados e envolverem (ou não) algum tipo de ação relativamente aos diferentes tipos de pessoas (Ballard, 2004). Diferenças de classe, níveis educacionais e aspetos culturais e contextuais, entre outros, têm sido apontados como relevantes na análise dos comportamentos de doença. As experiências do passado modelam também os comportamentos (Rogers, Hassell, & Nicolaas, 1999).

A hipertensão, enquanto doença crónica e cujas causas passam por fatores ligados aos estilos de vida, entre outros, requer que olhemos com atenção para os quotidianos. A gestão da doença pelo doente trouxe ao doente uma responsabilização acrescida no que respeita a gerir a sua própria doença através da alteração dos modos de vida e das práticas rotineiras, ou seja alterando os seus hábitos quotidianos, sobretudo, relativamente aos consumos alimentares e prática de exercício físico.

A adoção de estilos de vida salutogénicos faz parte das recomendações dadas aos hipertensos, de uma forma ainda mais incisiva do que aquela que é feita com todos nós de modo geral (Conrad, 1994). As pessoas com HTA tendem a criar um tipo particular de vínculo, que se mantém ao longo da vida, à ordem biomédica. Estas pessoas dependem desse vínculo à biomedicina para o acesso a recursos que permitem gerir essas situações, como por exemplo os fármacos hipertensores, mas também como uma garantia de vigilância médica contínua. É importante não esquecer que a hipertensão, enquanto doença crónica e fator de risco de doença cardiovascular, exige uma atenção permanente (Sabaté, 2003).

Quando perguntado aos entrevistados em quê e como se alterou o seu quotidiano, hábitos e rotinas devido à doença, os discursos revelam uma tendência para minimizar os efeitos de mudança que a hipertensão provoca ou provocou nas suas vidas. Este dado é similar ao encontrado noutros estudos recentes com doentes com patologias crónicas (Queirós, 2013). A afirmação da normalidade dos quotidianos é um aspeto fundamental evidenciado em grande parte das narrativas recolhidas. Segundo Frank (1997) estas podem ser consideradas como *narrativas de restituição*.¹⁹ Isto é, narrativas que permitem às pessoas compreenderem a doença através das suas visões do mundo e rotinas, adaptando-a da melhor forma possível a um contexto sociocultural pautado por valores de independência e autonomia.

19 Para uma leitura dos três tipos de narrativas: restituição, caos e demanda cf. Arthur Frank (1997).

Estando estabelecida a ligação com os estilos de vida e sendo a hipertensão algo com que o doente tem de viver e gerir, é importante analisarmos as circunstâncias sociais implícitas na vivência da doença e não apenas o estudo das causas ou relações com a hipertensão. Como refere Strauss, “os doentes no seu trabalho de gestão da doença . . . têm também que gerir as consequências da doença sobre a sua organização de vida, as suas relações com os outros e até certo ponto a sua relação consigo próprios” (como citado por Mendes, 2005, p. 46). Assim, o doente tenta sempre preservar as suas inserções habituais nas diferentes arenas sociais, isto é, ele tenta sempre manter a sua intervenção como ator da construção negociada da doença com novos atores, de forma a fazer face ao impacto desorganizador das doenças crónicas. Aqui o doente deverá assumir um papel mais ativo, pois dele se espera não só que, aos primeiros sinais da crise, procure ajuda médica mas também que decida em conformidade e com eficácia, nomeadamente adotando comportamentos que previnam o descontrolo da doença. É este o desafio lançado aos doentes hipertensos.

Da análise das entrevistas realizadas aos doentes com HTA, constata-se que a argumentação médica, sendo compreendida, é refeita, adaptada, moldada pelos doentes recorrendo a argumentos assentes em quotidianos e racionalidades diferentes das utilizadas na clínica. A regulação do corpo das pessoas com hipertensão parece assim ocorrer em planos que se interpelam mutuamente: a consulta e o controlo médico; os quotidianos e o autocontrolo. A exigência de disciplina e regras de conduta, ditadas pelo regime médico, são constantemente questionadas e negociadas não no espaço do consultório mas das práticas dos doentes (Xavier, 2015).

Na consulta de vigilância em cuidados de saúde primários os doentes hipertensos recebem, do regime médico, um sistema de *governo do corpo* (Turner, 1992) assente, sobretudo, numa dieta regulada e exercício físico, acompanhado de terapêutica farmacológica. Mas muitos são os casos em que este *governo do corpo* parece não se coadunar com o governo da vida.

Tentar comer mais vezes, menos, sei lá. Aqueles conselhos básicos que o médico dá. Tenho a medicação e tenho que ter controlo. Desporto, correr, andar e cuidados alimentares. Basicamente são esses. A recomendação de, eh pá, de movimentarmo-nos. Deixarmos o sedentarismo. A alimentação e andar. Não está fácil, mas faço por isso. (Risos)

E – E porque é que não está fácil?

Porque, as situações não . . . uma pessoa tem que ter tempo! Tenho compromissos com a vida. Até ver! Não é questão de hábito, é mesmo questão de trabalho. Uma pessoa trabalha 360 dias por ano e 16 horas por dia, não fica muito tempo. E tem família para além disso. É complicado. (C., 45 anos, 3º Ciclo, 20 de dezembro, 2012)

A medicalização do dia-a-dia está presente na preocupação com o exercício físico, perda de peso, controlo do volume corporal, presente no quotidiano das pessoas nas sociedades da abundância. Os doentes hipertensos estão sob vigilância e pressão para o cumprimento de determinações médicas de forma muito mais intensa. O controlo médico impõe-lhes que se obriguem a si mesmos a cumprir com as prescrições médicas e que se comportem consoante esta relação de dependência requer. São pressionados pelo médico a autolimitações e também admoestados pelos seus próximos: não devem beber, comer em demasia, ser sedentários, etc. (Swaan, 1990).

Swaan (1990) analisa a doença como um processo de perda de dependência, em que a concordância dos doentes face ao médico é uma forma de docilidade importante e reforçada pelas redes pessoais do doente. Perante isto, a pessoa pode engendrar formas de resistência como o não cumprimento das prescrições e desobediência às recomendações de conduta de vida, deturpação dos princípios da dieta, mitigação da dieta sem sal, como se depreende dos discursos seguintes:

Só dizem para ter cuidado no comer, mas nunca me prescreveram uma dieta nada. Faz recomendações do que tenho de comer hortaliças o mais possível . . . Ele nunca me disse para não beber . . . menos sal, e mexer-se a gente. O parar é morrer! Já sei que tem de ser, vejo que tenho uma doença que não é de brincar. Custa um bocadinho, isso custou. Deixar de comer aquilo que se gosta, do salgado. Mas vai-se lá, eu já ponho metade do sal que eu punha. Sem sal não é nada, o que é que quer? Não sabe bem, se aquilo não souber um bocadinho a sal. (Risos) Eu para comer hortaliça não falta lá hortaliça no quintal. Ontem comi um cozido à portuguesa, teve que lá ir um chouriço. Sem chouriço, já se sabe, sem chouriço não vale (Risos). A gente reduz um bocadinho, fica lá com aquele gosto e lá vai, vai andando, só a mentir ao corpo! (Risos) A mentir não a gente está é a fazer bem (Risos). (A., 66 anos, 1º Ciclo, 18 de dezembro, 2012)

Faz as recomendações consoante os danos causados pelas análises! Por exemplo, cuidado com isto cuidado com aquilo . . . são recomendações para o nosso bem!

E- E põe em prática?

Algumas, algumas, não sempre mas . . . sempre que se pode. (P., 50 anos, 1º ciclo, 10 de dezembro, 2012)

A situação de excesso de peso coloca o médico vigilante ou de sobreaviso face a resultados ou indicadores que observa no doente, através das leituras que faz dos sinais emitidos pelo corpo. Para o doente a leitura desses sinais, dos resultados dos exames,

etc.; é traduzida em termos radicais de tudo ou nada: se nada está mal não há problema, se não há um diagnóstico inequívoco de doença no momento presente, tal significa para o doente que está tudo bem. A ideia da probabilidade de um acontecimento grave ocorrer parece não ter impacto psicoemocional no doente.²⁰ "Ter cuidado não quer dizer que seja perigoso! Pode começar a vir a ser perigoso!" (P., 50 anos, 1º Ciclo, 10 de dezembro, 2012).

Há uma natureza paradoxal nas mensagens médicas de aviso ou de recomendação a estes doentes (Swaan, 1990). A ideia do perigo e da necessidade de evitar ou prevenir a ocorrência de um acidente vascular não está imbuída do mesmo significado para o médico e para o doente. As pessoas ou se deixam dominar e ficam esmagadas pela ansiedade ou reprimem todos os pensamentos sobre o perigo. Mas estas tendências emocionais da parte dos doentes (e dos médicos), criam um dilema inter-relacional porque as pessoas sem queixas são mais difíceis de mobilizar pelo modelo médico do que as pessoas que estão claramente doentes. O médico primeiro tranquiliza o doente mas também tenta promover a adesão. Isto leva a uma interação dúbia em que a mensagem verbalizada pelo médico é contradita pelo estilo em que é apresentada. O médico ao mesmo tempo que tenta sossegar o doente quanto à probabilidade do risco, tenta também obter a sua adesão às terapêuticas, nomeadamente às terapêuticas higiénicas de vida, dá recomendações e prescrições com vista à prevenção do perigo. Por exemplo, dizendo: a tensão arterial está um bocadinho alta, não é preciso alarme mas deve ter cuidado com o sal, com a alimentação fazer exercício e voltar dentro de 3 meses.

Se os médicos querem trazer os seus pacientes sob o regime médico terão de os deixar com alguma ansiedade o que, por outro lado, como protetores do doente quererão aliviar (Swaan, 1990). Esta ambiguidade criada à volta da ideia da necessidade de alterar hábitos, de fazer dieta, gera, nos discursos dos nossos entrevistados, expressões como *uma certa dieta, entre aspas, é preciso é não abusar, ter cuidado*, que revelando concordância com a necessidade de estabelecer algum controlo alimentar são, contudo, na prática bastante maleáveis e indefinidas.

E depois temos que procurar manter uma certa dieta, entre aspas. Não se pode, eu sei que não posso voltar, aliás a médica disse que eu não podia beber álcool e eu disse 'Oh doutora desculpe, mas eu nunca bebi álcool na minha vida.' E ela disse 'O senhor sabe bem a que é que eu me refiro, não pode beber bebidas alcoólicas.' E eu sou franco tenho um vinho meu que faço que é puro, não tem misturas e à refeição bebo um copo de vinho. Depois comentei isso com o Dr. Rui

20 Sobre a dificuldade de os indivíduos pensarem em termos de probabilidades, consultar Mary Douglas (1994).

e ele disse-me 'Pá não pode é abusar! . . . não abuse!' E é isso que eu procuro fazer. Não estou a dizer que um dia por outro, às vezes, num almoço, mesmo ainda agora houve o almoço lá do pessoal e claro que acabei por beber. Mas sinto que abusar e se levar uma vida mais sedentária é pior! (N., 63 anos, Ensino Secundário, 20 de dezembro, 2012)

Sabe que hoje uma dieta fica caríssima! E então foi quando eu adotei o sistema, deixei de cá vir e disse ao médico: Doutor, eu vou fazer dieta por mim próprio. Já fui chamado à atenção pelo Dr. Rui: 'olhe se não fizer isto, se não emagrecer, está sujeito a ter um enfarte de miocárdio! (Pausa) Tem de evitar de beber demais, etc.' Ele avisa-me! Ele avisa-me, eu só não tomo esses avisos em consideração porque não quero! Concordo plenamente com o que ele diz, porque eu tenho a certeza que ele o que me está a dizer não me está a querer mal, pelo contrário! (A., 66 anos, 1º Ciclo, 18 de dezembro, 2012)

O apontar de perigos está sempre ligado a comportamentos desaprovados (Douglas, 1994), neste caso, a comportamentos alimentares vistos como incorretos, como se fossem *pecados*. As recomendações relativas à alimentação são especialmente difíceis para os doentes. Na era da *evidence based medicine*, uma evidência conhecida dos médicos de família e clínica geral e nutricionistas é falta de cumprimento dos regimes de dieta (Turner, 1992). A dieta é uma restrição aos prazeres da vida como a alimentação e o convívio (Fernandes, 1997; Leandro, Leandro, & Henriques, 2010), sobretudo para as classes ou grupos sociais em que os momentos de festa e comemoração são mais restritos (Bourdieu, 2006). Ser livre é também poder comer o que apetece. Para a maioria dos doentes o usufruto da vida presente é mais valorizado do que a prevenção.

Os médicos, a função deles quando são médicos interessados é mesmo alertar o doente para o que pode acontecer. Eu não digo que uma vez ou outra eu não abuse. Por exemplo, num aniversário lá vem uma comida mais tentadora, mais um bolinho e assim . . . No outro dia, acabou a festa volta tudo à normalidade. (E., 62 anos, 1º Ciclo, 18 de dezembro, 2012)

Como menos, como menos, mas como bem. Sabe que o português gosta de comer muito, tá mal! A gente estamos satisfeitos mas ainda queremos comer mais, e eu agora noto a diferença. E depois o mal está aí. Tinha de comer isto e aquilo e não comer isto e aquilo, coisas que toda gente sabe que faz bem e que faz mal.

E- Tentou seguir esses conselhos?

Mais ou menos. (Pausa) O mais difícil? Sei lá! (Pausa) Como eu como de tudo e não, não bebo de tudo! A minha alimentação é normal, como de tudo. Andar a pé, pois . . . Eu não ando a pé. Como sou tão magro, vou andar a pé para quê? Nós devemos fazer aquilo que os médicos mandam, na minha opinião. Porque eles é que sabem, não somos nós. (M., 61 anos, 1º Ciclo, 13 de dezembro, 2012)

Eu estou como diz o Dr. Rui, que não, não é preciso fazer dieta, é preciso é comer as coisas por regra. Sei lá, não beber um litro de vinho, como ele diz, beber um copo ou dois. Não comer um prato cheio de comida a deitar fora. Não, não, nunca me disse que eu que estava proibido de comer nada. Tinha que comer tudo e comer tudo era com regra. É, é difícil porque . . . vamos lá a ver, nós estamos habituados a um tipo de vida, comer, pronto, e às vezes comer dá um certo prazer e depois termos que começar a fazer restrições nessas, nessas coisas, claro . . . que isso custa um bocado . . . ele, por exemplo, se eu, se eu aumentar a cintura, ou se aumentar o peso tenho que o ouvir ali. Depois vou para casa ponho-me a pensar naquilo que ele me disse. Nós às vezes, como diz o povo, fazemos ouvidos de mercador e não devíamos. (J., 52 anos, 3º Ciclo, 11 de dezembro, 2012)

Os entendimentos que os doentes têm sobre como fazer uma alimentação adequada resultam das suas próprias práticas e não tanto do conselho dos peritos, embora sejam unânimes em dizer que *eles é que sabem* e que se deve fazer o que o médico diz.

Grande número de doentes mostra forte resistência à consulta de nutrição. A consulta de nutrição é pouco considerada e os conselhos aí obtidos vistos como sendo muito rígidos e muito difíceis de cumprir. Alguns entendem que a consulta de nutrição *não traz nada de novo* e por isso, no parecer de alguns entrevistados, não vale a pena. Para outros, a não obtenção dos resultados desejados serve de prova de que a alimentação que fazem não é *culpada* e, portanto, não há razões para a mudança. A., 71 anos, por exemplo, é uma senhora idosa que já teve um AVC e diz o seguinte em relação aos conselhos da nutricionista:

Ah já pedi, já pedi, já cá vim. Comecei a fazer o que ela mandou, fiz sempre tudo o que ela mandou nunca consegui abater . . . Assim não, não vou fazer mais nada. Vou fazer a vida que eu fazia porque eu comia tudo e mais alguma coisa e não engordava e agora estou a comer estas coisitas que me mandam comer e estou a engordar? Então vou comer normal. Não obtive grande resultado. (A., 71 anos, Curso Profissional, 19 de dezembro, 2012)

O seguimento de uma dieta é visto como exigindo enorme esforço e que retira liberdade e mesmo prazer à vida.

Essa consulta de nutrição . . . a gente quer dizer, para seguir as normas é um bocadinho rígido. E eu às vezes . . . e eu às vezes digo assim 'Senhor doutor eu prefiro viver menos dois anos e ser livre, do que andar a ser corrigido em tudo e viver mais 2 anos.' Está a ver? É seguir aquelas normas. A gente mais hoje ou mais amanhã peca, vai logo ao que não deve ir. Está a ver? O que é a nutrição? É a regra que só pode comer aquilo, àquela hora. E não o permite às vezes. Às vezes eu sei que tomo o pequeno-almoço às 8, às 10 tenho que comer uma fruta. A maior parte das vezes não faço isso. Quando tenho vagar, estou em casa até faço. Mas se eu for de viagem já esqueço-me. É difícil cumprir . . . é difícil cumprir. Acho que para mim e para toda a gente. E eu agora tenho mais cuidado. Quando era mais novo não tinha cuidado nenhum. Eu nunca, nunca liguei a essa conversa do médico: 'Ei! Você não pode comer isto, não pode comer'. Entrava por ali e saía por ali, pronto. E agora com a vida, já tenho uma vida mais calma. Desde que me reformei tenho uma vida mais calma e já escuto mais essas coisas e faço mais atenção. As recomendações do médico não são tão rígidas como é da nutricionista. (F., 64 anos, 1º Ciclo, 13 de dezembro, 2012)

Reconhece-se que não basta ir à consulta de nutrição e depois não colocar em prática as indicações relativas à alimentação. Mas, na verdade, a preocupação com o que se come só ocorre quando a situação de saúde se encontra alterada ou deteriorada.

Essa de nutrição já foi combinado para vir mas nunca vim porque a nutrição é boa. A nutrição é uma consulta boa mas a nutrição está dentro de nós, porque nós virmos à consulta não é isso que nos vai fazer ter uma vida mais saudável! Nós temos de pensar, e a gente sabe isso só que nem sempre, só que só começamos a refletir nesse caso depois quando temos de ter algum cuidado com a nossa alimentação. Como é o caso que eu tenho tido desde que me deu estas coisas. E a partir daí temos de ver. Embora a nutrição também é bom, tem é de se pôr em prática, não é só vir à consulta. (P., 50 anos, 1º Ciclo, 10 de dezembro, 2012)

Já lá andei também. Foi, de certa maneira foi importante, mas não, não notei assim grandes evoluções sinceramente. Sobretudo na alimentação. Tentar mudar hábitos alimentares. Só que pô-los em prática depois não . . . é muito fácil de se dizer, mas depois . . . na altura, na altura ainda não estava desempregado, estava a trabalhar. Há coisas que não são muito viáveis . . . não são muito fáceis de colocar em prática. Porque é muito fácil dizer: tem que comer de três, em três, ou de x, em x tempo. Em vez de fazer três refeições por dia, faça o dobro . . . em vez de comer isto, coma aquilo. É fácil falar, mas depois pôr em prática, provavelmente nem quem está a dizer consegue fazê-lo. Porquê? Porque . . .

depende dos trabalhos que cada um tenha, não é? Se eu chego aqui à empresa e me dizem: 'Ah, hoje temos isto para fazer, não sei quê. Vamos para Lisboa, vamos para o Porto, não sei quê.' Não vou agarrar, não vou levar o saquinho que comprei no Lidl com, com aquela macedónia, ou com aquela, com aquelas couves não sei quê, aquela misturada toda, para ir fazer lá.

E – E depois faz o almoço com os colegas?

Claro, claro e come-se quando se tem tempo para, quando chega a hora para, quando se tem o trabalho feito para se comer. Não é muito fácil pôr em prática isso. (F., 41 anos, 3º Ciclo, 14 de dezembro, 2012)

A referência aos hábitos alimentares inclui o uso do sal e alimentos que detêm um grande valor simbólico e cuja avaliação dos entrevistados não os coloca na categoria de *maus* para a sua saúde, é o caso do vinho e do pão. E há também o sublinhar da importância do *comer bem*, considerando que junto das pessoas ouvidas tal remete para a prática de uma alimentação muito calórica e em grande quantidade, bastante similar ao indicado por Bourdieu (2006) no que respeita às classes baixas ou por Hespanha (1987), referindo-se à alimentação tradicional camponesa no nosso país.

Recomendou-me por causa das dietas, para ter cuidado com a batata, cuidado com o pão, cuidado com isto . . . eu disse, olhe senhor doutor, tire-me tudo durante a refeição mas o pão não me tire. Podem-me tirar o vinho, tirar o vinho, podem-me tirar tudo mas o pão . . . se eu não tiver pão, com um bocado de carne, seja com o que for, eu não consigo comer! Tenho de ter um bocado de pão, . . . tenho de ter sempre um bocado de pão! (F., 46 anos, 1º Ciclo, 11 de dezembro, 2012)

O importante é comer! (Risos) Eu acho que se eu comesse como certas pessoas que andava ainda mais gordo, é a minha ideia. Eu só como à refeição, Mas é assim, eu sento-me para comer é para comer! Eu como até eu gostar do comer. Principalmente à noite, depois possivelmente até me sinto mal, sinto mal no sentido de estar muito cheio, e depois as recomendações do senhor doutor, que tenho de fazer uma caminhada ou assim mas eu tenho a minha ideia de que se eu fizesse isso . . . porque eu não deixo de comer à refeição, então comendo na mesma no meio da refeição chego à refeição e como na mesma, que eu acho que não como por fome. (P., entrevista pós consulta, 19 de dezembro, 2012)

Refletindo sobre os comportamentos saudáveis indicados pelo médico mas também difundidos como mensagem social generalizada – comer várias vezes ao dia, ingerir menos

alimentos, não consumir gorduras, reduzir o sal, praticar exercício – revela-se uma dimensão social ou moral (Goffman, 1998) daquilo que são as boas práticas para uma vida saudável e também o sentimento de culpabilidade nas pessoas. A autoavaliação produzida pelos entrevistados, declaradamente negativa, motivada pelo balanço entre o que *não se faz* e que se *devia fazer*, vai revelando essa falta ou incumprimento em que os hipertensos se sentem.

A disposição para a prática de comportamentos saudáveis é socializada a um nível cognitivo como norma complementar ao *modo de vida*, e não como dele fazendo parte integrante como disposição interiorizada. Nessa medida, ela não tem força para se impor a outras disposições já instaladas e facilitadas pelo hábito, o que, provocando incoerência entre a disposição e a prática, é geradora desses sentimentos de culpa ou mesmo falha (Bourdieu, 2006; Silva, 2008). Os entrevistados parecem fazer um balanço entre a percepção do seu bem-estar e os conselhos médicos recebidos na consulta. Tal como surge no trabalho de Silva (2008, p. 64), sobre as lógicas do saudável no quotidiano, “entre bem-estar e saudável, percecionados como opostos, é o primeiro o escolhido”. Não estando em situação de doença aguda ou num momento particularmente preocupante em relação à saúde, o bem-estar, avaliado como a capacidade de *ir levando a vida*, parece não exigir que se pratiquem as recomendações salutogénicas dadas na consulta de HTA. Não esqueçamos, contudo, que os entrevistados são doentes crónicos para os quais as práticas de vida saudáveis têm grande importância.

Quando se evoca o que *tem de ser feito* ou que *deveria ser feito* perante o facto de se ter hipertensão, o exercício físico não surge de forma tão espontânea como as regras alimentares. No caso de alguns idosos, “isso da ginástica é para gente nova que quer ser magra” (A., 71 anos²¹, 19 de dezembro, 2012). Por exercício físico, na generalidade, os entrevistados entendem o *andar*, caminhar, fazer passeios. Apenas em dois casos encontramos uma prática regular de desporto com ida ao ginásio e prática de uma modalidade desportiva. As razões apontadas para não fazer exercício são a falta de tempo, a falta de hábito, porque é fisicamente desconfortável (tem-se dores nas pernas, nas costas) ou simplesmente por *comodismo* ou preguiça.

Quer no caso da alimentação quer do exercício físico, havendo e sendo mesmo reconhecido espaço para a agência individual para a adoção de novas práticas, parece, no entanto, que o esforço implicado nessa mudança se revela muito forte e, no entender de alguns, retira mesmo às suas vidas fontes de prazer imediato pelo consumo de determinados alimentos, por exemplo. Pensar então nos “ganhos diferidos” (Bourdieu, 2006, p. 172) do abandono de certas práticas torna-se não só muito difícil como pouco motivador, uma vez que não existe verdadeira crença em tais ganhos ou benefícios.

21 Entrevista, A., 71 anos, Curso Profissional.

Experiências de viver com HTA

As narrativas pessoais destacam diferentes experiências de viver com hipertensão, sugerindo a existência de um conjunto heterogéneo de perfis que podem ser parcialmente e de forma limitada relacionados com a idade, os níveis de escolarização e a condição perante a doença. A heterogeneidade é particularmente visível quando se problematiza o modo como as pessoas gerem a sua condição como hipertensos.

Encontramos pessoas idosas que, na sua maioria, atribuem os problemas de saúde ao facto de *começarem a ter idade*, e pessoas mais jovens, profissionalmente ativas, que referem não ter tempo para doenças. Em ambos os casos, esta atitude de *não se dar à doença* é apresentada como sinal de força, não mostrar fraqueza. Percebe-se em todos os casos uma conceção de *corpo camponês* (Hespanha, 1987) com leituras mecanicistas sempre presentes.

A alimentação forte, *o importante é comer*, fez e faz parte de hábitos e de gostos que não se querem perder pelo prazer que transmitem. Referindo-se ao aconselhamento nutricional, esta senhora é perentória:

Não, não. Eu isso não faço porque para mim eu não me venham dizer para eu não comer isto ou não comer aquilo que parece que é quando me dá vontade de comer mesmo. E eu gostava de ser mais magra, porque eu sempre fui magrinha e gostava de ser mais magra, mas tenho que aceitar que a idade, que o facto de ter tido uma menopausa precoce aos 36 anos também contribuiu, embora eu só comecei a engordar de há vinte anos para cá. Mas pronto, é a idade, é o sedentarismo que uma pessoa começa a ter depois da reforma, não é? Da aposentação. Uma pessoa está em casa, eu agora já costumo dizer, já tenho uma idade para dizer que faço o que me apetece, mais ou menos! Se eu fizesse o que me apetecia nunca parava em casa, mas pronto. Se não me apetecer não como, mas se me apetecer como. Até porque eu já andei, aliás a minha nora faz consultas de nutrição e ela já tentou, mas eu já lhe disse a ela assim 'Tudo bem, eu sei que estou. Mas não venhas cá com cantigas para fazer isto e fazer aquilo e fazer aqueloutro.' Não, isso já não é para mim. É para pessoal novo que quer andar todo elegante. Eu já não, não vou recuperar nada do que eu tinha e enquanto eu não me sentir mal pronto. Também não gosto de ser gorda, não! Vejo ao espelho, não gosto . . . é como eu costumo dizer 'eu gosto muito de me ver é a minha cara sem óculos.' Porque como vejo mal, nem vejo rugas nem vejo nada, é assim que eu gosto. Mas pronto não . . . tá-se bem como diz o pessoal novo. (A., 71 anos, Curso Profissional, 19 de dezembro, 2012)

A mesma senhora lamenta não apenas a saúde e forma física perdida mas a juventude. A sua situação é essa, não a de doente mas a de mulher idosa.

Pois lá está. Ter cuidado com o quê? Se eu fosse doente, que me considerasse uma doente, sei lá uma diabética assim um bocado, isso sim teria cuidado com a alimentação e fazer um bocado de exercício e isto, aquilo ou assim. Mas os diabéticos que eu conheço são todos uns infratores! Eu se tiver medicação para tomar, também não sou assim muito é àquela hora é àquela hora, é . . . pronto. Eu tenho umas coisinhas onde tenho os medicamentos, porque eu tomo medicamentos daqui e tomo medicamentos disto e daquilo. (A., 71 anos, Curso Profissional)

Há pessoas que se afastam dos ambientes médicos, encarando os riscos como não controláveis.

Eu sou um indivíduo que não gosto muito de andar no médico, à consulta dos diabetes venho sempre, mas outras não venho. Eu não me preocupo. Pode-me dar alguma coisa. Hoje em dia ninguém está livre disso . . . está tudo bem. (J., 64 anos, 1º ciclo, 17 de dezembro, 2012)

O não haver nada a fazer como afirmação da não responsabilidade pessoal, é encontrado naqueles para quem a HTA nem sequer é uma doença e portanto nem motivo de preocupação nem de cuidados, muito menos de sacrifícios. A HTA é *normal* para os doentes que não se dão à doença, que consequentemente não são *doentes* e não têm de fazer dietas alimentares com vista a manter níveis de HTA equilibrados.

NOTAS CONCLUSIVAS

Os discursos sobre a escolha de um estilo de vida saudável têm como premissa a noção de agência e escolha individual e também a assunção da capacidade do indivíduo em controlar múltiplos fatores de risco. O não compromisso com as prescrições médicas relativas aos regimes de dieta e exercício têm sido interpretados em termos de falta de conhecimento ou falta de autocontrolo. Mas as narrativas de doença, embora enfatizando a agência individual, destacam uma série de constrangimentos no exercício de tal escolha. As restrições vão desde a falta de viabilidade (as prescrições de estilos de vida são muitas vezes consideradas incompatíveis com as realidades vividas das

peessoas); falta de certezas (não se sabe ao certo a razão de se ter HTA); o dito pelos médicos nem sempre sucede na prática (em situações da vida real), e a falta de acesso a recursos (tempo e dinheiro).

A abordagem médica e as características da hipertensão obrigam a que seja o doente o grande gestor e responsável pela sua doença. Isto é, cabe a cada hipertenso a responsabilidade e a capacidade de, através da adoção de práticas de vida adequadas e toma correta da medicação, conseguir manter a doença dentro de parâmetros considerados normais. Esta posição em que se colocam as pessoas hipertensas constitui também um quadro novo no que diz respeito ao lugar e papel do doente relativamente ao modelo mais tradicional de relação quer com a medicina quer no modo de pensar a doença.

De um modo geral, é sabido que a maioria dos indivíduos não se preocupa com a sua saúde até a perder (Knowles, 1977). Porém, quando há um dano ou uma ameaça de dano grave para a saúde, supõe-se que aqueles que se encontram em tal condição adotem os procedimentos certos com vista ou a recuperar a saúde, evitar o dano, ou controlá-lo de modo a garantir o mínimo de mal-estar possível. Esta abordagem dos comportamentos face à presença da doença não é contudo linear, podendo revestir-se de vários vieses dependendo de um conjunto variado de condições, desde a gravidade dos sintomas, do modo como se sente a ameaça da doença, das prioridades que estão em jogo, etc.

A experiência da doença envolve muitos outros aspetos para além da presença biofisiológica da patologia, o seu grau de visibilidade, transtorno, etc. A interpretação dos sintomas e as ações empreendidas são compostas por variados fatores sociais e culturais estruturantes do contexto dos sujeitos. Parsons entendia o acesso ao papel de doente como uma resposta socialmente necessária à doença mas os pacientes têm suas próprias interpretações sobre os seus sintomas e sobre que ações, se for o caso, devem ser tomadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença: Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Auduly, A., Asplund, K., & Norbergh, G. K. (2010). Who's in Charge? The Role of Responsibility Attribution in Self-management among People with Chronic Illness. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 94-100.
- Augé, M. (1984). Ordre biologique, ordre social: La maladie forme élémentaire de l'événement. In M. Augé, & C. Herzlich (Orgs.), *Le sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 35-91). Paris, France: Éditions des Archives Contemporaines.

- Ballard, K. (2004). Illness behaviour. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key Concepts in Medical Sociology* (pp. 63-68). London, England: Sage.
- Barbot, J. (2002). *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris, France: Editions Balland.
- Blaxter, M. (1998). *Health and lifestyles*. London, England: Routledge.
- Bourdieu, P. (2006 [1979]). *A distinção: Crítica social do julgamento*. Porto Alegre, Brasil: Ed. Zouk.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as a biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 13, 451-68.
- Calnan, M. (1990). Food and health: A comparison of beliefs and practices in middle-class and working-class households. In S. Cunningham-Burley, & N. P. McKeganey (Orgs.), *Readings in Medical Sociology* (pp. 9-36). London, England : Tavistock/Routledge.
- Clamote, T. (2009). *Associações de doentes e protagonismo leigo na regulação da saúde* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia , Portugal.
- Clarke, A., Mamo, L., & Fosket, J. R. (2010) (Orgs.). *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the U.S*. Durham, NC: Duke University Press.
- Conrad, P. (1994). Wellness as virtue: Morality and the pursuit of health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18(3), 385-401.
- Davison, C., Smith, G. D., & Frankel, S. (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox: The implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health & Illness*, 13(1), 1-19.
- Dewey, J. (1958). *Experience and nature*. New York, NY: Dover Publications.
- Despacho do Ministro da Saúde nº 16415/2003 de 22 de agosto. Diário da República nº 193 /2003 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho do Ministro da Saúde nº 1916/2004 de 28 de janeiro. Diário da república nº 23 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde . (2006). *Atualização do programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*: Circular normativa Nº: 03/DSPCS . Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/>
- Direção-Geral de Saúde . (2013). *Portugal: Doenças cérebro-cardiovasculares em números*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Dodier, N. (2003). *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, France: Ed. De L'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Douglas, M. (1994 [1992]). *Risk and blame: Essays in cultural theory*. London, England: Routledge.

- Elias, T., & Lowton, K. (2014). Do those over 80 years old seek more or less medical help? A qualitative study of health and illness beliefs and behavior of the oldest old. *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 970-985.
- Fernandes, A. T. (1997). Ritualização da comensalidade. *Sociologia*, 7, 7-30.
- Frank, A. (. (1997). *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Gabe, J. (2004). Medicalisation. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key concepts in medical sociology* (pp. 59-63). London, England : Sage.
- Goffman, E. (1998). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Guanabara.
- Good, B. J. (2008 [1994]). *Medicine, rationality, and experience : An anthropological perspective (2ª ed.)*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Haskins, C., & Seiple, D. I. (1999) (Orgs.). *Dewey reconfigured: Essays on deweyan pragmatism*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Hespanha, M. J. (1987). O corpo, a doença e o médico: Representações e práticas sociais numa aldeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 195-210.
- Joas, H. (2005 [1996]). *The creativity of action*. Cambridge, MA: Polity Press.
- Joas, H., & Knöbl, W. (2010). *Social theory. Twenty introductory lectures*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Keating, P., & Cambrosio, A. (2003). *Biomedical platforms: Realigning the normal and the pathological in late-twentieth-century medicine*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology and psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A. (1989). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York, NY: Basic Books.
- Knowles, J. (1977). The responsibility of the individual. *Daedalus*, 106(1), 57-80.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Leandro, M. E., Leandro, A. S., & Henriques, V. B. (2010). Alimentação familiar os fabulosos odores, (dis)sabores e saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (62), 57-80.
- Lopes, N. M. (2003). *Automedicação. Práticas e racionalidades sociais* (Tese de doutoramento). ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia, Portugal.
- Lupton, D., & Chapman, S. (1995). 'A healthy lifestyle might be the death of you': Discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. *Sociology of Health & Illness*, 17(4), 477-494.
- Mendes, F. (2005). Doenças crônicas: A prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados. *Pensar Enfermagem*, 1, 42-47.

- Mol, A. (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. London, England: Routledge.
- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Nunes, J. A., Serra, R., Barradas, C., & Queirós, A. F. (2012). Narrativas sobre a experiência da doença: Desafios conceituais e metodológicos. *Antropologia Portuguesa*, 29, 75-80.
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York, NY: The Free Press.
- Queirós, F. (2013). *Respirar Cuidados: Contributos para uma análise sociológica das narrativas de experiência das pessoas com asma* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.
- Resende, J. M., & Dias, M. H. (2010). Do comportamento de risco ao reconhecimento da discriminação dos seropositivos: Reflexões sociológicas sobre o VIH/SIDA. In *Actas do V Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade* (pp. 199-221). Porto, Portugal: AGIR.
- Rogers, A., Hassell, K., & Nicolaas, G. (1999). *Demanding patients? Analysing the use of Primary Care*. Buckingham, PA: Open University Press.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sabaté, E. (2003). Hypertension. In E. Sabaté, *Adherence to long-term therapies. Evidence for action* (pp. 107-114). Geneva, Switzerland: Organização Mundial de Saúde.
- Salter, C. I., Howe, A., McDaid, L., Blacklock, J., Lenaghan, E., & Shepstone, L. (2011). Risk significance and biomedicalisation of a new population: Older women's experience of osteoporosis screening. *Social Science & Medicine*, (72), 808-815.
- Serapioni, M. & Matos, A. R. (Org.) (2014). *Saúde, participação e cidadania*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Silva, L. F. (2008). *Saber prático de saúde. As lógicas do saudável no quotidiano*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Swaan, Abram De (1990) *The management of normality. Critical essays in health and welfare*. London, England: Routledge.
- Turner, B. (1992). *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. London, England: Routledge.
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Geneva, Switzerland: Author.
- Xavier, B. (2015). *Entre o fazer e o dever: Lógicas e práticas dos doentes hipertensos* (Tese de doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Portugal.
- Young, A. (1981). When rational men fall sick: An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 317-335.
- Zinn, J. O. (2008). Heading into the unknown: Everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health, Risk & Society*, 10(5), 439-450.



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NUTRITION
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM**



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM (UICISA: E)

✓ AVALIADA E ACREDITADA PELA FCT DESDE 2004

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia

EIXOS DE DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO

VISÃO H2020

- Valorizar a disciplina do conhecimento •
- Contribuir para a investigação interdisciplinar e interprofissional •
- Fortalecer o reconhecimento internacional •



Base de dados
UICISA-E

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO Valor e Impacto



PORTUGAL CENTRE FOR EVIDENCE-BASED PRACTICE
A JBI CENTRE OF EXCELLENCE

SÍNTESE DA CIÊNCIA

Portugal Centre for Evidence-based Practice:
A JBI Centre of Excellence



INSTITUTO DE INOVAÇÃO E INICIAÇÃO EM
TÉCNICAS DOS CUIDADOS

INVESTIGAÇÃO EXPERIMENTAL E APLICADA EM TECNOLOGIAS DOS CUIDADOS

TecCare



REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA, SÉRIE MONOGRÁFICA
- EDUCAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE, BIENAL CIENTÍFICA

DIVULGAÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Revista de Enfermagem Referência, Série Monográfica
- Educação e Investigação em Saúde, Bienal Científica



JANELA DO JOVEM
INVESTIGADOR (JJI)

FORMAÇÃO DE INVESTIGADORES

Rotações de Iniciação à Investigação (RII)

Janela do Jovem Investigador (JJI)

Investigação Avançada (IA)

Mestrado, Doutoramento, Pós-doutoramento



COMISSÃO
DE ÉTICA

ÉTICA

Comissão de Ética, Código de Conduta



COLABORAÇÃO INTERNACIONAL

Investigação em Enfermagem no Mundo

Contate-nos

website: www.esenfc.pt/ua | email: investiga@esenfc.pt | tel: 00351 239 487 217



Agência Nacional de Avaliação e Acreditação



FCT



JBI



TecCare



Referência



JJI



Comissão de Ética



Colaboração Internacional



FCT



JBI



TecCare



Referência



JJI



Comissão de Ética



Colaboração Internacional



FCT



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR