

PSIQUIATRIA SOCIAL. MODELO ANTROPOLÓGICO  
MÉDICO DA DOENÇA / SAÚDE MENTAL

*Barabona-Fernandes*

RESUMO

A praxis clínica e sanitária exige um novo modelo de psiquiatria englobando parâmetros biológicos, psicológicos e socio-culturais. Em vez de negar o modelo médico, propõe-se um outro adequado à realidade do *Homem doente* na sua multidimensionalidade. Publicam-se diagramas da organização da personalidade em situação no ambiente, as formas gerais de perturbação, as estruturas psicopatológicas básicas, um esquema patogénico e das interacções dinâmicas e estruturantes entre a Saúde e a doença.

*O impacto da mudança social acelerada sobre o homem no seu contexto* — tal foi o tema central do VII Congresso Mundial de Psiquiatria Social que se realizou em Lisboa de 8-14 de Outubro de 1978.

Tratava-se de avaliar as transformações que as novas formas de civilização vieram trazer às condições de vida dos agregados populacionais e à existência humana, em especial no que diz respeito à Saúde Mental.

Um tema tão amplo implica conceber a Psiquiatria social de uma forma mais integrada, num outro modelo (antropológico médico) que nos propomos apresentar e discutir. Faz efectivamente falta uma visão da Medicina numa perspectiva total: bio-psico-sócio-cultural que encare o *Homem doente*, em especial o *Homem doente mental*, de uma forma englobante e em comunicação e em interacção com os dados contextuais — no ambiente em que se situa, no qual nasceu, se desenvolveu e se formou e no qual vive e trabalha — e desejamos que exista em melhores condições, não só com mais alto nível e qualidade de vida, mas de modo autenticamente mais *humano*.

Uma tal perspectiva da Medicina visa, muito para além do tratamento, (a sua face *curativa*) todo um conjunto de esforços para prevenir a doença e outras perturbações e *promover* a melhor Saúde, tanto física como mental e social.

*O Homem no seu contexto* — cujas perturbações procura estudar a Psiquiatria (e não apenas como *Psiquiatria Social*), significa pois a *organização estruturada da Personalidade em situação*, vista no seu ambiente, tanto dos sistemas sociais, histórico-culturais e económico-políticos, como ainda — o que não pode ser esquecido — do ambiente ecológico e dos sistemas biológicos.

Se o *social* está em mudança progressivamente acelerada, também o estão os outros *ecosistemas* (biológico, bio-físico, etc.) — repercutindo-se até à paisagem (já tão alterada pelo homem) e sobre todo o espaço da vida — o *habitat humano*. Todo este

ambiente está perturbado por intervenções intempestivas dos homens, por erros de planeamento, do ordenamento do território, dos espaços disponíveis, sobretudo pelos erros da urbanização — também obra dos homens, influenciando recursivamente sobre eles próprios.

— O que dizer então das mudanças dos eco-sistemas sociais — na nomenclatura que usamos, das actuais transformações do ambiente socio-histórico-cultural?

Um modelo humano da Psiquiatria não pode pois encarar toda esta problemática, ao modo de um *ciclope*, numa única dimensão, com uma só *vista*... Daí nos parecer incorrecto, como alguns querem, opôr a Psiquiatria dita *biológica* à Psiquiatria social.

Desde 1936 que propugnamos a *convergência* de pontos de vista antinómicos, desde a psicopatologia/patofisiologia até à biologia/sociologia — num movimento dialéctico cada vez mais complexificadamente organizado (como o mostrarão a seguir os nossos diagramas) e atendendo à multidimensionalidade dos fenómenos.

Sabem como é um problema não resolvido, (Morin, 1977) apesar de muitas vezes já abordado — além dos aspectos conceptuais e epistemológicos — também no ponto de vista matemático (probabilístico-factorial, teoria dos sistemas, etc.).

Em toda a Medicina se procura hoje trabalhar no sentido da *interdisciplinaridade*, buscando a integração dos saberes e das técnicas e da sua aplicação, também organizada, à *praxis clínica e social* — tanto da Clínica como da Saúde.

Partimos da hipótese de que a *Saúde* e a *Doença*, não são entidades isoladas, mas estados em movimento neguentrópico da vida (da *Saúde*) e entrópico da sua destruição (da *Doença*) — ligados em interacções *múltiplas e recíprocas* — numa complexidade que se torna necessário analisar e esclarecer — de acções dinâmicas de perturbação, equilíbrio e de compensação por um lado, e por outro, de *processamentos patogénicos* e curativos. Mostrá-lo-emos no decurso da exposição, sintetizada no último diagrama (fig. 6).

Há toda uma dialéctica de encontros e de interacções da *organização* para a Saúde do próprio indivíduo, desde o desenvolvimento pessoal à integração progressiva dos diferentes sistemas funcionais aos níveis: inorgânico, biológico, bio-psicológico, psicológico e socio-histórico-cultural — até à realização da *Pessoa cultural*, a instância mais diferenciada da Personalidade situada no Mundo civilizado. Visto este processo do lado exterior — desenvolve-se até alcançar a *adaptação* ao ambiente, nas suas transformações adquiridas no curso da história.

Nestas mudanças evolutivas, neste caminhar para uma *ordem*, para uma organização — a *Saúde* — há muitos acidentes, crises, paragens, regressões, até às perturbações mais graves, alterando as estruturas básicas e as superestruturas, até à sua desintegração e decomposição (a *desordem*).

O que, visto de outro lado, leva à *maladaptação* ou à total *desadaptação*, fazendo sofrer os indivíduos, as famílias, os grupos, as comunidades e o país.

Para esta revista não especializada, daremos apenas, numa série de diagramas (Figs. 1-6) um esboço da nossa perspectiva destes problemas:

I) As dificuldades epistemológicas da Psiquiatria exprimem-se muitas vezes em erros de visão repercutindo-se na *praxis clínica* e na *Saúde pública*.

A maior dessas faltas é separar, por completo, o *são* e o *doente*, segregando o chamado *louco*, como *alienado* inaceitável pela ordem socio-cultural. Mostraremos a seguir como a *saúde* e a *doença* estão ligadas por laços de interacção recíproca, em complexas acções dinâmicas de equilíbrio e compensação (o que não significa que não haja limites...)

Um outro erro grave está na *redução* simplista dos comportamentos da personalidade — seja *sã*, seja *enferma* — a dados únicos e restrictos, por exemplo: a condições

socio-económicas, aos traumas psicológicos da infância, ou, de outra banda, às lesões localizadas de certas vísceras (*estar disfórico por causa da vesícula...*), erros metabólicos, desvios electroencefalográficos, etc.

Cada vez se sente mais a necessidade de novos modelos da Medicina.

O generalista deve ter hoje a noção da insuficiência do *modelo médico tradicional* (naturalista, quando não mecanicista) — ligando de modo linear e unívoco: etiologia/lesões orgânicas/perturbações de funções/sintomas clínicos/evolução. E, também, da exigência da consideração das *dimensões psicológica e socio-histórico-cultural*. Só assim poderá evitar erros graves de isolar a Pessoa do seu doente do ambiente em que existe e decapitá-lo do que tem de mais humano — a Mente e o Espírito.

A solução mais divulgada e aceite, sem mais crítica epistemológica, é a de um modelo empírico sem compromissos teóricos, registando os dados observáveis avaliados ou não dimensionalmente e correlacionando-os estatisticamente, de modos diversos (factorialista, etc.).

Embora *significantes* (em sentido matemático) essas correlações não são muitas vezes, nem explicativas (determinantes), nem significativas (compreensivas), de modo que o clínico fica perante um certo vazio *humano*, quase despersonalizante.

Torna-se necessária uma ideia da organização da *Personalidade situada no seu ambiente*, a que se possam referir os múltiplos dados parciais fornecidos pelas técnicas de observação e, a partir da qual, se possa intervir sobre o indivíduo (no seu ambiente), de modo coerente, em relação com o conjunto.

Segundo o diagrama da fig. 1, a Personalidade é uma complexa organização estrutural, na qual os diferentes sistemas funcionais se dispõem num todo-centrado sobre o *Proprium* (Eu). A sua textura não se pode separar da situação ambiental, composta também de modo complexo, desde as condições físico-químicas e biológicas (ambiente ecológico) até ao contexto socio-histórico-cultural, às relações humanas, ao Mundo do saber e da técnica.

Na organização da Personalidade diferenciam-se as estruturas básicas e as superestruturas, e os respectivos sistemas funcionais e além disso, os processos estruturantes do desenvolvimento e as organizações globalizantes.

Como estruturas básicas consideramos: 1) o *organismo* (conjunto dos órgãos e sistemas somáticos, incluindo o sistema nervoso), 2) a *corporalidade* (esquema corporal e sua vivência, processos de relação psicossomática, psico-sensoriais, psico-motores, psico-vegetativos), 3) o *fundo endotímico-vital* (sistema psicológico sobre-estruturando as duas primeiras instâncias e desenvolvendo-se ao nível afectivo, instintivo e conativo básicos; compreende o humor, as pulsões primárias, a iniciativa e a espontaneidade da actividade, aquilo a que se chama elan vital ou empuxo (correspondente ao ânimo, ao temperamento), e por fim 4) a *vigilidade* (mecanismo básico do sono, do estar acordado e graus intermédios).

As superestruturas incluem: 5) o *carácter* e 6) a *inteligência*, dizendo respeito aos processos afectivo-conativos e aos aspectos cognitivos, a um nível superior, mais diferenciado e, ainda 7) o *ser espiritual pessoal* (pessoa cultural) — os valores, apreciações e significações pessoais, normas (éticas, etc.), sentimentos espirituais, juízos reflexivos e criativos.

Dos processos estruturantes genéticos registam-se: 8) a *reactibilidade dinâmica* e 9) a *aprendizagem*, estruturas que se organizam no curso da evolução e que estão respectivamente relacionadas com o carácter e a inteligência.

As organizações globalizantes são: 10) a *consciência* (integração de todas as actividades psíquicas actuais com base na vigilância e que se organiza em diferentes níveis e contém implícita a noção de *inconsciente*).

Numa posição central está o *Proprium* — o cerne íntimo da Personalidade, que a sintetiza e a organiza de modo *pessoal*, globalizando — no decorrer da evolução biográfica do *individuo* — o conjunto dos outros sistemas funcionais, estruturados através da maturação organo-biológica, nas várias etapas da vida, e da reactividade dinâmica nos encontros e relações pessoais e da aprendizagem proporcionada pelas técnicas e pelo ambiente ecológico e socio-cultural; dá-se então a *sociabilização* e a *aculturação* do indivíduo pela influência ambiental e a sua plena *formação* por auto-realização de si mesmo, até se atingir a plena *individuação* personalizada.

Não se trata de *peças* materiais mas de instâncias hierárquicas, de categorias interrelacionadas dialecticamente; caracterizam-se por estarem, de certo modo, integradas, sem deixar de gozar uma certa autonomia; evoluindo no tempo, as instâncias básicas são mais fixas, as superiores mais fluidas, permanecendo sempre o todo em interação dos

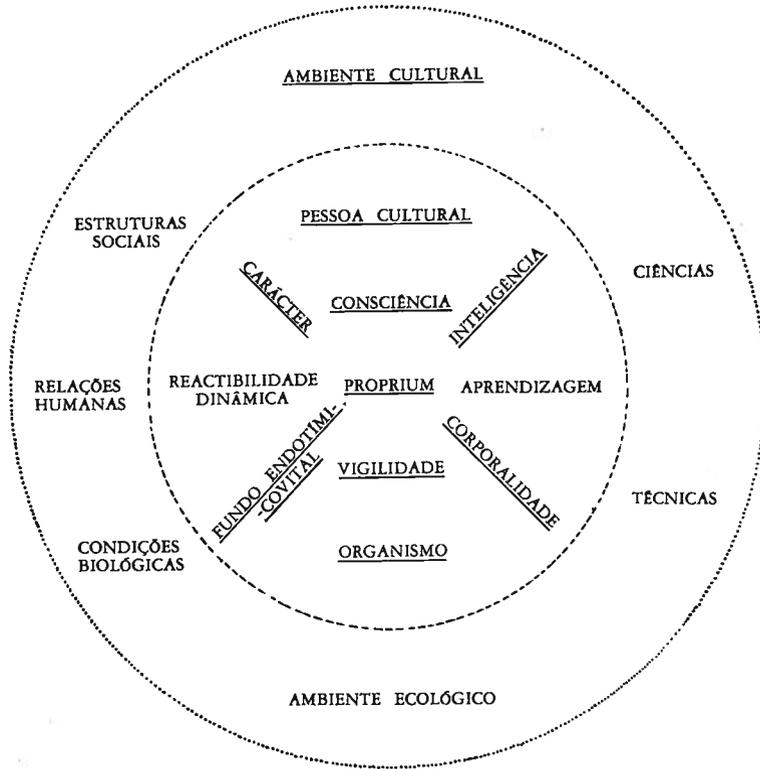


Fig. 1 — Modelo de personalidade em situação

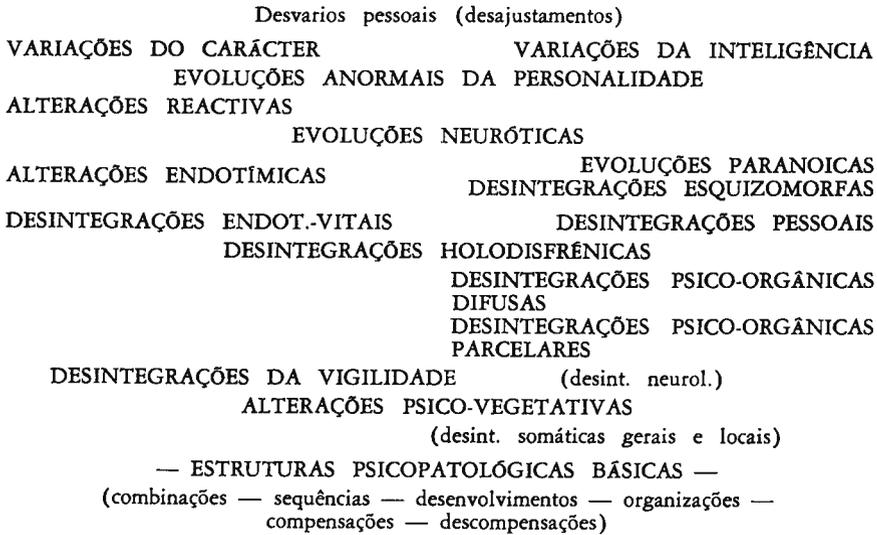


Fig. 2 — Estruturas psicopatológicas básicas — (combinações — sequências — desenvolvimentos — organizações — compensações — descompensações)

seus constituintes e, em especial com os diferentes modos da situação ambiental, também igualmente interrelacionados.

A *situação* é um constructo heterogéneo, variável no tempo, constituído por um conjunto de factores, em interacção prevalente com certas instâncias da Personalidade, compreendendo várias categorias de fenómenos; 1) *ecológicos* (físicos, químicos, biológicos) actuando sobre o organismo e outras estruturas de base; 2) *relações humanas*, comunicando com o Proprium e sistemas conexos e moldando-se pela reactividade dinâmica; 3) *sociais e histórico-culturais*, em relação com o carácter e a pessoa culta e, 4) *saber e técnica*, em comunicação com a inteligência e a aprendizagem.

Este modelo diferencia-se de outros, não só pela importância dada ao fundo endotímico-vital, como também pela *multidimensionalidade* do cerne nuclear da Personalidade (o Proprium), em relação dinâmica e dialéctica, por um lado, com as estruturas de base, mais *orgânicas* e, por outro lado, com as superestruturas, mais *ánimicas* e *espirituais*. (Para mais pormenores: Barahona-Fernandes, 1969-1979).

Interessa aos médicos saber que há certa correlação com a organização do *sistema nervoso central*, correspondendo as camadas afectivas e instintivas básicas ao diencefalo e ao sistema límbico, a vigilância ao sistema reticular ascendente, e as superestruturas ao cortex, referindo-se o Proprium à neo-formação especificamente humana da região fronto-orbitária.

II) Para a compreensão da patologia importa acentuar que cada *sintoma* psiquiátrico não é, neste modelo, referido aos (clássicos) *elementos* psicológicos (*a ansiedade como perturbação dos afectos*) nem a grupos funcionais isolados (*deterioração dos progressos cognitivos; inércia por desmotivação*, etc.) mas à perturbação

da *dinâmica dos sistemas funcionais* e da *organização das estruturas* interrelacionadas da Personalidade.

Também não se cai, assim, no excesso oposto de certos *holismos* difusos (*uma* afecção do *todo* psicossomático) sem diferenciação das áreas mais perturbadas e da nova arquitetura desse conjunto assim desorganizado.

A nossa concepção parte da ideia que o *Homem é um ser perturbável*. Que os *sintomas* (os fenómenos observáveis utilizados na clínica para diagnóstico) se referem aos diferentes sistemas e estruturas da personalidade, e não directa (causalmente) às *noxas* e outros factores etiológicos. Entre uns e outros há uma complexa *organização dinâmica de interações circulares*, quer dizer, enlaçadas em retro-actividades múltiplas. É costume destrinçar aqui a patogenese biológica, a psicogenese motivada, a sociogenese condicionada e outras formas, manejadas pelos diferentes investigadores, conforme as suas opções teóricas. Daí as polarizações radicais entre os organicistas/psicogenistas/biologistas/sociologistas, etc. Uma dificuldade maior para a Psiquiatria está em que muitos destes sintomas apresentam uma dupla face: *a)* por um lado, apresentam-se como *compreensivamente motivados* no contexto da situação, empatizáveis no elo da ligação significativa (médico-doente, mãe-filho e outras) e com sentido inteligível no curso da história biográfica pessoal; *b)* por outro lado, a análise fenomenológica, mostra-os como *formalmente alterados*, com uma estrutura qualitativamente diversa, rompendo, pela sua emergência, a continuidade da história e da evolução do sujeito. Dito à maneira de Dilthey-Jaspers, muitos sintomas (ditos *primários*) não são abordáveis pelo *compreender* (significativo) mas apenas pelo *explicar* (determinante). Daí o postular-se a sua *base orgânica*, mesmo que ainda não conhecida, o que levanta certas dificuldades e objecções e faz pender o eixo das investigações, ora para um lado, ora para o outro.

Propusemos esclarecer esta problemática com uma nova perspectiva: — a distinção dos dois constructos seguintes:

- a) as formas gerais da personalidade se perturbar;*
- b) as estruturas psicopatológicas básicas.*

Ao clínico geral interessa entender, como por exemplo num estado depressivo, o estar triste, por um lado, é *a)* uma mera *dolência*, uma forma geral de se perturbar, comum a todo o homem *normal*, e *b)* por outro lado, molda-se numa *configuração* peculiar, vivenciada como culposa, inibida, desesperada, etc., referida à corporalidade, etc., com sérias repercussões vegetativas etc., e dando um cunho *endotímico-vital* (quer dizer alterando os afectos básicos referidos ao corpo, aos instintos e actividades somáticas).

A primeira pode ser *compreendida* na situação (viuvez, por exemplo); a segunda *explicada* por uma variação (sazonal, cíclica) das catecolaminas e outros mecanismos neuro-fisiológicos (de base genética, ciclotímica).

Além do *deprimir-se*, há o angustiar-se, o animar-se, excitar-se, irritar-se, etc., são exemplos de formas gerais da Personalidade se perturbar (não apenas *sintomas de doenças!*) Quando tem os caracteres descritos em *b)* depressão endotímica-vital, é porque assentam na estrutura psicopatológica básica correspondente por intervenção de outros factores patogéneos.

A fig. 2 indica as diferentes estruturas psicopatológicas básicas, dispostas na sua hierarquia.

Note-se que não se trata de *diagnósticos* de doenças, mas de conjuntos de relações organizadas de tal maneira que a variação de cada componente se repercute sobre o todo. São uma espécie de *esquema arquitectónico* de grupos de síndromes (p. ex.: na desintegração endotímica-vital, os síndromes depressivo, maníforme, ansioso, disfó-

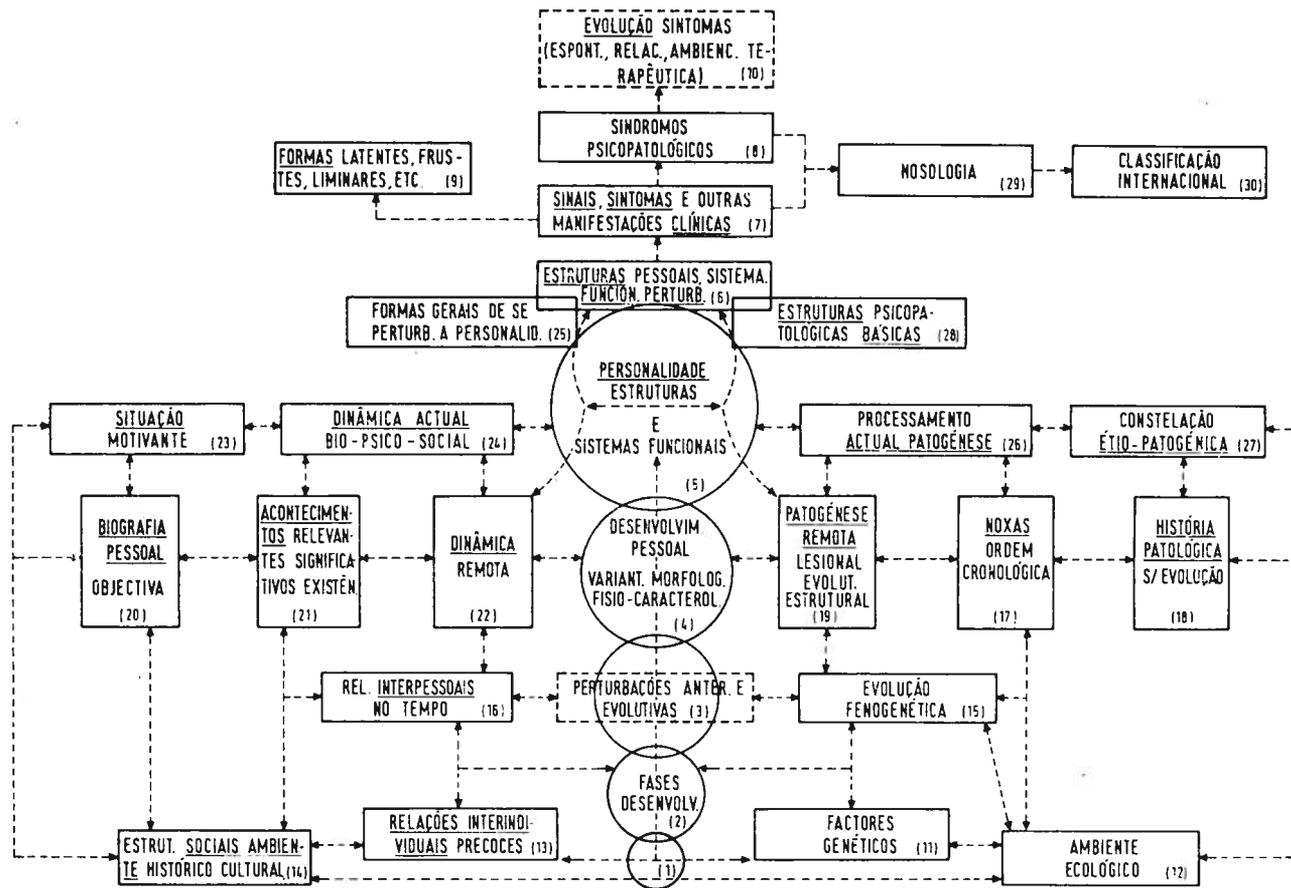


Fig. 3 — Modelo antropológico médico da psiquiatria (esquema patogénico)

rico, etc.). São *constructos transfenoménicos*, linhas gestálticas de organização de novas interrelações entre os sistemas funcionais da personalidade, adquirindo (em especial nas estruturas básicas de desintegração) *qualidades* diferentes no sentido da *heterogeneidade*, e heteronomia em relação às formas gerais de perturbação mais próximas do normal.

Tem, além disso, carácter de *invariantes* surgindo nos mais diversos processos de decomposição da personalidade que conduzem às doenças mentais; sem relação específica com os factores, repetem-se em relação às mais diversas noxas etiológicas.

III) A fig. 3 representa um esquema *patogéneo* sintetizando o conjunto de factores determinantes, condicionantes e motivantes das perturbações psicopatológicas observáveis na clínica. É um *modelo* que deve ser visto como um conjunto heterogéneo (mas organizado), centrado sobre o Homem que (por hipótese) está a *adoecer* ou, mais genericamente, que, como *Personalidade em situação* (representada no círculo maior, N.º 5, no meio do diagrama) *se está a perturbar*. Quer dizer, referindo-nos às Figs. 1 e 2 a lesionar-se organicamente, ou a alterar-se biologicamente (para além dos limites da homeostasia habitual), ou a sofrer psiquicamente, ou a conduzir-se socialmente de forma desviada, ou a errar no seu pensar, a desviar-se nos seus juízos, a desintegrar-se na sociedade, a desadaptar-se ao ambiente, a perder a sua liberdade e autonomia próprias, etc.

A) Focando o eixo vertical do diagrama (Fig. 3) a sequência de círculos progressivamente menores e entrelaçados (N.ºs 5, 4, 3, 2, 1) representa o *desenvolvimento da personalidade* com as *variantes individuais próprias* (tanto morfológicas como caracterológicas) nas suas diferentes fases e *crises* de desenvolvimento (\*).

Note-se que o n.º 1 corresponde, neste modo convencional de leitura, à *formação do indivíduo* a partir da fecundação, resultado do encontro dos seus progenitores (pais); a) materializado nos factores genéticos (n.º 11) e b) veiculado pelas relações pessoais entre eles (n.º 13). Esta interacção é um *paradigma de todo o diagrama*, como se verá — a interligação de factores bio-orgânicos e psico-socio-culturais (distribuídos predominantemente, para a direita, os primeiros e, para a esquerda, os segundos).

O modelo deve também ser visto em mais dois ângulos:

B) Actual (sincrónico). C) Evolutivo (diacrónico).

O primeiro dispõe-se no plano horizontal, de cada lado do círculo central, a personalidade; representa o *presente* — a dinâmica sincrónica na situação motivante e os efeitos estruturantes da etio-patogénese da sua constelação actual. O segundo corresponde ao que *está para baixo* no diagrama e exprime (convergindo também recursivamente no meio, sobre o desenvolvimento pessoal) a *história* pretérita dos efeitos perturbadores no curso de vida individual, como se disse, desde a fecundação, vida embrionária, fetal e a nascença, a infância, juventude e maturação, até ao presente. Enlaçam-se neste processo tanto os efeitos remotos estruturantes (*diacrónicos*) da *biografia pessoal* (N.º 20) como da *história patológica* (N.º 18) e todos os seus múltiplos factores condicionantes.

De modo mais simples e esquemático, este conjunto pode-se distribuir em diferentes linhas de *acção* (fig. 3 vista em conjugação com setas ponteadas oblíquas das figs. 4 e 5).

(\*) Claro que a representação gráfica dada é convencional e metafórica. Os círculos representam *esferas*, melhor, conjuntos organizados; as suas intersecções, a continuidade de evolução; os rectângulos, conjuntos de factores ou condições. Essenciais são as interacções indicadas pelas setas e que, para simplificar, se não representam como círculos interaccionais que são.

a) a linha *fenogenética* a partir do n.º 11, com o concurso do n.º 12 (interacção genes/ambiente) e a sucessiva manifestação no tempo, por interacção do meio interior, daquilo a que se chama *fenogénese* (n.º 15).

b) a linha *organo-patogenética* a partir do n.º 12, dos efeitos do ambiente (bio-físico-químicos) especificando-se nas diversas *noxas* concretas (n.º 17) e determinando as estruturas orgânicas ou funcionais patológicas (lesionais ou funcionais) — a *patogénese* remota ou *diacrónica* (n.º 19) a qual se pode diferenciar numa linha *orgânica-cerebral* e outra *somática* geral.

c) a linha *psicodinâmica*, partindo das relações inter-pessoais precoces (n.º 13) e desenvolvendo-se diacronicamente (n.º 16) até ao presente (n.º 24).

d) a linha *sociodinâmica (e cultural)* implantada no ambiente histórico-cultural e estruturas sociais (n.º 14) e marcada pelos acontecimentos significativos da existência (n.º 21) e, finalmente

e) a linha do *desenvolvimento pessoal* na já citada sequência central (n.ºs 1 a 5) no sentido das potencialidades estruturantes e dinâmicas do próprio indivíduo com as peculiaridades que o caracterizam (tipo corporal, fisiológico, caracterológico e cognitivo) tais se foram organizando desde a infância, através das crises do desenvolvimento.

Acentuemos de novo a feição *evolutiva, dinâmica e estruturante* sobre a Personalidade em desenvolvimento do conjunto e da organização destes sistemas de factores, inter-ligando-se, assim, de modo mais resumido:

α) o *desenvolvimento pessoal* e seus desvios (ao centro);

β) a *patogénese diacrónica*, à direita, (n.º 19) resultado da interacção da Personalidade com o conjunto dos efeitos genéticos, ambientais, também em interacção e clinicamente expressa na história patológica (n.º 18).

γ) a *dinâmica diacrónica* (n.º 22) à esquerda, resultado da interacção da mesma personalidade, recebendo e estruturando, no decurso do tempo, estas múltiplas influências: das relações interindividuais e a vida, desde a 1.ª infância (n.ºs 13 a 16) e as respectivas *marcas*, aprendizagens impressas pelo ambiente e as reacções (respostas pessoais) aos acontecimentos relevantes e significativos da existência pessoal (n.º 21) clinicamente expresso na *biografia pessoal* (n.º 20).

O conjunto dos efeitos β) e γ) interligam-se por intermédio dos seus efeitos sobre α).

No n.º 3, no rectângulo tracejado, representam-se eventuais perturbações anteriores (episódicas, estruturais ou evolutivas) que o indivíduo tenha sofrido no decurso do seu desenvolvimento infantil (em especial as crises de crescimento e as modificações evolutivas ditas *constitucionais*).

α) sobre o *fundo* de toda esta complexa patogénese e dinâmica diacrónica, assenta outro conjunto (também estruturante e dinâmico) mas referido ao *presente* (sincrónico): à direita, o processamento patogénico (n.º 26) determinado pela *constelação étio-patogénica* (n.º 27) e o conjunto (correlacionado ou não) de factores morbogénicos intervinientes, e, à esquerda, a *dinâmica actual*, nos planos bio-psicológico e psico-sociológico (n.º 24), interligados segundo certas leis de correlação e condicionados e motivados pelo *conjunto* da situação (n.º 23), em suma, a *situagénese*. Dizer-se que este conjunto sincrónico assenta no conjunto diacrónico implica interacções complexísimas que estão representadas pelas linhas tracejadas de união e respectivos cruzamentos e setas vectoriais, pensadas em termos de enlace interaccional (retro-actividade, recursividade, etc.).

Todos estes efeitos *convergem* sobre a *Personalidade em risco* (nas suas estruturas e sistemas funcionais mais vulneráveis) modificando-os e perturbando-os (n.º 6) nos seus diferentes níveis, conforme a sua electividade e as tendências de resposta.

A manifestação fenoménica destas perturbações faz-se pelos *sinais e sintomas*

e outros dados clínicos (n.º 7) os quais se exteriorizam, por vezes, por forma latente, atenuada, ou fruste (n.º 9). O que mais interessa são os seus agrupamentos, estatisticamente válidos e clinicamente significativos, as *síndromes* (n.º 8) tanto organo-patológicas (inclusivé neuropatológicas) como psicopatológicas.

Para não se esquecer a *prospectiva* (a evolução futura), no n.º 10: as modificações de todos esses dados em função da *evolução* ulterior da *doença*, tanto na evolução espontânea, como em função de outras circunstâncias supervenientes (novas noxas, novas relações inter-pessoais, novas situações, etc.) e, na prática clínica, dos efeitos dos agentes terapêuticos. (\*\*).

IV) A fig. 4 volta a indicar, de modo simplificado, as linhas gerais da fig. 5. Focam-se, em especial, as *inferências terapêuticas* acentuando as interações das diferentes formas de intervenção. Praticamente, está indicado que se usem, de modo combinado e planeado, em função do diagnóstico individual e da evolução da doença.

Todos os efeitos convergem sobre a *esfera* central da personalidade, indicada como *perturbada*, mas em evolução e recuperação, ou seja: as melhoras que se espera do conjunto da acção dos agentes terapêuticos. As *vias de acção* respectivas são indicadas pelas setas tracejadas da parte inferior, correspondendo cada uma delas a um dos itens (de *a*) a *e*) atrás referidos. A linha horizontal superior corresponde às intervenções sincrónicas (também ditas *intervenções na crise*): à esquerda, a intervenção predominantemente socio-psicológica na situação e motivações, à direita, as terapêuticas (mais biológicas, bioquímicas, etc.) de ordem etiopatogénica ou apenas sintomática. Nas seis linhas oblíquas resumem-se as possíveis *terapêuticas* a exercer, contrapondo-se às respectivas acções patogénicas diacrónicas (fig. 3), de forma congruente ao dito: à direita, as intervenções biológicas, psicofarmacológicas e terapias médicas (e cirúrgicas) gerais; à esquerda as intervenções comunitárias, socio e psicoterápicas e biopsicológicas (por exemplo, terapêuticas comportamentais, condicionantes, etc.).

As linhas tracejadas em curva que penetram no círculo da personalidade e (depois de se interligar) cortam os rectângulos laterais (correspondentes aos n.ºs 25 e 28 da fig. 3) evidenciam um importante conjunto de relações no que concerne à terapêutica (como na fig. 3, à patogénese); o conjunto de efeitos indicados à direita incide predominantemente sobre o processo de *reestruturação* das alterações e desintegrações mórbidas (é o que se indica na fig. 4) como gradientes de evolução das estruturas psicopatológicas básicas. O mesmo se indica à esquerda, no que respeita à relação da dinâmica com os efeitos terapêuticos respectivos (bio-psico-socio-dinâmicos) incidindo de preferência sobre as formas gerais de perturbação, agora em compensação ou reversão para a média *normal*. Da interligação (\*) destes efeitos *curativos* resulta a transformação evolutiva espontânea e terapêutica, das síndromes manifestas (n.º 10 da fig. 3). No centro dos diagramas, em baixo, está a seta vertical que, unificando o conjunto destas inter-relações, exprime o desenvolvimento da personalidade — expressa agora no que diz respeito aos efeitos terapêuticos — pela *comunicação* entre todos eles no contexto

---

(\*\*) Também, para não ser esquecido se refere a inclusão do *sistema nosológico adoptado* (n.º 29) e ainda (n.º 30) a ordenação na *classificação internacional das doenças* da Organização Mundial de Saúde, a partir de 1979, na 9.ª Revisão.

Note-se como é óbvio, que a formulação do *diagnóstico* se processa de uma forma diferente da indicada (pelas setas) no diagrama — utilizando no entanto, o conjunto dos mesmos dados. Esse diagnóstico *multi-axial* pode ser feito do seguinte modo: a partir das manifestações (7, 8 e 9) e das suas determinantes (23/27, 24/26) tomando em consideração a Personalidade e o seu desenvolvimento (5, 4, 3, 2, 1) e a história progressiva (18-20) e ainda, em certos casos, a patogenia e dinâmica (19-22) (*diagnóstico individual personalizado*).

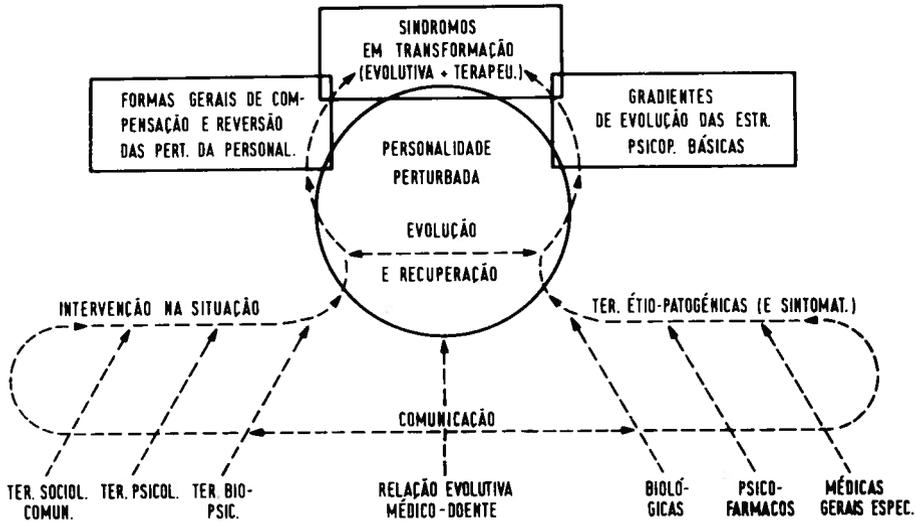


Fig. 4 — Interações dos processos terapêuticos

da *relação médico-doente*, funcionando aqui como *mediador* central das intervenções terapêuticas.

V) Visto no ângulo da Saúde mental, o modelo terapêutico da Fig. 4 refere desde logo as medidas de *prevenção secundária*, constituídas pela aplicação precoce das diferentes terapêuticas, em especial as *intervenções na crise* já referidas. E também, pela sua aplicação à *recuperação* das actividades da personalidade, se assinala a importância da *prevenção terciária* (reabilitação socio-económica e humana do doente).

É o que mais desenvolvidamente esquematiza a fig 5, delineada nos mesmos moldes. Considera também no centro, a *Personalidade em risco* com as suas defesas, possibilidades de compensação, diferentes *técnicas de vida*, modos de adaptação pessoal às condições de existência, etc. Este processo de auto-realização insere-se no desenvolvimento interior do indivíduo, aqui mais explicitado, mostrando a evolução desde o nascimento (com as suas crises) e a *recuperação da Saúde*, no decurso desse desenvolvimento — face ao conjunto de *factores intervenientes* (patogêneos e favoráveis) representados de cada lado, por setas em vários níveis, agindo sobre o indivíduo mediante as relações médico-doente — alargada esta, como deve ser na praxis da Saúde, aos diferentes elementos da *equipa* (multiprofissional) da Saúde e do complexo indivíduo/família.

Desses factores, indicam-se (na linha horizontal tracejada em cima) as já citadas intervenções na situação — agora vistas com fim *preventivo*, tanto de ordem psico-social,

(\*) Recorde-se a diferenciação que se fez, entre o *compreender*, na linha dinâmica, e o *explicar*, na linha do processamento patogêneo. Note-se que efectivamente se diferenciam (metodologicamente, como é sabido desde Dilthey e Jaspers), mas apenas de forma relativa e não deixaram por isso de se inter-relacionar, numa complexa *dialéctica categorial*, como é sugerido pelos traços horizontais de interligação, a todos os níveis.

como biológica (intervenções homeostáticas). Também neste caso as primeiras, à esquerda, se dirigem mais acentuadamente aos *dinamismos de reversão e compensação* das formas gerais de perturbação, e as segundas (como mostram as setas), incidem mais sobre a *reestruturação* das alterações e desintegrações das diferentes estruturas psicopatológicas básicas (inscritas como os n.ºs 25 e 28 da Fig. 3, como rectângulos de cada lado do círculo central).

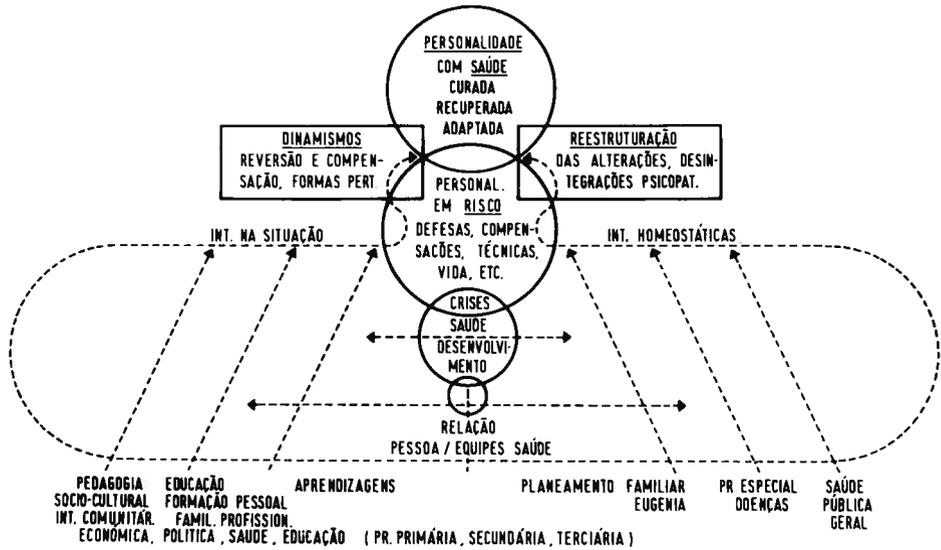


Fig. 5 — Formas de prevenção (PR.) e intervenção (INT.) em Saúde Mental

Na linha tracejada horizontal de baixo, registam-se, de forma abreviada (mas correspondendo às seis linhas oblíquas das Figs. 3 e 4 e à rede respectiva de relações da fig. 3), as diferentes *formas de prevenção* e de *intervenção* possíveis em *Saúde mental*; mais à esquerda, indicam-se, em múltiplas interações, a *pedagogia* escolar, profissional e sócio-cultural, as interações comunitárias sobre os indivíduos e sobre as famílias e outros grupos sociais (escolares, profissionais, recreativos, etc.) — aproveitando-os, em efeitos individuais e de grupo, para fins de prevenção *primária, secundária e terciária*.

Do mesmo modo, mais para a direita, indicam-se as medidas *eugénicas*, em especial a do *planeamento familiar* (como prevenção genética e ambiental da descendência futura) e ainda, todas as medidas de Saúde pública — a prevenção geral e especial das doenças evitáveis considerando-se aqui em particular, aquelas que incidem sobre o sistema nervoso, tanto de origem infecciosa, como tóxica, alimentar (deficits carenciais, etc.).

Bastaria sublinhar estas últimas facetas da Saúde mental (e das respectivas linhas de intervenção preventiva e terapêutica) para evidenciar a *integração* irrecusável da *Saúde psicológica e da Saúde pública* e, conseqüentemente, da incongruência (por falso conceito de *desmedicalização*) de um modelo não médico de Psiquiatria que acabaria por negar a sua legítima categoria de especialidade clínica (metodológica e terapêutica).

Procurando, na medida do possível, englobar o conjunto organizado de todos estes aspectos — próprios como são do *Homem situado*, tal o definimos — fomos assim levados à proposta deste modelo, que por esse motivo, designamos como *antropológico médico*.

VI) A representação mais genérica do modelo é, finalmente, dada pelo diagrama da fig. 6 — *interações na Saúde e na doença*. Reatando a série dos diagramas anteriores torna-se imediatamente compreensível que visamos significar os múltiplos encontros necessários para a *organização harmônica das estruturas e a eurtímia dos sistemas funcionais da personalidade*, que constituem a *Saúde* — em balanço dialéctico com a sua desorganização mórbida — e vice-versa desta, da desordem (da *Doença*) para uma reorganização, para a *ordem*: — no campo vital, mental e espiritual — num movimento que é a recuperação da Saúde.

A saúde e a doença não são assim entidades autónomas, isoladas, mas estádios diferentes em movimento, da *vida* em progresso — e da sua *destruição*, até ao limite da morte.

A organização da personalidade em saúde dá-se, no decurso da evolução e desenvolvimento do indivíduo, pela integração das suas diferentes estruturas — a partir da base do organismo, da corporalidade e fundo endotímico-vital, até às superestruturas caracterológicas e cognitivas, globalizadas — no presente — pela vigilância — consciência e — no decurso da existência — pelo núcleo do Proprium, até à realização, após a adolescência, da *Pessoa cultural*, permitindo a *adaptação* do indivíduo ao seu ambiente, tanto ecológico como socio-histórico-cultural e a *realização* de si próprio.

Como está representado nos círculos superiores da fig. 6, esta *organização da Saúde* está em balanço (homoestático e homocinético) com a *desorganização da doença*, mediante os processos antagónicos da *regressão* das aquisições evolutivas, da *alteração* e desintegração das estruturas constitutivas da personalidade, o que leva à *desadaptação* do indivíduo, ao seu adoecer, vivido este como sofrimento e vivenciado como *dolência* — os quais, por seu turno, vêm a pôr em marcha os mecanismos curativos e compensadores da reorganização, visando o restabelecimento da Saúde.

Estas múltiplas interações estão representadas no diagrama pela complexidade das várias setas encurvadas, significando os *laços recursivos e de inter-relação, inter-comunicação e de interação*. O todo centrado (como nas figs. anteriores) na esfera da personalidade, sob a influência do conjunto constelativo de *factores intervenientes*, tanto *patogêneos* como *favoráveis*, tanto espontâneos como por intervenções terapêuticas e sanitárias.

Como se acentuou repetidamente (e é o aspecto novo e peculiar destes diagramas) toda esta complexificação se desdobra ao nível da personalidade: *a)* nas *interações dinâmicas* que levam à constituição das formas gerais de perturbação — entre o equilíbrio e a perturbação, e a compensação desta ou a sua plena reversão ao normal (V. o rectângulo esquerdo) e *b)* nos *processamentos* patogêneos e curativos, em gradientes de múltiplas estruturas e destruturas, a que se opõem novas reestruturas no sentido de reorganização da personalidade — (V. o rectângulo à direita).

Um tal diagrama organizacional desta complexificação exclui, por si só, todos os simplismos das explicações lineares unívocas e unidimensionais, propondo uma nova solução — um modelo globalizante e convergente, mas dialéctico e aberto — aplicável à *praxis do diagnóstico, terapêutica e prevenção* das doenças e à *promoção da Saúde* — tal a nossa proposta frente à problemática posta no começo deste artigo.

Não é possível agora a discussão, face a outros modelos, do seu significado metodológico (*ponto de vista convergente fenomenológico — estrutural — dinâmico*) e epistemológico (bio-psico-socio-cultural). Diremos apenas que a *teoria das camadas*

(inorgânica, orgânica, psicológica e espiritual) em que primeiro se enquadrou, se mantém como *fundo* para esta arquitectónica, mas está profundamente dinamizada, englobando a *Personalidade* e o *ambiente*, em múltiplos planos e sistemas de inter-relação com efeitos circulares.

Esperemos que nos possa dar uma visão mais viva das *relações da doença com a saúde mental*, num mais vasto quadro *antropológico (o Homem doente)* sem perder a sua feição especificamente médica.

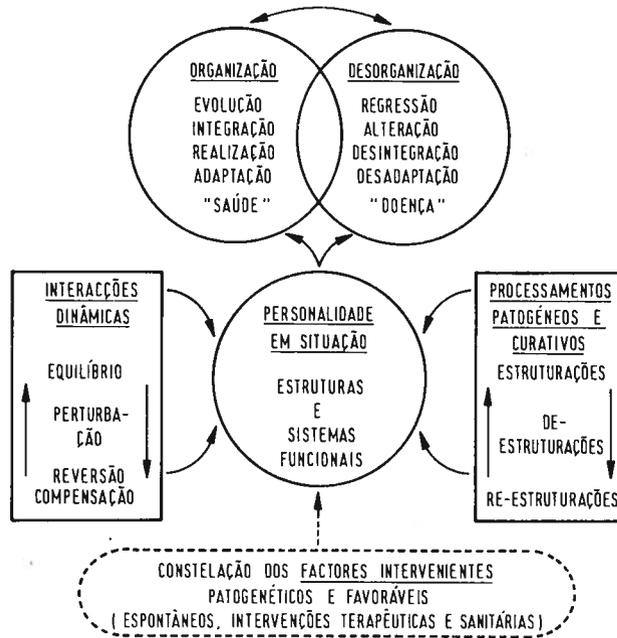


Fig. 6 — *Interações na saúde e na doença*

## SUMMARY

### *SOCIAL PSYCHIATRY — MEDICAL ANTHROPOLOGIC MODEL OF DISEASE/MENTAL HEALTH*

Social psychiatry — Medical anthropologic model of the disease/Mental health.

The praxis and epistemology call for a special model of psychiatry uniting biologic, psychologic and socio-cultural parameters in a whole. It is not reasonable to deny the medical model but, instead, we ought to find a substitute one, congruent with the reality of the *Mental Diseased Man*.

Several diagrams have been developed concerning: the structure of the whole of the particular personality; the general forms of its troubles; the perturbations and desintegrations of the basic psychopathologic structures; the pathogenic multidimensionality (convergence of the genetic factors and ecologic environment, social structures and historico-cultural ambient, human interaction and relations etc.).

Health and disease are not isolated entities but on the contrary they are connected by bonds of reciprocal interaction. There is a rather complex organization of dynamical actions (of perturbation, balance and compensation) and of pathogenic and curative processes — A whole dialectic of encounters of disorganizing effects of the disease and of the organization towards a better health, that we should use in clinical practice.

## BIBLIOGRAFIA

- BARAHONA-FERNANDES HJ: Da psiquiatria para a saúde mental. *Saúde mental* 31: 1, 1979.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: Dos métodos de investigação ao Homem doente. O homem doente mental e o homem doente neurológico. *Med* 71: 235, 1974.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: Filosofia e psiquiatria. Experiência portuguesa e suas raízes. Coimbra. *Liv Atlântica*, 1966.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: Hegel e a psiquiatria. In *Ideia e Matéria*. Lisboa. p. 241, 1978.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: A ideia do Homem na Medicina actual. Lisboa, *Liv Portugal*. 1957.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: Os limites da psiquiatria. Alguns aforismos e questões num ponto de vista convergente. *Med* 66: 159, 1973.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: No signo de Hipócrates. Vol. III — Medicina Humana. Lisboa. *Liv Luso-Espanhola*, 1969.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: Perspectivas da evolução da personalidade *J Med* 39: 5, 1959.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: Psiquiatria clínica. Antropologia da Senescência in *Gerontopsiquiatria*. Lisboa. *Ciba-Geigy*, 1978.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: A psiquiatria no quadro das ciências. *J Med* 51: 509, 1963.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: Psychiatrie in Selbstdarstellungen In: *Pongratz Hans Hüber*. Bern, p. 82, 1977.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: A saúde mental no Serviço Nacional de Saúde. *J Soc Ciên Med* 139: 165, 1975.
- BARAHONA-FERNANDES HJ: Structures psychopathologiques de base et pharmacopsychotérapie des dépressions. *Annal Psychot* 8: 41, 1974.
- MORIN E: La méthode. Vol. I — La nature de la nature. Paris, Seuil, 1977.
- SIEGLER M, OSMOND: Models of madness. Models of medicine. New York, *Mcmillan Publishing Company*, 1974.
- SOUZA, P: O modelo clínico-antropológico de Barahona-Fernandes e a problemática epistemológica da Psiquiatria. *Mom Med* 20: 14, 1978.

Pedido de separatas: *Barahona-Fernandes*

*Rua Actor António Silva, 5-8.º Dt.º*

*Lisboa - Portugal*