

Universidade de Évora

Mestrado em *Políticas de Bem-Estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores*
ERASMUS MUNDUS Phoenix EM – Dynamics of Health and Welfare

RUMO A UM CONCEITO DE SAÚDE MENTAL
LOGICAMENTE COERENTE E VERDADEIRAMENTE PROPOSITADO

Considerações acerca da natureza da saúde mental com interesse em saúde pública através da ponderação de escolhas normativas para as políticas de saúde mental, visando o desenvolvimento de programas efectivos e a organização de sistemas de monitorização da saúde mental e dos seus factores determinantes

Autor: Raquel Rodrigues Oliveira

Orientador: Prof. Doutor Teodoro Briz (ENSP, Lisboa)

Co-Orientador: Prof. Doutor Lennart Nordenfelt (Universidade de Linköping, Linköping)

Évora, Novembro de 2009

Universidade de Évora

**RUMO A UM CONCEITO DE SAÚDE MENTAL
LOGICAMENTE COERENTE E VERDADEIRAMENTE PROPOSITADO**

Considerações acerca da natureza da saúde mental com interesse em saúde pública através da ponderação de escolhas normativas para as políticas de saúde mental, visando o desenvolvimento de programas efectivos e a organização de sistemas de monitorização da saúde mental e dos seus factores determinantes

Autor: Raquel Rodrigues Oliveira

Orientador: Prof. Doutor Teodoro Briz (ENSP, Lisboa)

Co-Orientador: Prof. Doutor Lennart Nordenfelt (Universidade de Linköping, Linköping)

Este trabalho de dissertação contou com a colaboração, como consultor,

Do Prof. Doutor Paulo Kuteev Moreira (ENSP, Lisboa e ECDC, Estocolmo)

Évora, Novembro de 2009

PARTE I – INTRODUÇÃO.....	11
INTRODUZINDO O TEMA E O OBJECTO DA INVESTIGAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	11
2. RELEVÂNCIA DO TEMA E PERTINÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO	14
3. A PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO	18
4. QUESTÕES ORIENTADORAS, FINALIDADES E OBJECTIVOS	20
5. SUMÁRIO.....	23
PARTE II – REVISÃO DA LITERATURA	24
RUMO A UM CONCEITO SUSTENTÁVEL DE SAÚDE MENTAL	24
6. O PARADIGMA DA POLÍTICA DE SAÚDE BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	24
7. SISTEMAS DE VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL	31
7.1. INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E DOS SEUS DETERMINANTES.....	33
8. O DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS EFECTIVOS EM SAÚDE MENTAL	38
8.1. PROGRAMAS EFECTIVOS EM SAÚDE MENTAL	39
8.1.1. <i>As componentes de um programa efectivo</i>	40
8.1.1.1. <i>Necessidade</i>	40
8.1.1.2. <i>População – Alvo</i>	41
8.1.1.3. <i>Resultados (Outcomes)</i>	41
8.1.1.4. <i>Actividades</i>	43
8.1.1.5. <i>Outputs</i>	43
8.1.1.6. <i>Inputs</i>	44
8.1.1.7. <i>Relação entre Actividades e Resultados</i>	44
8.1.2. <i>Dois qualidades de um programa</i>	44
8.1.2.1. <i>A pertinência</i>	44
8.1.2.2. <i>A efectividade</i>	46
8.1.3. <i>Conclusão</i>	47
9. REVISITAR O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL	48
9.1. A TEORIA ALOPÁTICA DA SAÚDE.....	48
9.1.1. <i>A Teoria Bioestatística de Boorse</i>	49
9.1.2. <i>O paradigma médico de Reznek</i>	52
9.2. A TEORIA HOLÍSTICA DA SAÚDE.....	54
9.2.1. <i>A teoria reversiva da insaúde</i>	56
9.2.2. <i>A teoria reversiva da saúde</i>	59
9.2.2.1. <i>O conceito de habilidade</i>	59
9.2.2.2. <i>O conceito de meta vital</i>	61
9.2.2.3. <i>O conceito de circunstâncias padrão</i>	62
9.2.2.4. <i>A insaúde como o oposto da saúde</i>	65
9.2.2.4.1. <i>Condições determinantes da saúde</i>	66
9.2.2.4.1.1.1. <i>Doença</i>	67
9.2.2.4.1.1.2. <i>Dano</i>	67
9.2.2.4.1.1.3. <i>Lesão ou Trauma</i>	68
9.2.2.4.1.1.4. <i>Defeito</i>	68
9.2.2.4.2. <i>Os determinantes sociais da saúde</i>	68
9.2.3. <i>Outros conceitos associados ao conceito de saúde</i>	70
9.2.3.1. <i>Estado de Saúde e Funcionalidade</i>	70
9.2.3.2. <i>Capacidade e Incapacidade</i>	70
9.2.3.3. <i>Qualidade de Vida, Felicidade e Bem-estar</i>	71
PARTE III – METODOLOGIA.....	73
CONSIDERAÇÕES ACERCA DO MÉTODO.....	73
10. NATUREZA DO ESTUDO.....	73

11.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	76
PARTE IV – PRÉ-ANÁLISE E ANÁLISE DOS RESULTADOS		78
O PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – QUE CONCEITO DE SAÚDE MENTAL?.....		78
12.	PRÉ-ANÁLISE.....	78
12.1.	<i>Tarefas da investigação inerentes à pré-análise</i>	79
12.1.1.	<i>Definição de Objectivos</i>	79
12.1.2.	<i>Seleccção do Corpus</i>	79
12.1.3.	<i>Leitura Flutuante</i>	80
12.1.4.	<i>Seleccção da unidade de análise e definição das categorias analíticas</i>	80
12.1.5.	<i>Categorização e regras de codificação</i>	82
12.1.6.	<i>Regras de enumeração</i>	82
12.1.7.	<i>Definição do modelo de análise</i>	83
13.	ANÁLISE DOS RESULTADOS	83
13.1	<i>Categoria SAÚDE</i>	84
13.2	<i>Categoria NÃO SAÚDE</i>	89
13.3	<i>Categoria CONDIÇÕES DETERMINANTES DA SAÚDE</i>	89
13.4	<i>Categoria CONCEITOS ASSOCIADOS À SAÚDE</i>	91
14.	SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	94
PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....		95
A ESCOLHA NORMATIVA DE UM CONCEITO DE SAÚDE MENTAL		95
PARTE V – CONCLUSÃO.....		125
15.	CONCLUSÕES SUBSTANCIAIS DO ESTUDO	125
16.	CONCLUSÕES METODOLÓGICAS	131
17.	NOVAS PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO	136
18.	COMENTÁRIOS FINAIS	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELECTRÓNICAS		139
GLOSSÁRIO.....		144
ANEXOS.....		148

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo de planeamento estratégico em saúde

Figura 2. Ciclo de transferência da informação para o processo de decisão

Figura 3. Necessidades de informação

Figura 4. Da política de saúde mental aos sistemas de informação

Figura 5. Domínios de produção da informação

Figura 6. Fontes de recolha de dados por domínio de informação em saúde

Figura 7. Ciclo interactivo de monitorização

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Percurso Metodológico

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1. Definição de saúde de Nordenfelt

Ilustração 2. Níveis de saúde de Nordenfelt

Ilustração 3. O conceito de alinhamento

SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA	American Psychiatry Association
CCE	Comissão das Comunidades Europeias
CIHI	Canadian Institute for Health Indicators
CSC	Centre for Surveillance Coordination
CSDH	Commission of Social Determinants of Health
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
FHSR	Foundation For Health Services Research
HMN	Health Metrics Network
ICD	Classificação Internacional das Doenças
ICF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
SLSM	Rede Nacional de Serviços Locais de Saúde Mental
UE	União Europeia

“Marcelino Calhau poderia ter sido uma criança muito feliz, como tantas outras. Mas infelizmente sofria de uma doença esquisita: corava. Corava por tudo e por nada. Felizmente, dir-me-iam vocês, o Marcelino não era o único a corar. Todas as crianças coram. Coram quando estão envergonhadas ou quando fazem alguma asneira. Mas o que era preocupante no caso de Marcelino é que ele corava sem nenhuma razão. Em resumo, Marcelino Calhau tinha uma vida bastante complicada. Ele não era muito infeliz, simplesmente perguntava-se como, quando e porque é que cora.”

Sempé

A todos aqueles que têm a certeza de caber nesta página em branco... obrigada.

RESUMO

Rumo a um Conceito de Saúde Mental Logicamente Coerente e Verdadeiramente Propositado

A saúde mental é uma prioridade de saúde pública na Europa. A política de saúde mental deve estar baseada em programas efectivos, i.e., capazes de produzir uma mudança desejável e sustentada na saúde colectiva. O conceito de saúde mental exerce uma influência normativa sobre todo o ciclo de planeamento estratégico em saúde mental, desde a estruturação de políticas, programas e serviços efectivos até ao desenvolvimento de sistemas de monitorização da saúde mental e dos seus factores determinantes. O presente trabalho de investigação procurou esclarecer a natureza da saúde mental e explicitar a influência que uma determinada compreensão do conceito poderá ter para o desenvolvimento de estratégias efectivas em saúde mental. Através da análise do *Plano Nacional de Saúde Mental*, procurou-se fundamentar um conceito de saúde mental *logicamente coerente e verdadeiramente propositado*. Concluímos pela seguinte definição do conceito: “*A saúde mental é uma habilidade de segunda ordem para alcançar metas vitais, tendo em conta um conjunto de circunstâncias padrão*”. A análise conceptual oferece um importante contributo para a pesquisa teórica do bem-estar.

ABSTRACT

On the nature of mental health

Achieving consensus about the concept in order to support mental health policy and monitoring

Mental health is an important public health issue. Tackling mental health problems and promoting mental well-being should be a major priority for policy makers across Europe. Decisions concerning mental health planning and monitoring rely upon cultural and philosophical definitions of health, illness and disease. The main objective of this study was to discuss the nature of mental health and to analyze the consequences of choosing between alternative concepts of mental health to the development of policies, plans and monitoring systems considering that health authorities should develop effective strategies in order to protect and improve collective mental health. Based on the analysis of the *National Mental Health Plan* for Portugal, we've performed a philosophical conceptual analysis in order to find a definition of mental health that would be *logically coherent* and *truly useful*. We've concluded that the consideration of mental health as a second order ability to achieve vital goals is a theoretical propose *logically coherent* in order to understand the nature of mental health and *truly useful* for policy making and monitoring purposes. Conceptual analysis on the nature of mental health offers an important contribution to the enhancement of a welfare theory of mental health.

PARTE I – INTRODUÇÃO

Introduzindo o tema e o objecto da investigação

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a Saúde Mental tem vindo a posicionar-se como prioridade de saúde pública no contexto europeu¹. A publicação do *World Health Report 2001* exclusivamente dedicado à Saúde Mental, bem como a promulgação de um conjunto de documentos no ano seguinte, mais especificamente a Declaração² e Plano de Acção para a Saúde Mental³ na Europa, associados à Declaração de Helsínquia e o Livro Verde da União Europeia para a Saúde Mental⁴, são iniciativas representativas da crescente proeminência que a Saúde Mental tem assumido nas agendas europeias.

O reconhecimento de que a saúde mental é um componente essencial e indivisível da saúde geral está na base da nova relevância que o tema tem assumido rumo ao aprofundamento de uma visão estratégica e à edificação de um plano de acção em saúde mental para o espaço europeu. Na verdade, a saúde mental da população europeia é um dos factores basilares para a prossecução dos objectivos comunitários que visam construir um espaço solidário, com uma forte concretização da justiça social e onde a qualidade de vida é uma égide.

Simultaneamente ao reconhecimento da importância da saúde mental, os estudos epidemiológicos⁵ mais recentes põem a descoberto evidências que obrigam a uma reflexão. Sabe-se que das dez principais causas de incapacidade, cinco, são perturbações psiquiátricas. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde⁶ (OMS), 40% dos anos vividos com incapacidade são devidos a uma perturbação psicopatológica invalidante. Estima-se que um quarto da população europeia possa sofrer cronicamente de uma patologia deste foro ou, pelo menos, venha a ver o seu estado de saúde e bem-estar afectado por um período transitório de tempo. A patologia mental contribui para 25% da carga da doença na Europa, sendo que se prevê que as perturbações do humor constituam no ano 2020 a segunda causa de incapacidade a nível mundial e a primeira nos países mais desenvolvidos. Associada a este dado de morbilidade está a taxa de suicídio como principal índice de mortalidade associado à doença mental; suicidam-se na União Europeia (EU) cerca de 58000 pessoas por ano, número que ultrapassa as mortes causadas por acidentes de viação, homicídio ou mesmo pelo HIV/SIDA. Previsivelmente a doença mental custa actualmente à UE 3% a 4% do PIB; o impacto financeiro faz-se sentir no

¹ Knapp *et al*, *Mental health policy and practice across Europe*, 2007.

² WHO, *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*, 2005a.

³ WHO, *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*, 2005b.

⁴ CCE, *Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia da saúde mental para a União Europeia*, 2005.

⁵ Knapp *et al*, *Op. Cit.*, 2007.

⁶ CCE, *Op. Cit.*, 2005.

sector da saúde pela necessidade de prestação de cuidados nesta área, mas sobretudo no âmbito do sistema de protecção social pelas perdas de produtividade que se encontram associadas às reformas antecipadas e às pensões por invalidez.

O perfil epidemiológico da população europeia no que concerne à saúde mental caracteriza-se pois por perdas manifestas dos níveis de bem-estar associadas ao aumento da morbilidade e mortalidade. Os dados sugerem uma deterioração do nível de saúde mental da população europeia. A saúde mental é actualmente uma prioridade de saúde pública na Europa.

Tal realidade coloca novas exigências à governação. Exige uma reformulação das actuais políticas sociais e da saúde, norteada para uma nova ponderação de prioridades e possibilidades de acção. Os governos europeus devem pois preocupar-se em desenvolver programas efectivos para endereçar as necessidades de saúde mental e promover o bem-estar da população a que servem.

O planeamento efectivo da uma estratégia em saúde mental exige um conhecimento aprofundado do nível de saúde da população e dos seus determinantes, bem como de informação acerca dos recursos e serviços que já se encontram disponíveis. A necessidade de recolha de informação e a produção de conhecimento torna-se, portanto, um elemento fundamental de sustentabilidade do planeamento e intervenção em saúde.

Aprofundar a informação e conhecimento na área da saúde mental através do investimento no desenvolvimento de sistemas de monitorização, de modo a que se tornem cada vez mais capazes de produzir informação válida e pertinente, é uma necessidade que surge do impacto que o estado de saúde mental tem na saúde e bem-estar da população europeia, bem como das consequências económicas e sociais sobre os indivíduos, as famílias, as comunidades e os governos.

A produção de informação que descreva, numa perspectiva populacional e da saúde pública, o estado de saúde de um grupo populacional e que caracterize os problemas prioritários a endereçar e as necessidades de saúde predominantes é vital para um planeamento pertinente, organizado e capaz de melhorar, promover, proteger e restaurar a saúde mental dessa mesma população. As intervenções em saúde pública almejam sempre uma mudança sustentada na saúde das populações. É esperado que uma determinada intervenção programada tenha um impacto na saúde colectiva; esse impacte deve ser capaz de ser traduzido em ganhos em saúde.

Assim, a finalidade última de um sistema de monitorização em saúde mental será a de recolher, processar, analisar e partilhar informação de tal modo que esta informação, transformada em conhecimento, possa contribuir para o mais elevado nível de saúde e bem-estar colectivos⁷. Consequentemente a existência e acessibilidade de um conjunto de indicadores populacionais

⁷ HMN, *Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2008.

que monitorizem o nível de saúde, os seus determinantes e os recursos/serviços disponíveis para atender a essas necessidades deverá constituir um instrumento vital de apoio à decisão ao nível da governação, mais precisamente no que se refere ao desenvolvimento de programas efectivos.

Em síntese, a perspectiva subjacente à proposta de pesquisa que apresentamos assenta no seguinte pressuposto: a produção de informação em saúde mental deverá permitir uma melhor sustentabilidade do processo de decisão implícito nos processos de governação, rumo ao desenvolvimento de programas que sejam efectivos; isto é, que garantam o impacto desejado na saúde colectiva. Informação válida e produzida a um nível populacional é essencial para desenvolver programas efectivos em saúde mental numa perspectiva da saúde pública. Os sistemas de monitorização, pedra basilar da saúde pública, tornam-se assim um elemento indispensável para o planeamento estratégico em saúde mental.

Não obstante, a clareza da linguagem e dos conceitos irá influenciar o ciclo de planeamento em política da saúde em todas as suas etapas decisivas. O desenvolvimento de programas efectivos depende da partilha de conceitos comuns de saúde, saúde mental e outros conceitos associados.

O presente trabalho de dissertação pretende empreender uma análise do conceito de saúde mental e outros conceitos associados segundo diferentes perspectivas teóricas e compreender o impacto que a escolha normativa de um determinado conceito de saúde mental tem no processo de desenvolvimento de estratégias efectivas e na viabilização de um paradigma da política da saúde baseada na evidência.

A interpretação filosófica, que é frequentemente uma prática de interpretação de conceitos, tem um valor singular no seio da política da saúde. Debater a natureza da saúde mental não é, na nossa perspectiva, um mero exercício académico, com meras finalidades académicas. A natureza do conceito de saúde mental molda com toda a certeza os pressupostos e práticas da política da saúde. Definir a natureza da saúde mental pressupõe uma avaliação acerca do que se considera como “*ser-se saudável mentalmente*”. Tendo uma natureza normativa, o conceito de saúde mental deve ser debatido e a sua influência (re)conhecida.

Em conclusão, o pressuposto de que melhor informação em saúde mental conduz a uma melhor política⁸ de saúde mental deve ser precedido do pressuposto de que o conceito de saúde mental exerce uma influência normativa na estruturação de estratégias, sistemas, serviços e programas. O debate epistemológico no seio da filosofia em saúde contribui para a compreensão das fundações dos sistemas de decisão em saúde, com importantes consequências para a monitorização, planeamento e efectividade das acções.

⁸ A expressão “política de saúde mental” refere-se ao planeamento da estratégia em saúde mental, na perspectiva da relação dialéctica entre a saúde pública e a política da saúde, através do desenvolvimento de programas efectivos em saúde. Os termos ingleses auxiliam o esclarecimento do que entendemos como política da saúde ao estabelecerem a distinção entre “*politics*” e “*policy*”. A tradução para a língua portuguesa enquanto “política” refere-se neste trabalho ao termo “*policy*” e está relacionado com o referido anteriormente.

2. RELEVÂNCIA DO TEMA E PERTINÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO

Actualmente a saúde é amplamente reconhecida como uma capacidade dos indivíduos e dos grupos. Este reconhecimento faz da saúde um bem público que o Estado deve proteger, promover e redistribuir através de acções organizadas. A par deste reconhecimento, sucedem-se tentativas de análise e definição do conceito de saúde.

A própria OMS revela esta preocupação ao procurar reflectir acerca do conceito de saúde e proceder à sua adaptação ao longo do tempo. O preâmbulo da constituição da Organização Mundial de Saúde⁹ em 1948 definia o conceito como *“A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”*. O comité preparatório da futura OMS dedicou longas horas a debater sobre qual a perspectiva acerca da natureza da saúde que deveria ser expressa na sua constituição. Chegaram ao conceito referido, o qual viria a ser frequentemente questionado pela sua excessiva abrangência e fraca aplicabilidade. Quanto à saúde mental, o consenso foi imediato: a definição de saúde deveria incluir a saúde mental como elemento constituinte e indivisível da saúde geral. A proposta inglesa chega a explicitar que *“it (a constituição) should be made clear that health includes mental health”*¹⁰. Em concordância, a proposta francesa enfatiza as consequências da escolha de um conceito de saúde para a definição dos objectivos do novo organismo a constituir; para os franceses, deveria ser expresso que a missão fundamental da OMS inclui a tarefa de *“protect and improve the physical and mental health of the inhabitants of every country of the globe”*¹¹. E assim se definiu que o conceito de saúde expressaria um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Mas este conceito seria revisitado pela OMS¹² em 1984 originando a seguinte definição de saúde: *“The extent to which an individual or a group is able to realize aspirations and satisfy needs, and to change or cope with the environment; health is a resource for everyday life, not the objective of living; it is a positive concept, emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities”*. A necessidade de redefinição do conceito nesta época esteve associada à importância que se passou a atribuir ao desenvolvimento de estratégias dirigidas ao componente positivo da saúde no sentido de o promover, isto é, a estratégias de promoção da saúde.

Através deste breve exemplo do percurso de definição do conceito de saúde da OMS procurámos ilustrar a pertinência do debate em torno da natureza dos conceitos. A preocupação pela clarificação da natureza da saúde, e mais particularmente da saúde mental, está associada às implicações que as alterações na compreensão do que é ser-se saudável têm para a planificação da estratégia em saúde/saúde mental. A saúde é um conceito normativo por natureza, porque baseado em valores normativos; isto é, descrever uma pessoa como saudável ou doente é fazer

⁹ OMS, 1946, citado por Bok, *WHO Definition of Health, Rethinking the*, 2008, p. 590.

¹⁰ Idem, p. 591.

¹¹ Idem, *ibidem*, p. 591.

¹² OMS, 1984, citado por Bok, *Op. Cit.*, 2008, p. 591.

uma avaliação do seu estado actual e portanto pressupõe um julgamento acerca do que é considerado “*ser-se saudável*”.

A definição do conceito de saúde terá pois uma influência normativa sobre todo o ciclo de planeamento estratégico em saúde, desde as etapas primeiras de caracterização do perfil epidemiológico da população, através da avaliação e medição do estado de saúde e do volume de doença e da identificação de factores determinantes, passando pela escolha dos programas e estabelecimento de objectivos, até à etapa de medição da efectividade das intervenções e reavaliação do volume de doença e portanto de monitorização dos resultados da mudança¹³.

A produção de informação acerca do estado de saúde colectiva e dos seus determinantes constitui um suporte do processo de governação. Oferece elementos informacionais a serem integrados no ciclo de planeamento estratégico em saúde, no que concerne a identificação de necessidades, o desenvolvimento de intervenções e a avaliação da efectividade das acções. Acabámos de enunciar as características de um paradigma da política da saúde baseado na evidência, isto é um paradigma que parte do conhecimento para a acção.

Não obstante, sabemos que o processo de desenvolvimento de políticas da saúde e a constituição de agendas políticas não pode ser visto segundo uma perspectiva racionalista de utilização directa e imediata da evidência científica¹⁴. Dever-se-á atender, em vez disso, a um conjunto de factores de influência no processo de governação e da legitimação das prioridades a endereçar pela agenda política, entre eles os factores de distribuição do poder de decisão entre os grupos de influência. Ainda assim, a recolha sistemática de informação continua a constituir uma estratégia importante para a transferência do conhecimento para o processo de governação. A evidência científica tem ganho um espaço cada vez mais alargado na moldagem do processo de decisão em política da saúde, constituindo um movimento reconhecido como “*política baseada na evidência*”¹⁵.

Assim, investir na melhoria do sistema de monitorização em saúde mental, através mais particularmente da construção de um conjunto de indicadores de avaliação e monitorização da saúde, determinantes e serviços atende por um lado, à necessidade de produzir informação válida que faça parte integrante do processo de tomada de decisão (quer ao nível da governação, quer ao nível da prestação) e constitui por outro lado, uma tentativa de contrariar o fraco investimento que tem sido feito e de reforçar a necessidade de uma actuação estratégica nesta área. O mesmo será dizer que os sistemas de vigilância em saúde representam um instrumento basilar para que se exerça a capacidade de garantir a efectividade das acções numa lógica de transparência e de prestação de contas a todos os *stakeholders* do sistema de saúde.

¹³ Tugwell *et al*, citado por Beaglehole, *et al*, *Epidemiologia Básica*, 2005.

¹⁴ Buse, Mays & Walt, *Making Health Policy*, 2005.

¹⁵ *Idem*.

É a própria União Europeia¹⁶, no âmbito da Conferência Europeia de Alto Nível “*Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar*”¹⁷, que reconhece a necessidade de desenvolver os sistemas de monitorização em saúde mental em todos os Estados membros, quer com a finalidade de monitorização das necessidades de saúde a ser endereçadas, quer para que se possa aferir a efectividade das acções implementadas em cada país. Estes desenvolvimentos integram também o intuito de facilitar as comparações entre países, objectivo que se encontra dependente do alinhamento dos diferentes sistemas de monitorização.

Da conferência resultou, como contributo operacional, um relatório de suporte onde estão identificados os três níveis de intervenção¹⁸ essenciais para a política europeia sobre o tema: (1) acções para promover a saúde mental e prevenir a doença mental; (2) acções para garantir o suporte aos que sofrem de patologia mental; e, por último, (3) acções para promover a base de conhecimento em saúde mental e a incrementar a disponibilidade de informação, como sucedâneo dos dois primeiros níveis.

A decisão estratégica encontra-se então cada vez mais dependente da informação existente, atendendo que a finalidade última do processo de governação é programar acções que produzam uma mudança sustentada no nível de saúde da população. Daqui resulta a importância da existência de uma definição normativa do conceito de saúde mental e dos conceitos que lhe estão associados.

A análise conceptual permite-nos reflectir, antes de qualquer outra coisa, acerca de qual deverá ser a visão adoptada para a definição de objectivos das intervenções em saúde mental, o que em última análise confere as finalidades ao próprio sistema de saúde mental. Deverá levar-nos a reflectir acerca dos objectivos subjacentes aos programas que constituem as acções estratégicas do sistema e acerca da possibilidade de existirem objectivos alternativos mais profícuos naquilo que é a missão da política da saúde e da saúde pública: otimizar a saúde colectiva. Como refere Nordenfelt¹⁹ “*podemos ter boas razões para mudar conceitos ou mesmo criar conceitos completamente novos que sejam mais claros e mais eficientes para os nossos propósitos*”. A análise conceptual tem assim uma contribuição importante na produção de definições claras, precisas e tangíveis de saúde mental e de outros conceitos associados. Tais definições deverão em primeira instância ser capazes de nos dizer claramente o que é ser-se mentalmente saudável e o que é que desejamos promover e proteger em saúde mental.

Delimitado o objecto da intervenção, segue-se o planeamento estratégico de acções que se desejam efectivas. A efectividade dos programas está fortemente dependente da monitorização.

¹⁶ McCollam et al, 2008, citado por Lavikainen, Fryers & Lehtinen, *Improving mental health information in Europe. Proposal of the mindful project*, 2006.

¹⁷ No âmbito da Conferência Europeia de Alto Nível “*Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar*”, que decorreu em Junho de 2008 em Bruxelas, foi estabelecido o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar.

¹⁸ McCollam et al, 2008, citado por Lavikainen, Fryers & Lehtinen, *Op. Cit.*, 2006.

¹⁹ Nordenfelt, *Conversando sobre saúde. Um diálogo filosófico.*, 2000, p. 42.

Escolher o que se vai monitorizar como saúde e como doença é novamente proceder a uma definição normativa de conceitos. A análise de conceitos rumo à sua definição é uma meta natural do trabalho de construção e validação de indicadores. Portanto, o desenvolvimento de indicadores válidos e precisos pressupõe que se estabeleça uma correspondência entre os enunciados conceptuais e a realidade do que eles medem. Pressupõe para além disso a existência de um consenso o mais generalizado possível entre os actores do sistema de saúde acerca da própria natureza dos conceitos e do que eles expressam. Como consequência, e em última análise, os indicadores de monitorização da saúde e da doença representam operacionalizações do conceito de saúde que o sistema tem como referência.

A primeira dificuldade que se impõe ao desenvolvimento de programas efectivos é sem dúvida a indisponibilidade de informação diagnóstica acerca do nível de saúde e dos seus determinantes, bem como a indisponibilidade de informação acerca do desempenho dos serviços. Dito de outro modo, a dificuldade reside na ausência de indicadores.

Não obstante, e mesmo que as dificuldades de utilização de informação passem pela inexistência de indicadores, outra grande dificuldade reside nas diferenças de construto entre os indicadores existentes. A impossibilidade de comparação de informação assenta na inexistência de uma definição comum do conceito em causa. Esta diferença nas definições de conceitos irá influenciar todo o processo de recolha da informação que se segue, desde o estabelecimento dos instrumentos e dos meios de recolha de dados, até aos critérios de decisão de ocorrências positivas em relação ao que se está a medir.

Na verdade, uma das grandes limitações que têm sido referidas nos diversos contextos onde se pressupõe precisamente a utilização de indicadores de saúde mental desenvolvidos em diferentes países é a dificuldade em estabelecer comparações entre contextos. Para além de ser difícil encontrar informação disponível devido à inexistência de indicadores de monitorização para a saúde mental, o facto da informação existente não permitir a comparação de dados acrescenta uma dificuldade à afirmação de processos de decisão estratégica baseados na evidência. Como refere Whalbeck *“adequate and comparable information on mental health at a population level will be an indispensable pre-requisite for tackling these problems, in targeting measures effectively towards required priorities and in monitoring progress to agreed goals”*.

O progresso na capacidade de monitorização da saúde mental numa perspectiva da saúde pública passa, portanto, por uma capacidade de encontrar definições válidas e partilhadas de conceitos.

A análise conceptual encontra aqui o seu maior contributo para o processo de monitorização da saúde mental em primeira instância e para o processo de estabelecimento de estratégias efectivas em saúde mental em última instância uma vez que este último se baseia no primeiro.

No contexto europeu a existência de informação actual, fiável, válida e comparável contém grande utilidade para que se possa desenvolver e implementar estratégias endereçadas à promoção e protecção da saúde e aumentar a capacidade de resolução dos problemas de doença mental emergentes e instalados em todos os estados membros e avaliar a efectividade das acções que estão a ser implementadas.

Fica assim encontrada a relevância do trabalho de análise conceptual no seio das políticas da saúde. A tarefa filosófica contribui para a clarificação e interpretação de conceitos no âmbito da saúde e participa na própria criação de significados. Estas são as principais tarefas do exercício filosófico. A análise de conceitos pode *“julgar se o conceito é logicamente coerente ou não e talvez ajudar a determinar se ele verdadeiramente serve ou não ao seu propósito”*. Concordamos portanto que o exercício de análise conceptual não é desprovido de sentido. Contribui, pelo contrário, para a clarificar o objecto da política da saúde rumo à efectividade das acções.

3. A PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

A análise crítica da natureza da saúde mental é o tema nuclear do presente trabalho de investigação. Procurou-se descrever e delimitar o conceito de saúde mental e debater a sua influência normativa para o desenvolvimento de programas efectivos em saúde mental, tendo em conta que constituem o sustentáculo de uma política baseada na evidência.

A explicitação da natureza da saúde mental possibilita a fundamentação de um conceito de saúde mental que seja *logicamente coerente* e *verdadeiramente propositado*.

O termo *“logicamente coerente”* é o primeiro termo que queremos propor como núcleo organizador da análise. A definição da natureza da saúde mental passa pela procura do que designámos de um conceito *logicamente coerente*. O termo escolhido refere-se à natureza do conceito de saúde mental e procura representar o conceito que oferece a compreensão acerca da saúde mental que será a mais logicamente coerente. Uma definição *logicamente coerente* do conceito pressupõe uma aceitação, segundo uma perspectiva filosófica, de um enunciado que descreve o atributo da saúde mental de forma intuitivamente axiomática e portanto que é capaz de descrever o que é ser-se mentalmente saudável de uma forma consistente e sem dissonâncias. A primeira tarefa da investigação apresenta-se como um trabalho de análise conceptual que se enquadra no âmbito da missão da filosofia da saúde.

A segunda tarefa da investigação procura esclarecer as consequências da escolha normativa de um conceito de saúde mental entre conceitos alternativos. Propomos assim o termo seguinte para representar o segundo núcleo organizador da análise: *verdadeiramente propositado*. O termo *“verdadeiramente propositado”* refere-se às implicações práticas do conceito de saúde

mental e procura representar o conceito que melhor contribui para o desenvolvimento de estratégias efectivas. Este será um exercício crítico de derivação de implicações da argumentação filosófica acerca da natureza da saúde mental para a prática. Esta é a segunda tarefa da investigação que enleva uma missão da filosofia da saúde que não quer ser estéril.

Pensamos que os dois termos que acabámos de propor, *logicamente coerente e verdadeiramente propositado*, podem vir a revestir-se de uma significação autónoma no debate que pretendemos impulsionar. A tarefa de análise conceptual inerente a este trabalho contribui para a clarificação e interpretação de conceitos no âmbito da saúde mental, ao mesmo tempo que poderá participar na própria criação de novos significados. Estas são as tarefas partilhadas entre o exercício filosófico e o presente trabalho de investigação.

A análise do conceito de saúde mental acabaria naturalmente por se alargar a um conjunto de outros conceitos que lhe estão associados. Perceber a natureza da saúde mental pressupõe examinar os próprios conceitos representados nos diferentes elementos constituintes da sua definição. É o caso da definição holística de saúde mental, representada mormente por Lennart Nordenfelt, que inclui os conceitos de *habilidade, circunstâncias padrão e meta vital*. Como conceitos constituintes da enunciação apresentada pelo autor e tendo em conta a autonomia da sua própria definição, devem ser eleitos para a análise.

Outros conceitos complementares como bem-estar, felicidade ou doença devem também ser tomados como elementos constituintes da análise. A sua inclusão é fundamental para a compreensão da natureza distintiva da saúde mental e contribui para reforçar a lógica e coerência da definição encontrada.

Uma das dificuldades inerentes à análise dos diferentes conceitos constituintes e complementares do conceito de saúde prendeu-se com a tradução dos conceitos uma vez que cada vocábulo encontra uma significação muito própria no paradigma de referências em que se encontra implicado. A preferência por determinada tradução em detrimento de outra está baseada na intenção de encontrar e eleger termos significantes do contexto e aceção primária dos conceitos a que fazem referência²⁰.

A natureza da investigação está, então, muito próxima do âmbito da tarefa da filosofia da saúde. Não pretende, no entanto, ser entendida como uma tarefa que se esgota no exercício académico. Procurámos trabalhar para o desenvolvimento de um modelo teórico de fundamentação das intervenções em saúde e em particular em saúde mental. Acreditamos que existe sempre um conceito normativo de saúde mental subjacente a qualquer planeamento estratégico que acaba por influenciar, mesmo que tacitamente, as escolhas inerentes ao desenvolvimento de programas nesta área.

²⁰ Ver Anexo I.

Assim, a identificação do conceito de saúde mental inerente às intervenções propostas na área da saúde é uma tarefa fundamental para que se chegue à efectividade das acções. Mas, mais do que contribuir para a sua identificação, o principal propósito desta investigação é o de contribuir para a construção de uma rede de significados que sustente a fundamentação de programas efectivos em saúde mental.

É necessário compreender o que torna um programa efectivo e que implicações a escolha de um conceito pode ter para o garante dessa efectividade. A identificação e escolha normativa de um conceito deverão permitir o estabelecimento de objectivos comuns traduzíveis em ganhos em saúde. Deverá contribuir para justificar os programas a desenvolver no âmbito da saúde mental com o objectivo de responder às necessidades de saúde colectiva nesta área. Deverá contribuir para a delineação de sistemas de vigilância da saúde mental e para a operacionalização de indicadores de monitorização. Deverá contribuir para a monitorização de mudanças no perfil epidemiológico de saúde mental e portanto para a aferição da efectividade das acções que foram planeadas e implementadas.

A análise de conceitos proficua procura, em conclusão, *“julgar se o conceito é logicamente coerente ou não e talvez ajudar a determinar se ele verdadeiramente serve ou não ao seu propósito”*²¹. Tendo em estudo o conceito de saúde mental, procurámos deslindar a sua natureza e deduzir de conceitos alternativos a pertinência para o desenvolvimento do modelo da política da saúde baseado na evidência e na efectividade.

4. QUESTÕES ORIENTADORAS, FINALIDADES E OBJECTIVOS

A compreensão da natureza da saúde mental traduzível no seu conceito é, como ficou claro, o núcleo organizador do presente trabalho de investigação. Procurámos partir da análise de conceitos rumo ao incitamento de um debate proficuo acerca do reconhecimento da natureza normativa do conceito e acerca da influência que esse reconhecimento terá para a fundamentação das intervenções estratégicas em saúde mental.

A interpelação referida acerca da natureza da saúde mental permitiu-nos então delinear o problema de investigação como o seguinte:

Que conceito de saúde mental é logicamente coerente e verdadeiramente propositado?

²¹ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2000.

Tendo como referência o problema acabado de enunciar, pretendemos desenvolver um estudo que respondesse às seguintes questões:

- i. Qual é a natureza distintiva da saúde mental? O que deve ser considerado como “*ser-se mentalmente saudável*”?
- ii. Que implicações advém da escolha normativa de um conceito de saúde mental para o desenvolvimento de estratégias efectivas em saúde mental?

Através do debate acerca da natureza da saúde mental e das suas implicações, procurou-se alcançar a finalidade enunciada abaixo.

Finalidade Primordial: Contribuir para a construção de significados acerca da natureza da saúde mental *logicamente coerentes e verdadeiramente propositados*.

Não obstante, e enunciado o propósito fundamental da investigação, pensamos que seria importante e estimulante que o debate instituído fizesse germinar a valorização da análise de conceitos no âmbito da política da saúde e da saúde pública. Antevêem-se potencialidades da discussão para a estruturação de acções efectivas e em última análise para a promoção da saúde mental colectiva enquanto componente fundamental do Bem-Estar. Assim, pensamos então poder também enunciar as seguintes finalidades complementares:

Finalidade Complementar I: Contribuir para a construção de significados acerca da natureza da saúde mental que possam constituir a fundamentação de programas efectivos em saúde mental.

Finalidade Complementar II: Contribuir para a valorização do paradigma de construção de políticas de saúde mental baseadas na evidência e mais particularmente para a valorização da necessidade da existência de programas efectivos na área da saúde mental, onde a informação acerca do estado de saúde mental da população e dos seus factores determinantes constituam elementos indispensáveis para a tomada de decisão em saúde.

Finalidade Complementar III: Contribuir para a promoção da consciência dos actores acerca da necessidade e relevância da existência de indicadores de monitorização em saúde mental para assegurar a efectividade das políticas e programas dirigidos à área da saúde mental.

Os objectivos seguintes enunciam os resultados que se procurou alcançar através do processo de pesquisa que foi implementado. São eles os seguintes:

Objectivo Geral 1: Explicitar a natureza da saúde mental.

Objectivo Específico 1.1: Identificar e descrever diferentes perspectivas acerca do que é considerado como “*ser-se mentalmente saudável*”;

Objectivo Específico 1.2: Identificar e descrever conceitos complementares ao conceito de saúde mental que contribuam para compreender a sua natureza.

Objectivo Geral 2: Explicitar a influência de conceitos alternativos de saúde mental para o desenvolvimento de estratégias efectivas em saúde mental.

Objectivo Específico 2.1: Identificar a influência de conceitos alternativos de saúde mental para o ciclo de planeamento em política da saúde;

Objectivo Específico 2.2: Identificar a influência de conceitos alternativos de saúde mental para a monitorização da saúde e dos seus determinantes;

Objectivo Específico 2.3: Identificar a influência de conceitos alternativos de saúde mental para a avaliação da efectividade das acções em saúde mental.

Objectivo Geral 3: Fundamentar um conceito de saúde mental *logicamente coerente e verdadeiramente propositado*.

Procuramos fazer da análise da natureza da saúde mental um projecto de investigação profícuo em implicações para a política de saúde e mais particularmente para o desenvolvimento de estratégias efectivas. A apologia da evidência e da efectividade representa a preocupação derradeira de conceber mudanças sustentadas na saúde colectiva, fazendo da política um importante determinante da saúde das populações.

5. SUMÁRIO

Apresentamos abaixo o resumo do presente trabalho para que seja apreendida a forma como está organizado intelectualmente.

I. A investigação teve como finalidade essencial explorar a natureza da saúde mental rumo à fundamentação de um conceito logicamente coerente e verdadeiramente propositado. A discussão acerca da natureza da saúde mental deve ser profícua nas suas contribuições, revelando-se de especial importância para a política da saúde e mais particularmente no que concerne ao desenvolvimento de programas efectivos.

II. Em primeiro lugar, revelou-se importante descrever as características do paradigma da política da saúde baseado na evidência para que se pudesse compreender que uma política efectiva deve considerar o desenvolvimento de programas efectivos.

III. Atendendo a que só a existência de programas efectivos poderá garantir mudanças desejáveis no estado de saúde mental colectiva, procurámos em seguida descrever os elementos determinantes de um programa efectivo em saúde mental.

IV. Por outro lado, o próprio desenvolvimento de programas efectivos depende da disponibilidade de informação acerca da saúde colectiva, determinantes e serviços. A caracterização um sistema de monitorização em saúde mental foi a etapa subsequente da revisão da literatura.

V. Prossequimos com a exploração de várias teorias que procuram explicar a natureza da saúde mental e que, portanto, propõe diferentes conceitos de saúde mental. Também foram explorados outros conceitos, por um lado, para clarificar o próprio conceito de saúde mental e, por outro, para que se pudesse vir constituir uma verdadeira rede de conceitos com fortes implicações para a política da saúde mental.

VI. Após esta revisão da literatura, foi analisado o Plano Nacional de Saúde Mental. O Plano foi estudado tendo por base a análise de conteúdo e constitui um campo de aplicação dos conceitos encontrados através da revisão da literatura. Quisemos inferir o conceito de saúde mental dominante no plano, para depois abstrair a sua influência sobre as estratégias de acção que foram propostas. Seguiu-se a apresentação dos resultados desta análise.

VII. A discussão dos resultados foi realizada sob a forma de uma análise conceptual. A análise de conceitos teve por base os resultados que derivaram da análise de conteúdo. Procurámos analisar a natureza e influência do conceito dominante no Plano e de outros conceitos alternativos. Concluimos pela fundamentação de um conceito de saúde mental *logicamente coerente e logicamente propositado*.

PARTE II – REVISÃO DA LITERATURA

Rumo a um conceito sustentável de saúde mental

6. O PARADIGMA DA POLÍTICA DE SAÚDE BASEADA NA EVIDÊNCIA

O modelo de protecção social europeu, formalizado pelo Estado Providência, traduz uma visão positiva do poder e da capacidade humana para garantir um nível de segurança e protecção ideal através da organização colectiva das coisas públicas. O Estado Nação assenta em instituições públicas que procuram transformar recursos em serviços e disponibilizar bens públicos; portanto, garante um conjunto de serviços aos cidadãos, em que a matéria da saúde não é excepção. A saúde pública assume, assim, um papel fundamental na organização da medicina do Estado, enquanto *“esforço colectivo e organizado da sociedade, principalmente através das suas instituições de carácter público, para melhorar, promover, proteger e restaurar a saúde das populações por meio de acções de alcance colectivo”*²².

A saúde mental é na actualidade uma prioridade de saúde pública na Europa. A promoção da saúde mental colectiva está dependente de um agrupado de políticas públicas oriundas de um conjunto muito variado de áreas: educação, emprego, migração, habitação, apoio social, ambiente entre outras. Sabemos que as políticas públicas são um importante factor determinante da saúde das populações. Não obstante, existem e devem existir políticas especificamente dirigidas à promoção da saúde mental e do bem-estar – *“Having a national policy on mental health can help to raise awareness, secure resources for services and coordinate actions across many different sectors. Developing and strengthening policy for mental health in Europe remains a key concern, with a number of countries continuing to have no policy or action plan in place”*²³.

O planeamento das acções em saúde mental assume, neste contexto, um papel primordial na medida em que envolve o estabelecimento de objectivos prioritários, ao mesmo tempo que impõe uma escolha das melhores alternativas para os alcançar. Falamos do desenvolvimento de políticas de saúde acompanhadas de um respectivo plano de acção.

A política em saúde define-se como uma afirmação global acerca das finalidades e objectivos para uma determinada área de intervenção e acerca das acções que devem ser criadas para os alcançar²⁴. Constitui assim um paradigma para a acção. Uma política de saúde mental pode ser então caracterizada como uma declaração de um governo ou de uma autoridade em saúde sobre qual deve ser o entendimento global da estratégia a definir para a área da saúde mental. Define

²² Definição da OMS, 2002.

²³ McDaid, *Policy brief. Mental Health I. Key issues in the development of policy and practice across Europe*, 2005.

²⁴ Buse, Mays & Walt, *Op. Cit.*, 2005.

uma visão, um conjunto de valores, princípios e finalidades que devem ser alcançados, bem como um modelo global de enquadramento das acções que devem ser desenvolvidas para os atingir. A política de saúde mental coordena, através do delineamento de uma visão comum, o planeamento de serviços eficazes para o alcance das finalidades e objectivos que delineou. É assim acompanhada por um plano de acção, onde se encontram descritas as actividades que devem ser implementadas para alcançar os objectivos inscritos na política da saúde mental e assim concretizar a visão que foi delineada. A política de saúde depende do plano de acção a que está associada para a sua concretização, ao mesmo tempo que lhe confere um propósito – *“a policy without a strategic plan remains a dream; a plan without a policy is an aimless and disorganized list of activities”*²⁵.

Hierarquizando os componentes acabados de enunciar, poder-se-ia dizer que a visão constitui um cenário da situação futura que é desejada e tida como necessária a longo prazo. Dá origem a um conjunto de valores e princípios que subjazem à política de saúde mental que está a ser desenvolvida. As finalidades e objectivos são delineados através da sua operacionalização em resultados desejados que concretizam a visão.

Ainda que varie nas suas finalidades e objectivos, uma política em saúde possui um elemento invariável: tem sempre como propósito essencial produzir uma mudança sustentada na saúde colectiva. A própria reorganização dos serviços só faz sentido na medida em que essa reorganização constitua um meio para se obter ganhos em saúde. Deste modo, quer uma política, quer um plano de saúde devem ser desenvolvidos com base no estabelecimento de finalidades e objectivos directamente relacionados com as necessidades de saúde identificadas numa dada população.

Quando um planeamento, para ser efectivo, é sustentado por informação acerca das necessidades de saúde da população para quem se está a planear, estamos perante um paradigma de formulação de políticas da saúde baseado na evidência. Basear o processo de tomada de decisão na evidência é utilizar como referência para as escolhas que se fazem e as prioridades que se estabelecem, a situação existente numa dada população quanto ao estado de saúde colectiva e quanto à disponibilidade e desempenho dos serviços que já existem.

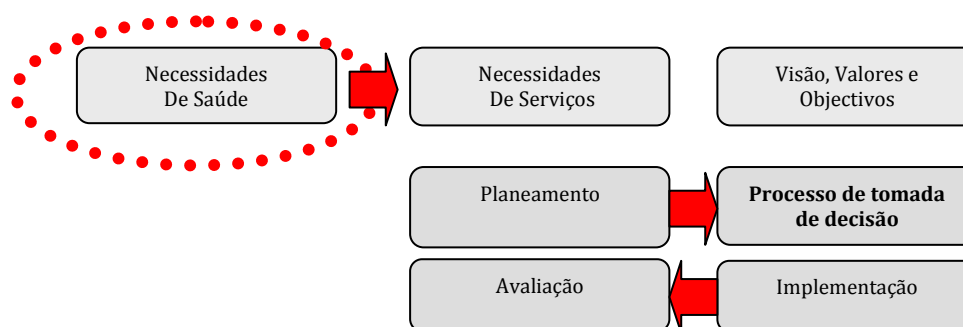
O processo de desenvolvimento de políticas da saúde refere-se a um processo de tomada de decisões mediante o qual as políticas são iniciadas, formuladas, negociadas, comunicadas, implementadas e avaliadas²⁶. Para que seja pertinente e efectivo, este processo de decisão deve estar baseado em evidência.

²⁵ OMS, *Mental health policies and plans: key issues and basic definitions*, 2007

²⁶ Buse, Mays & Walt, *Op. Cit.*, 2005.

A figura 1 retrata o ciclo de planeamento estratégico em políticas de saúde. Pode-se observar que o processo de tomada de decisão é directamente influenciado pela visão que guia o estabelecimento de finalidades e objectivos e indirectamente pela situação corrente no que concerne às necessidades de saúde e serviços que a população à qual a política será endereçada manifesta.

Figura 1 – Ciclo de Planeamento Estratégico em Saúde (Adapt. Korkeila *et al*, 2007, In Lavikainen *et al*, 2007)



A construção de políticas e planos de saúde efectivos fica assim dependente da disponibilidade de dados, informação e evidência acerca da situação específica do contexto para o qual estão a ser desenvolvidos.

Tradicionalmente a produção de informação era entendida como um elemento de crucial importância para a etapa final do ciclo de planeamento estratégico aquando da avaliação da política que fora implementada. Procurava-se inferir os efeitos que foram produzidos. O sucesso no alcance dos objectivos a que a política se propunha motivaria a continuação da estratégia que fora implementada, enquanto que o seu insucesso levaria à ponderação de novas possibilidades de actuação.

Actualmente é amplamente reconhecido o valor da produção de evidência para o processo de desenvolvimento estratégico em saúde desde as suas etapas iniciais²⁷. O paradigma da política da saúde baseada na evidência espera que a produção de informação esteja presente logo na primeira etapa do ciclo: a fase de identificação de problemas e de prioridades em saúde. A informação acerca do estado de saúde de uma população e por conseguinte das necessidades de saúde que manifesta pode ser um elemento motivador da inclusão de um determinado tema na agenda política. Uma preocupação específica que poderia não ter sido tomada em conta, passa então a ser considerada no posterior desenvolvimento da estratégia em saúde.

²⁷ Buse, Mays & Walt, *Op. Cit.*, 2005.

A etapa que se segue é precisamente a fase de formulação da política onde os problemas identificados devem ser tidos em conta e as necessidades emergentes endereçadas. Outro elemento que pode ser fundamental na fase de formulação é a informação acerca dos serviços ou outras actividades que já estão disponíveis e que possam ser eficazes ou não no alcance dos objectivos que estão a ser considerados.

Segue-se a fase de implementação da política, enquanto a fase de avaliação sinaliza o termo do ciclo de desenvolvimento de políticas da saúde e à qual já fizemos referência.

A disponibilidade de informação, para além de servir os propósitos já enunciados de formulação das políticas, continua a servir de garante da aferição da sua efectividade. O impacte que as políticas delineadas a nível local, nacional e internacional têm na saúde colectiva é amplamente reconhecido²⁸. É, aliás, a justificação última da sua existência, como já afirmámos. Será pois natural avaliar se a política, depois de formulada e implementada, teve o impacte desejado. A avaliação da efectividade assenta numa base longitudinal de conhecimento acerca do perfil epidemiológico de uma dada população. Só assim poderemos estabelecer comparações entre momentos temporais diferentes (antes e depois da implementação dos programas) e concluir pela efectividade das acções.

Como podemos observar, a necessidade de informação decorre da necessidade de tomada de decisão e portanto irá atravessar todo o ciclo de planeamento estratégico em saúde desde que se procure formular políticas pertinentes e efectivas.

A importância da investigação científica alcança assim a arena política, formulando o que já foi identificado como paradigma da política da saúde baseada na evidência. Em consequência *“evidence from the point of view of a policy maker, is likely to be a broader concept than knowledge derived from research”*²⁹. A política baseada na evidência faz uma utilização da informação produzida pela investigação transformando-a em conhecimento. É caracterizada de acordo com o que acabou de ser referido: *“the integration of experience, judgement and expertise with the best available external evidence from systematic research”*³⁰.

Inaugura-se assim uma nova interface entre a política da saúde e a investigação em saúde mental numa perspectiva de saúde pública. A informação produzida através da estratégia epidemiológica característica da saúde pública passa a moldar as decisões estratégicas inerentes à formulação de políticas e planos de acção em saúde mental.

²⁸ Moreira, *Uma nova estratégia para a saúde*, 2008.

²⁹ Buse, Mays & Walt, *Op. Cit.*, 2005, p. 159.

³⁰ Davis, 1999, citado por Buse, Mays & Walt, *Op. Cit.*, 2005, p.159.

Figura 2: Ciclo de transferência da informação para o processo de decisão (Adapt. HMN, 2008)



A relação dialéctica entre a política da saúde e a investigação afigura-se como um ciclo³¹ onde a evidência será transferida para o processo de tomada de decisão e utilizada no contexto de desenvolvimento das políticas de saúde.

A investigação produzirá dados que, ao serem compilados, tratados e analisados, se irão transformar em informação. A evidência é gerada através da integração, avaliação e interpretação dessa informação e será apresentada aos actores do sistema de saúde num formato e linguagem reconhecíveis e valorizados por eles, para que assim se possa metamorfosear em conhecimento a ser utilizado em todas as fases do ciclo de planeamento estratégico desde que haja uma decisão a realizar. Nesta fase a informação transformou-se em evidência e ficou preparada para ser utilizada pelos actores.

A disseminação e utilização da evidência pelos actores assumem a forma de alterações na sua percepção e entendimento dos problemas e necessidades de saúde da população para quem estão a planear, motivando o estabelecimento de novas prioridades. As decisões que resultaram da utilização do conhecimento gerado darão agora corpo à política e plano de acção que serão implementados e que terão logicamente um impacte na saúde colectiva. A monitorização das

³¹ HMN, *Op. Cit.*, 2008.

acções mede precisamente esse impacte e portanto procura monitorizar a mudança. Os novos dados darão o mote para o início de um novo ciclo.

O processo de transferência da informação em conhecimento é fundamental para promover a decisão baseada na evidência. Muitas vezes encontramos contextos que tendem a ser um exemplo do que a Health Metrics Network (HMN)³² identifica como “*data rich but information poor*”. Estudos que produzam dados de grande validade e fiabilidade perdem a sua relevância se não forem capazes de ser utilizados pelos actores na medida em que não foram transferidos para o ciclo de planeamento. A comunicação e disseminação dos dados não são suficientes se não houver um processo que os transforme em informação pertinente.

Vemos assim que é necessário criar pontes entre a investigação e a política para que se possa efectivar o processo de transferência da informação para o planeamento estratégico em saúde.

Se a necessidade de se produzir informação em saúde decorre da necessidade de tornar o processo estratégico de decisão um processo sustentado e pertinente, então não podemos perder a consideração de *quem* utiliza a informação e *para quê*.

Figura 3: Necessidades de Informação (Adapt. HMN, 2008)



³² HMN, *Op. Cit.*, 2008.

Assim, um dos factores determinantes do processo de utilização de evidência no sistema político é o estabelecimento do tipo de informação que terá mais utilidade e pertinência para a formulação das políticas. O mesmo será dizer que é necessário compreender as necessidades informacionais dos decisores, determinando que informação deverá ser recolhida, a que níveis do sistema de saúde e que instrumentos serão os mais pertinentes para a recolha e tratamento dessa informação de modo a torná-la em conhecimento utilizável.

Cada nível do sistema de saúde tem necessidades informacionais específicas (figura 3). Estas estão dependentes das motivações que subjazem à utilização da informação num determinado nível organizacional e portanto dos actores que aí participam.

Ao nível da governação, a informação que se revela de maior utilidade é a que transmite uma visão sumária da saúde colectiva e dos seus factores determinantes. Torna-se portanto fundamental a existência de sistemas de monitorização da saúde e de sistemas de vigilância, capazes de disponibilizar dados sobre as condições de saúde e de doença mental nas populações e dos seus determinantes sociais. Como refere Beaglehole et al³³: *“collective action for sustained population-wide improvement presupposes the ability to measure and monitor the health of the populations”*.

É necessário empregar esforços para consolidar os sistemas de monitorização e vigilância de tal modo que possam estar disponíveis indicadores nacionais e internacionais sobre a saúde e a doença mental e criar uma base de dados comparáveis entre os países na UE. É também necessário dispor de mais informação acerca da disponibilidade de actividades e recursos de prevenção, tratamento e promoção, bem como dados acerca do desempenho dos serviços existentes. O Livro Verde da Saúde Mental³⁴ integra entre as propostas de acção que inclui esta proposta de investir na melhoria da informação e conhecimento sobre a saúde mental na UE.

A disponibilidade de informação está portanto dependente do desenvolvimento de sistemas de monitorização e vigilância em saúde que terão como missão recolher, analisar e interpretar a informação de tal forma que possa ser transferida para o processo de formulação de políticas da saúde.

O paradigma de produção de informação, elemento basilar da saúde pública, assume assim especial relevância na disponibilização de elementos informacionais para o processo de tomada de decisão em política da saúde. Em síntese: *“Good information and relevant research are prerequisites for sound decisions and evidence based policy making. There is a need to develop mental health research in order that it can respond more effectively to the information*

³³ Beaglehole et al, 2004, citado por Abouzahr & Boerma, *Health information systems: the foundations of public health*, 2005.

³⁴ CCE, *Livro Verde*, 2005.

requirements of policy and implementation and provide a useful resource for decision makers”³⁵.

7. SISTEMAS DE VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A produção de informação válida constitui, como mencionado, um elemento chave para o planeamento de acções que visem ter uma mudança sustentada na saúde mental das populações ou, de outra forma, acções de promoção e protecção da saúde pública. Tendo as acções no âmbito da política da saúde e da saúde pública esta finalidade partilhada de assegurar ganhos para a saúde colectiva, um pressuposto base é o da existência de um sistema capaz de vigiar a saúde colectiva e monitorizar as mudanças que vão ocorrendo ao longo do tempo.

Um sistema de vigilância e monitorização em saúde³⁶ procura produzir evidência através de um processo de recolha, processamento e análise de dados que são assim organizados em informação. A disseminação dessa informação e a promoção da sua utilização são etapas que também devem estar incluídas na estrutura de um sistema de monitorização em saúde³⁷.

Assim, a monitorização em saúde não se esgota na recolha de dados. Pelo contrário, é legitimada pelos seus usos. É caracterizada pelo seguinte: *“the ongoing, systematic use of routinely collected health data to guide public health action in a timely fashion”*³⁸. O CSC (*Centre for Surveillance Coordination*) descreve o processo de vigilância e monitorização em saúde como: *“the tracking and forecasting of any event or health determinant through the collection of data and its integration, analyses and interpretation into surveillance products and the dissemination of those surveillance products to those who need to know”*³⁹. A OMS partilha este entendimento: *“A mental health information system is a system for action: it should exist not simply for the purpose of gathering data, but also for enabling well-informed decision-making in all aspects of the mental health system”*⁴⁰.

Um processo de vigilância e monitorização da saúde mental decorre em três momentos distintos: recolha de dados, análise e interpretação e comunicação e disseminação⁴¹. A primeira

³⁵ HMN, *Op. Cit.*, 2008, p. 17.

³⁶ A denominação de *“sistema de vigilância e monitorização em saúde”* decorre da necessidade de incluir ambas as noções que são frequentemente referenciadas na língua inglesa para fazer referência a um sistema desta natureza: *“surveillance”* e *“monitoring”*. Estes dois termos são ambos utilizados para referenciar um sistema que produz informação acerca da saúde e dos seus determinantes e que utiliza essa informação no processo de decisão estratégica. O termo *“surveillance”* é utilizado atendendo ao objectivo de produzir informação acerca da saúde para guiar o planeamento da estratégia em saúde. Já o termo *“monitoring”* enfatiza o objectivo de monitorizar as mudanças que são produzidas através da implementação dessas estratégias. Com significados semelhantes, apoiam-se em finalidades distintas de uma mesma actividade. Iremos utilizar ambas as denominações em combinação ou não. Os sistemas de monitorização estão estreitamente dependentes dos sistemas de informação em saúde e estes termos são por vezes utilizados indistintamente. Para o âmbito deste trabalho reservamos o termo *“sistema de informação em saúde”* ao sistema materializado de produção da informação que está implementado nas instituições prestadoras.

³⁷ OMS, *Health Information systems*, 2008.

³⁸ Chambers et al, *Health Surveillance: an essential tool to protect and promote the health of the public*, 2006, p.11.

³⁹ Chambers et al, *Toward effective community based action: using epidemiology skills in health surveillance for local public health practice*, 2000.

⁴⁰ OMS, *Mental health information systems*, 2005.

⁴¹ Chambers et al, *Op. Cit.*, 2006.

fase (*recolha de dados*) está baseada nas necessidades informacionais dos decisores. Procura-se identificar o tipo de conteúdos necessários para o planeamento a um determinado nível e escolher os métodos de recolha de dados mais apropriados para gerar essa informação. A segunda fase (*análise e interpretação dos dados*) envolve uma interpretação da realidade que foi encontrada. Normalmente é traçado um perfil epidemiológico da população, onde estão patentes indicadores de mortalidade e morbidade, que expressam os problemas de saúde mais emergentes, e indicadores de bem-estar. São também identificados os factores que possam estar associados de uma forma causal ao perfil encontrado. Por último, deve ser também produzida e analisada informação referente ao desempenho dos serviços existentes. A última etapa (*comunicação e disseminação*) procura transmitir a interpretação que foi efectuada às diferentes cadeias de decisão que irão fazer uso da mesma. Estas análises podem ser transmitidas através de relatórios, boletins, teleconferências, conferências, notificações, processos de consultoria ou outros mecanismos. Esta última fase é aquela que estabelece a interface entre a investigação e política da saúde, agora contemplada pelo prisma da investigação: *“It provides the means for monitoring the health system as a whole within broad policy objectives”*⁴².

A vigilância e monitorização em saúde confere o seu contributo⁴³ ao processo de governação através da disponibilização de informação que:

- Permite a identificação e definição de um problema de saúde pública e dos seus factores determinantes;
- Descreve mudanças no perfil de saúde e doença de uma população ao longo do tempo;
- E permite, portanto, avaliar e medir o sucesso das intervenções que foram implementadas, isto é, aferir a sua efectividade através da avaliação do alcance dos objectivos em termos de resultados esperados em saúde.

As duas primeiras contribuições referidas integram as etapas iniciais do ciclo de planeamento e auxiliam no processo de tomada de decisão e formulação das políticas de saúde, a última refere-se essencialmente à avaliação do impacto que essas políticas tiveram depois da sua implementação. Inferem, pois, a efectividade da política da saúde.

Numa época em que os sistemas de saúde se vêm estrangulados pela limitação de recursos e em que se debate a sua sustentabilidade, é fundamental investir em estratégias de saúde que ofereçam garantias de efectividade. A avaliação do impacto das políticas da saúde é um elemento fundamental da estratégia em saúde⁴⁴. É necessário compreender se os objectivos estabelecidos foram alcançados ou não para que se possa decidir pela continuidade, adaptação

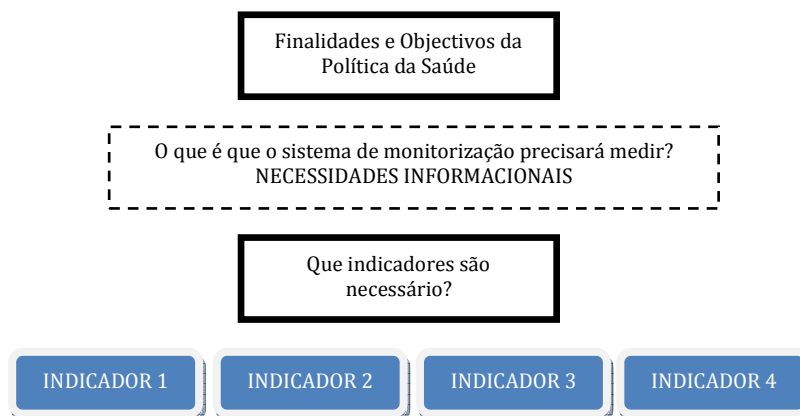
⁴² OMS, *Op. Cit.*, 2005, p.16.

⁴³ Health Scotland, *Mental health improvement: evidence and practice. Evaluation guides*, 2005.

⁴⁴ FHSR, *Health outcomes research*, 2003.

ou mesmo suspensão de um programa. Como refere Moreira⁴⁵: “Foi reconhecido que as políticas governamentais aos níveis local, nacional e internacional têm impacto na Saúde. Uma vez aceite esta ideia, é natural questionar se pode ser avaliado o impacto de uma qualquer nova intervenção nas políticas da saúde”.

Figura 4: Da política da saúde mental aos sistemas de monitorização (Adapt. OMS, 2005)



Atendendo a que os sistemas de monitorização estão intimamente ligados ao processo de formulação de políticas da saúde, os indicadores de monitorização devem representar os objectivos delineados pela própria política (figura 4). A relação entre objectivos e indicadores deve ser clara e robusta na medida em que ambos representam uma faceta complementar da mesma realidade: melhorar a saúde colectiva. A questão central que deve ser colocada é a seguinte: “*What are the current policy and planning targets and what information is needed to assess whether those targets are being achieved?*”⁴⁶. A próxima tarefa a ser levada a cabo é traduzir os objectivos inerentes à política da saúde mental em elementos mensuráveis e que possam ser integrados no sistema de informação em saúde. Esses elementos são os indicadores de monitorização e são um elemento essencial do sistema de vigilância e monitorização em saúde mental.

7.1. Indicadores de monitorização da saúde mental e dos seus determinantes

O sistema de vigilância e monitorização de saúde mental pressupõe a existência de indicadores de monitorização. Tais indicadores constituem o seu elemento mais fundamental. Um indicador é um elemento de medida que sumaria informação importante acerca de um determinado fenómeno observado na realidade⁴⁷. Um indicador é de *vigilância* porque assinala a ocorrência

⁴⁵ Moreira, *Op. Cit.*, 2008, p. 1.

⁴⁶ OMS, *Op. Cit.*, 2005, p.40.

⁴⁷ Idem.

de um fenómeno e é de *monitorização* porque revela mudanças que possam ocorrer nesse mesmo fenómeno ao longo de tempo.

No contexto da saúde mental, os indicadores são medidas que resumiam informação acerca do estado de saúde mental colectiva, dos seus determinantes e do desempenho dos serviços que constituem o sistema de saúde mental. Os dados que são sistematicamente recolhidos são transformados em indicadores para que possam representar informação acerca de um determinado fenómeno. Os indicadores transformam dados em informação e é por esta razão que são considerados o elemento nuclear do sistema de monitorização.

Os indicadores devem ser desenvolvidos em três grandes domínios⁴⁸ para que possam gerar informação pertinente para o processo de decisão estratégica em saúde mental:

- **Estado de Saúde:** o estado de saúde de uma população diz respeito ao padrão de saúde e doença existente num determinado momento. Contempla assim um componente negativo e um componente positivo da saúde mental que está representado em indicadores de mortalidade, de morbilidade e de bem-estar. Assim devem existir indicadores referentes ao padrão de mortalidade e morbilidade dessa população que informem acerca dos problemas de saúde mais emergentes. Devem existir também indicadores que traduzam os níveis de bem-estar e qualidade de vida que essa mesma população manifesta. Os indicadores referentes ao estado de saúde devem estar estratificados e portanto devem poder ser desagregados por variáveis sócio-demográficas.

- **Factores Determinantes:** os factores que estão a determinar o estado de saúde colectiva devem também ser conhecidos. Estes factores podem incluir determinantes sociais, económicos, ambientais, comportamentais, demográfico e genéticos. São descritos como factores de risco para uma determinada ocorrência em saúde (positiva ou negativa).

- **Sistema de Saúde:** a informação respeitante ao desempenho do sistema de saúde deve também estar acessível. Os indicadores referentes a este domínio da informação devem incluir indicadores relativos aos *Inputs* (recursos que são introduzidos no sistema), *Outputs* (acções que o sistema desenvolve) e *Outcomes* (resultados alcançados no que concerne às variáveis sistémicas).

⁴⁸ HMN, *Op. Cit.*, 2008.

Figura 5: Domínios de produção de informação (Adapt. HMN, 2008)



Iremos agora citar dois exemplos de desenvolvimento de indicadores de monitorização que incluem naturalmente os três domínios informacionais que acabamos de descrever com o objectivo de ilustrar a sua aplicação.

O primeiro estudo foi desenvolvido no Canadá e é da responsabilidade do CIHI⁴⁹ (*Canadian Institute for Health Information*). Teve como objectivo o desenvolvimento de um consenso acerca de um conjunto indicadores para monitorizar a saúde geral dos canadianos. No *primeiro domínio*, Estado de Saúde, desenvolveu indicadores para quatro dimensões: (1) Mortalidade (ex. taxa de suicídio), (2) Condições de Saúde (ex. prevalência da depressão), (3) Funcionalidade (ex. dias de incapacidade temporária) e (4) Bem-Estar (ex. percepção subjectiva do estado de saúde). No segundo domínio, Factores Determinantes, foram desenvolvidos indicadores também em quatro dimensões: (1) Comportamentos de saúde (ex. hábitos tabágicos), (2) Condições de Vida e de Trabalho (ex. taxa de desemprego), (3) Recursos Pessoais (ex. suporte social) e (4) Factores Ambientais. Por último, para a tarefa de desenvolvimento de indicadores de monitorização dos sistemas de saúde foram propostas oito dimensões de análise: (1) Aceitabilidade, (2) Acessibilidade, (3) Apropriação, (4) Competência, (5) Continuidade, (6) Efectividade, (7) Eficiência e (8) Segurança.

Já o projecto MINDFUL⁵⁰ foi desenvolvido especificamente para desenvolver indicadores de monitorização na área da saúde mental e chegou à seguinte proposta. Para a medição do *Estado de Saúde* propõe três dimensões de análise: mortalidade (ex. taxa de suicídio), morbilidade associada a causas específicas (ex. depressão) e morbilidade associada a causas genéricas (ex.

⁴⁹ CIHI, *National Consensus Conference on Population Health Indicators*, 1999.

⁵⁰ Wahlbeck, MINDFUL, 2006.

stress psicossocial). Para a aferição dos factores determinantes da saúde mental, o projecto propõe duas dimensões: factores pessoais (ex. auto-estima) e factores ambientais (ex. suporte social). Por fim, para a monitorização do desempenho do sistema de saúde, são propostas as seguintes dimensões para avaliação: acções de prevenção, protecção e promoção da saúde mental (ex. acções de prevenção do suicídio), recursos (ex. nº de psiquiatras), utilização dos serviços de saúde mental (ex. uso de antidepressivos) e financiamento (ex. orçamento dedicado à saúde mental).

A informação em saúde que os indicadores representam pode ser gerada através de dois mecanismos essenciais: directamente através do estudo e observação da população ou indirectamente através do estudo e auscultação das instituições de saúde.⁵¹ O primeiro mecanismo é denominado de método de “*base populacional*” e recorre a um conjunto de métodos de recolha de dados para serem usados no estudo directo da população. São eles: os censos, os inquéritos de saúde e registos civis (convém esclarecer que este último método diz respeito a toda a informação relativa aos registos exigidos pela sociedade civil, como por exemplo registo de nascimento, certidão de óbito, causas de morte, entre outros). O segundo mecanismo é denominado de método de “*base institucional*” e os dados são o resultado das actividades administrativas e organizacionais do próprio sistema de saúde mental. As técnicas de recolha de dados incluem desde a informação relativa aos processos individuais de saúde (onde constam toda a documentação relativa ao processo de avaliação e de prestação de cuidados) aos registos mais generalizados das entidades prestadoras. Este tipo de dados é normalmente denominado de dados de rotina (*routine data*).

Figura 6: Fontes de recolha de dados por domínio de informação em saúde (Adapt. HMN, 2008)

	Estado de Saúde	Factores Determinantes	Sistema de Saúde	
			Inputs	Outputs
Censos	●	●		●
Registos civis	●			●
Inquéritos	●	●	●	●
Registos Individuais	●	●	●	●
Registos dos serviços		●	●	●
Registo de recursos		●		●

⁵¹ HMN, *Op. Cit.*, 2008.

Assim, é essencial que os sistemas de vigilância e monitorização em saúde mental, para além de poderem desenvolver mecanismos de recolha de informação próprios, possam estar ligados ao sistema global de informação do sistema de saúde. O desenvolvimento adaptado de sistemas de vigilância e monitorização deve estar organizado tendo por base um elevado nível de integração com o sistema prestador.

O processo de selecção ou construção dos indicadores de monitorização contempla algumas preocupações que devem ser consideradas. Os pressupostos de fiabilidade, validade e sensibilidade dos indicadores devem estar assegurados⁵². A validade dos indicadores assume especial relevância para o âmbito deste trabalho. A validade de um indicador refere-se à capacidade que a medida escolhida tem para medir o fenómeno que procura medir (“*does it measure what it intends to measure?*”). Um indicador deve ser capaz de estabelecer uma relação verídica entre a variável de medida e o conceito a medir. À validade respeitante à relação entre os dados e os conceitos denomina-se de validade de construto (*construct validation*⁵³) e esta refere-se a uma validação teórica na medida em que refere a capacidade da medida compreender o fenómeno da realidade que procura representar.

Um indicador constitui pois um instrumento de grande utilidade para a política da saúde uma vez que desfruta da capacidade de sumariar informação de uma forma pertinente para o contexto da governação. Assim, os indicadores são entendidos como “*an essential means of summarizing large volumes of information and measuring change in a system over time*”⁵⁴. Vão ao encontro do tipo de necessidades informacionais implicadas no processo de tomada de decisão e planeamento estratégico que envolve a primeira etapa do desenvolvimento das políticas da saúde e no processo de avaliação dessas políticas.

Os decisores necessitam de evidência acerca do perfil de saúde da população para quem estão a planear e acerca dos seus factores determinantes para que possam desenvolver intervenções **pertinentes**, na medida em que estão delineadas tendo em conta necessidades de saúde reais, e **efectivas**, na medida em que dispõe de mecanismos para avaliar se as intervenções implementadas conseguiram alcançar as finalidades e objectivos a que se propuseram. “*Without these measures, service planners and service providers have no way of assessing whether their effort is having a beneficial effect on the population being served*”⁵⁵.

⁵² Health Scotland, *Op. Cit.*, 2005.

⁵³ Krippendorff, 1980, Weber, 1985 citados por Gauthier, *Investigação Social*, 2000.

⁵⁴ WHO, *Op. Cit.*, 2005, p.24.

⁵⁵ Idem, p.25.

8. O DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS EFECTIVOS EM SAÚDE MENTAL

A “*política de saúde pública tem como finalidade a promoção da saúde*”⁵⁶. A relação complementar entre a política da saúde e a saúde pública assenta neste pressuposto: as intervenções em saúde almejam sempre uma mudança sustentada na saúde das populações. É esperado que uma determinada intervenção programada tenha um impacto na saúde colectiva. A concertação entre as duas disciplinas assenta num objectivo comum: a necessidade de programação de estratégias efectivas para a promoção da saúde das populações.

A política da saúde materializa-se num conjunto programas verticalmente dirigidos para áreas eleitas como prioridades em saúde. A formulação e implementação de uma política da saúde concretizam-se através da criação de programas de saúde pública talhados para obter um impacto na saúde colectiva. O processo de transformação das políticas em programas exemplifica a aplicação do poder público para otimizar os recursos, neste caso em saúde, e transformá-los em bens acessíveis às populações. Na linguagem de Sen⁵⁷, o *bem saúde* foi transformado num produto para que se tornasse acessível a toda uma população. Um programa constitui assim uma via segura para o cumprimento dos desígnios da política da saúde: a protecção e promoção da saúde das populações.

Os programas de saúde pública representam, assim, uma organização estruturada de um conjunto de recursos para atingir objectivos de melhoria da saúde das populações, quer através do controlo da doença, quer através da promoção da saúde e do bem-estar. Trazem incorporado a ideia de efectividade na medida em que se deve poder garantir (e avaliar) a concretização dos objectivos a que se propuseram. A avaliação da efectividade dos programas em saúde pública responde à necessidade crescente de orientar a tomada de decisão em saúde segundo a evidência científica, isto é, “*providing information that is sufficient valid and precise for the decisions to be taken*”⁵⁸.

Neste contexto, a saúde pública auxilia o desenvolvimento de políticas da saúde e oferece a epidemiologia como gramática para edificar a linguagem e uso dos programas que serão desenvolvidos.

O modelo epidemiológico de interpretação oferece, assim, um quadro de leitura e de referência para o desenvolvimento de programas em saúde mental pelo que constitui um instrumento de carácter científico de apoio à decisão⁵⁹.

Tendo por base o conhecimento acerca dos fenómenos da saúde colectiva e dos seus determinantes, a epidemiologia começa por ter a função de estudo da saúde das populações e de

⁵⁶ Beaglehole, R. et al, *Op. Cit.*, 2003, p. 151.

⁵⁷ Sen, *Why health equity?*, 2002..

⁵⁸ Habicht, et al, *Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact*, 1999, p. 11.

⁵⁹ Chambers, *The art and science of evidence-based decision making*, 2002.

identificação dos *problemas* mais imperativos para intervenção. Sobressai, assim, a necessidade de identificar *necessidades de saúde* através da ponderação dos factores que têm uma associação determinante com os problemas identificados. O passo seguinte é a derivação de *necessidades de serviços ou programas* destinados à mudança na exposição aos factores que estão associados aos problemas identificados, com vista à sua resolução. Acabámos de descrever a génese da edificação de um programa de intervenção em saúde pública: prevê-se que organização de um conjunto organizado de actividades eficazes que, assente em recursos eficientemente utilizados, produza resultados efectivos. A avaliação da efectividade de um programa em saúde pública representa assim a análise da sua capacidade de produzir uma mudança esperada no perfil epidemiológico de uma população.

Assim, a epidemiologia oferece um modelo conceptual capaz de monitorizar o perfil epidemiológico das populações e avaliar as mudanças nesse perfil de saúde colectiva que ocorrem na sequência de intervenções estruturadas⁶⁰. O desenvolvimento de programas que garantem a sua efectividade e a avaliação dessa efectividade constitui uma tarefa fundamental para a persecução deste propósito.

Garantir a efectividade de um programa de saúde pública, isto é, garantir que os seus objectivos serão alcançados, é, em última análise, garantir o sucesso da política da saúde. A utilização do modelo epidemiológico de interpretação no desenvolvimento e avaliação de programas oferece, pois, um sistema de referências pertinente para o planeamento da estratégia em saúde.

8.1. Programas Efectivos em Saúde Mental

A formulação da estratégia em saúde mental pressupõe, assim, o estabelecimento de finalidades, metas e objectivos que devem ser constituídos tendo por base o conhecimento epidemiológico existente e a identificação de meios para os alcançar. Pressupõe a existência de programas efectivos em saúde mental.

Um programa pode, então, ser definido como “*any set of organized activities supported by a set of resources to achieve a specific and intended result*”⁶¹. O dispositivo de avaliação constitui, em consequência, um elemento fundamental da sua composição, podendo ser definida como “*a course of action used to assess the value or worth of a program*”. A avaliação permite passar de uma previsão de mudança para a apreciação do nível da sua concretização. Definimos, portanto, a avaliação de um programa como “*the systematic collection of information about the activities,*

⁶⁰ Paim, *Epidemiologia e planeamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS*, 2003.

⁶¹ U.S. Department of Health and Human Services. Centre for Disease Control and Prevention. *Introduction to program evaluation for public health programs: a self-study guide*, 2005, p. 1.

characteristics and outcomes of programs to make judgments about the program, improve program effectiveness and/or inform decisions about the future program development”⁶².

A avaliação da efectividade traduz a apreciação da concretização dos objectivos previstos, tendo em conta a finalidade de controlo de uma determinada doença ou de promoção da saúde para a qual o programa foi pensado. Propõe as seguintes questões: O programa cumpre os objectivos a que se propõe? Tem o impacte previsto no perfil epidemiológico da população a quem se destina? Traduz os ganhos esperados em saúde? Ou simplesmente, garante a sua efectividade? O argumento mais profícuo para a defesa de um programa assenta na garantia da sua efectividade.

A efectividade de um programa define-se assim pela relação entre os resultados de um programa e as actividades que o constituem, envolvendo a eficácia dos recursos e métodos utilizados e a eficiência na utilização desses recursos que as sustentam. Esta deve ser uma preocupação elementar das políticas de saúde.

O *Centre for Disease Control and Prevention (CDC)* propõe um modelo de desenvolvimento de programas de saúde efectivos com os seguintes componentes: ***Necessidades***, o programa deve atender a necessidades reais de saúde de uma dada população, que devem estar claramente identificadas, ***Destinatários***, a sua descrição deve identificar criteriosamente os grupos a que se destina, ***Outcomes***, resultados (efeitos e impactes) desejados, ***Actividades***, que constituem uma formalização das acções para atingir os outcomes, ***Inputs***, recursos necessários, ***Outputs***, produtos que derivam das actividades e ***Relação entre Actividades e Outcomes***, resultados do programa traduzíveis em saúde.

8.1.1. As componentes de um programa efectivo

8.1.1.1. Necessidade

Um programa de saúde mental há-de ser desenvolvido tendo por base a identificação dos problemas de saúde pública mais emergentes nesta área. A identificação de problemas dará, por sua vez, origem à identificação das necessidades de saúde da população em causa. A identificação de problemas e de necessidades em saúde é a etapa inicial do desenvolvimento de um programa e depende portanto do sistema de vigilância e monitorização da saúde colectiva e dos seus factores determinantes.

O programa será estruturado para responder às necessidades que foram identificadas. A justificação da sua pertinência dará forma às finalidades e objectivos que serão enunciados no

⁶² U.S. Department of Health and human Services. Centres for Disease Control and Prevention, Op. Cit., p.1.

programa. A finalidade de um programa em saúde representa sempre a intenção geral do programa, que justifica a organização de recursos para intervir sobre um problema específico de saúde, constituindo portanto uma alusão à sua pertinência. Por sua vez, os objectivos expressam, de forma mais precisa, os resultados esperados que são formulados em termos de ganhos em saúde (impacte), a maior parte das vezes traduzidos numa mudança esperada do perfil epidemiológico da população e de melhoria na exposição aos determinantes de saúde (efeitos).

A questão orientadora da definição da *necessidade* do programa enuncia-se da seguinte forma: “*What is the big public health problem you aim to address with your program?*”.

8.1.1.2. População – Alvo

A identificação da população-alvo é um componente fundamental para que o programa resulte em melhorias no problema de saúde a que se destina. A pertinência da selecção dos grupos-alvo deve estar delineada tendo em conta os objectivos do programa. Os grupos-alvo são aqueles para quem as acções se devem dirigir de modo a produzir mudanças nos pensamentos, percepções, comportamentos e atitudes de tal forma que os resultados possam ser alcançados.

A questão orientadora da definição da *população-alvo* do programa enuncia-se da seguinte forma: “*Which groups or organizations need to change or take action to make progress on the public health problem?*”.

8.1.1.3. Resultados (Outcomes)

Os resultados de um programa são definidos como as mudanças que irão resultar através da implementação do programa. Representam, portanto, as mudanças que se querem ver expressas e que se espera que resultem da implementação das actividades que foram planeadas e implementadas.

Os resultados traduzem, em última análise, os resultados que são esperados em ganhos de saúde através da aplicação dos meios e acções que foram programados. Representam a longo prazo a resolução do problema de saúde que dera origem ao próprio programa (*Impactes*) e, mais proximamente, as alterações favoráveis nos factores com uma associação causal ao problema que dera origem às necessidades que foram identificadas (*Efeitos*).

Os resultados de um programa recebem a designação de *Efeitos*, no que diz respeito às mudanças observadas na exposição aos factores causalmente associados ao problema de saúde para o qual o programa é dirigido, sendo que se espera que se produza uma alteração na exposição da população a esses factores; de outro modo, os efeitos de um programa correspondem à mudança favorável nas necessidades de saúde (ou mudanças desejáveis na

exposição) antes identificadas. Recebem a designação de *Impactes* quando se pretende referir as alterações do problema na população-alvo (presumivelmente favoráveis) consequentes aos efeitos. As mudanças na situação de saúde da população, e portanto no problema em que se está a intervir, devem ser consequência da mudança na exposição a factores associados a esse problema; ambos, efeitos e impactes, constituem os resultados de um programa. Assim, é esperada uma cadeia de resultados, efeitos e depois impactes.

O CDC faz menção a uma potencial hierarquia de consequências de acontecimentos que terão de se suceder até que se chegue aos resultados. Na base de tal hierarquia encontra-se a participação dos grupos alvo do programa (*Participação*); espera-se que a participação desses grupos seja geradora de reacções subjectivas (*Reacção*) que irão, por sua vez, influenciar a forma como o processo de aprendizagem (*Aprendizagem*) irá decorrer (motivações, expectativas, aprendizagem, etc.). Para que a aprendizagem seja efectiva, os grupos deverão envolver-se nas actividades e mudar ou adoptar um conjunto de atitudes diferentes (*Acções*) que representam uma mudança nas contingências comportamentais, sociais e ambientais que estavam na origem do problema (*Mudança*) e que portanto produzirão os resultados que foram previstos e desejados pelo programa e que estiveram na origem do seu desenvolvimento (*Outcomes*). Assim, “*the higher order outcomes are usually the real reasons the program was created*”⁶³.

Os *outcomes* são assim o elemento director de um programa e a sua formalização dará origem à formulação dos objectivos do mesmo. Orientam a selecção dos métodos mais eficazes na sua prossecução; a escolha das estratégias e acções de um programa está na inteira dependência dos resultados que pretende alcançar.

Por conseguinte, são os resultados que possibilitam analisar em que medida as mudanças esperadas que enunciam foram atingidas ou não. Permitem, portanto, a monitorização e avaliação da efectividade do programa pelo que a sua ausência impossibilita a avaliação da sua efectividade. Os indicadores de resultado são um elemento indispensável para medir a efectividade de um programa, ainda que sejam também os mais difíceis de conceber⁶⁴. A sua existência reproduz “*the total contributions for all those who fund, plan and provide service as well as those of clients and their families*”⁶⁵.

No entanto, a ausência de uma definição clara dos resultados – impactes e efeitos – que se pretendem ver alcançados, através do programa, e dos indicadores correspondentes põe em causa a própria justificação da sua pertinência. Campbell⁶⁶ defende que devem também ser

⁶³ U.S. Department of Health and human Services. Centres for Disease Control and Prevention, Op. Cit., 2005.

⁶⁴ Lorr, 1988, citado por Kimberly & Goldner, *Accountability and performance indicators for mental health services and support*, 2001.

⁶⁵ Forth & Nasir, 1996, citado por Kimberly & Goldner, Op. Cit., 2005, p.16.

⁶⁶ Campbell, 1999, citado por Kimberly & Goldner, Op. Cit., 2005.

incluídos indicadores acerca de resultados não desejados que possam ter ocorrido uma vez que estes representam os efeitos e impactes negativos que o programa possa ter tido e que devem também ser equacionados.

A questão orientadora da definição dos *resultados* do programa enuncia-se da seguinte forma: “*How and in what way do the targets need to change? What action specifically do they need to take?*”

8.1.1.4. Actividades

Se os resultados de um programa enunciam os resultados esperados como consequência da organização de acções, as actividades enunciam essas acções que serão implementadas.

Etimologicamente o vocábulo “*método*” encontra a sua origem no Grego *methodos*, o que significa caminho (*odos*) para (*meta*); assim, o método estabelece um caminho para chegar a um fim, neste caso a uma finalidade operacionalizada em ganhos em saúde. O método não é mais do que a formalização de uma estratégia de actuação. Já as *actividades* ou *acções* representam a operacionalização de um meio ou conjunto de meios para atingir os resultados, derivando **produtos** que procedem directamente das actividades e representam produções tangíveis das mesmas.

Por sua vez, são necessários **recursos** para a aplicação das actividades na produção de produtos; o programa deve poder transformar de forma óptima os recursos em produtos. A escolha dos recursos para cumprir os objectivos de um programa deve ser fundamentada na corroboração da sua *eficácia*. Outra questão importante a colocar diz respeito ao processo de aplicação dos recursos; falamos da *eficiência* do programa. Deve ser passível de ser analisada a relação entre os resultados atingidos e a maneira de empregar os recursos para o alcance desses resultados. Deste modo, meios eficazes, aplicados de forma eficiente, conduzem a programas efectivos.

A questão orientadora da definição das *actividades* enuncia-se da seguinte forma: “*What will your program and its staff do to move this targets groups to change, to take action?*”.

8.1.1.5. Outputs

Os *outputs* são portanto os produtos decorrentes das actividades, frequentemente formalizados em serviços tangíveis a serem distribuídos aos grupos alvo.

A questão orientadora da definição de *outputs* num programa enuncia-se da seguinte forma: “*What tangible capacities or products will be produced by your program’s activities?*”.

8.1.1.6. Inputs

Os inputs são os recursos necessários para a implementação das actividades. São frequentemente disponibilizados por entidades exteriores ao próprio programa e fazem referência a recursos financeiros, recursos humanos e a recursos informacionais.

A questão orientadora da definição dos *recursos* enuncia-se da seguinte forma: “*What is needed from the larger environment in order for the activities to be mounted successfully?*”.

8.1.1.7. Relação entre Actividades e Resultados

A ponderação da relação entre as actividades e os resultados configura a efectividade de um programa e dará origem ao que é denominado como *modelos lógicos*. Os modelos lógicos descrevem as associações que estão estabelecidas entre os diferentes componentes do programa e que explicam a forma como essas componentes interagem para produzir os resultados. São definidos da seguinte forma: “*logic models are graphic models of the relationships between a program’s activities and its intended outcomes*”. Representam a existência de uma organização de tal forma consistente que, após a implementação das actividades, os resultados esperados são alcançados.

A existência de um modelo lógico, e porque explica a relação entre os diferentes componentes do programa, serve como fio condutor de todo o seu desenvolvimento. O modelo lógico auxilia na definição dos resultados porque oferece uma compreensão das ligações envolvidas no processo de mudança. Retrata portanto a lógica subliminar do programa, isto é, define o que é denominado por “*outcomes roadmap*” e que mostra “*the underlying logic behind the program, i.e., why the program should work*”.

A questão orientadora da definição da *relação entre actividades e resultados* enuncia-se da seguinte forma: “*Which activities are being implemented to produce progress on which outcomes?*”.

8.1.2. Duas qualidades de um programa

8.1.2.1. A pertinência

Um programa de intervenção em saúde pública surge, como vimos, na sequência de uma necessidade de saúde colectiva, justificando assim a sua pertinência. É endereçado a um problema de saúde que tem efeitos salientes na saúde colectiva e que reclama uma intervenção com vista à mudança. Deve pois ser capaz de clarificar o problema a que se dirige, a sua

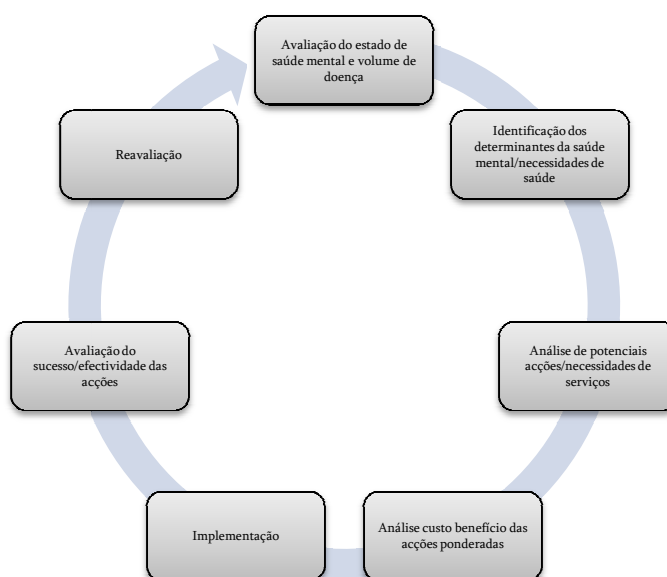
relevância em termos de saúde colectiva, bem como de descrever as necessidades de saúde a que corresponde, onde as suas acções se formalizarão em necessidades de serviços/programas para intervir sobre esse problema.

A pertinência de um programa está dependente, por um lado, das prioridades de intervenção estabelecidas pelo contexto de governação mais abrangente, e, por outro lado, da evidência disponível que sustenta a escolha dessa prioridade.

O modelo epidemiológico de interpretação assume assim o seu primeiro uso: o de identificação e descrição das necessidades de saúde de uma população. A investigação epidemiológica procura descrever o perfil epidemiológico de uma população através da medição do volume de doença e da avaliação dos seus efeitos na identificação do seu contributo para o estado de saúde colectiva e procura também identificar os seus factores determinantes, pois é sobre eles que o decisor pretenderá agir. Assume um papel relevante na determinação das necessidades de saúde de uma população e na identificação de problemas a priorizar para intervir. Concretiza-se no processo de vigilância e monitorização que foi descrito e que agora se entende estar na origem do próprio processo de desenvolvimento de programas em saúde.

Um programa pertinente é, portanto, aquele que surge em sequência de evidência acerca do perfil de saúde e dos seus determinantes e que procura endereçar os problemas que foram identificados através da organização de actividades que produzam mudanças nos factores que os determinam. A pertinência é uma qualidade que se refere à fase inicial de desenvolvimento de um programa.

Figura 7: Ciclo Interactivo de Monitorização (Adapt. Tugwell, Bennett, Sackett & Haynes, 1985 cit. by Lavikainen et al, 2007):



8.1.2.2. A efectividade

Um programa representa, como dissemos, uma organização de recursos e acções com vista à prossecução de um conjunto de resultados traduzidos em ganhos esperados em saúde. A efectividade, maior ou menor, representa a relação entre os resultados (efeitos e impactes) de um programa e o conjunto de actividades que compõem a sua estratégia de intervenção. Representa a qualidade do programa que foi capaz de alcançar os resultados que planejou.

Falamos da fase final do desenvolvimento de um programa, que conta com a avaliação da sua efectividade e portanto equaciona processos de *atribuição* dos outcomes às acções empreendidas – “*An analysis should also be made of whether the changes are due to the intervention or to other factors*”⁶⁷.

A caracterização do contexto assume uma utilidade assinalável para a consideração da relação entre as acções e resultados de um programa. A avaliação da efectividade de um programa há-de ser sensível a outros factores do contexto, para além da influência atribuível à intervenção programada e implementada que o programa formaliza. A caracterização de variáveis associadas ao conceito poderá auxiliar na garantia de que os efeitos e impactes observáveis, aquando do seu termo, se devem aos meios e acções que foram promovidos e não a outros factores associados ao contexto. Pelo contrário, poderá contribuir para a enunciação de hipóteses explicativas em situações em que o programa não conduza aos resultados esperados. A área de conhecimento que se dedica à identificação da qualidade de um sistema de avaliação, e à segurança com que se atribui uma mudança na situação visada ao programa que pressupostamente a originou, adquiriu uma especificidade própria e é, hoje, designada de “*investigação da avaliação*”⁶⁸.

O contexto em que o programa se desenrolou deve então ser equacionado, atendendo aos seguintes factores: contexto político, contexto económico e social alargado, financiamento, interesses concorrentes, percurso evolutivo da estratégia dirigida à população em causa, ideologias conceptuais vigentes, entre outros⁶⁹.

A avaliação de um programa, bem como a sua monitorização, constitui um elemento fundamental do seu sucesso. Um programa de saúde pública, como referimos, tem como finalidade última a produção de uma mudança favorável na saúde colectiva. É esperado que surjam resultados da implementação de um programa, sendo desejável que os resultados representem a concretização das acções. Um programa deve, portanto, prever um dispositivo de avaliação da sua efectividade que lhe permita responder à questão: as acções implementadas contribuiram para que os resultados esperados do programa fossem alcançados?

⁶⁷ Berensson, *Quality indicators for health promotion programs*, 2001, p. 191.

⁶⁸ Rutman, *Evaluation Research Methods: a basic guide*, 1977.

⁶⁹ U.S. Department of Health and human Services. Centres for Disease Control and Prevention, Op. Cit., 2005.

A avaliação da efectividade, na medida em que avalia as mudanças no estado de saúde e bem-estar da população alvo originadas pelo programa (impacte), constitui um elemento fundamental para o processo de formulação de políticas da saúde. A efectividade é uma qualidade necessária à efectivação das políticas: *“If the quality of work conducted within the program is good, this should raise the quality of its results”*⁷⁰.

8.1.3. Conclusão

Os programas de saúde pública dirigidos à saúde mental encerram, como vimos, uma intenção de mudança favorável, nos comportamentos individuais e de grupo ou nos ambientes e factores determinantes da saúde mental.

O uso do enfoque epidemiológico tem vindo a ser amplamente reconhecido no planeamento estratégico em saúde: *“no processo de formulação de políticas, da definição de critérios para a repartição dos recursos, na elaboração de diagnósticos e análises da situação de saúde, na elaboração de planos e programas, bem como na organização de acções e serviços e avaliação de sistemas, políticas, programas e serviços de saúde em geral”*⁷¹. O seu contributo é caracterizado por Chambers⁷² como o seguinte:

- Monitorização da saúde e dos seus determinantes;
- Identificação de problemas de saúde emergentes e portanto de potenciais ameaças para a saúde colectiva;
- Disponibilização de informação pertinente para basear o processo de decisão estratégica em evidência;
- Disponibilização de informação pertinente para o desenvolvimento de programas para controlar os riscos em saúde;
- Disponibilização de informação pertinente para melhorar o planeamento de serviços de saúde;
- Facilitação de investigação que promova a compreensão da saúde e dos seus factores determinantes;
- Avaliação de políticas de saúde, programas e serviços, podendo contribuir para a prestação de contas (*accountability*) dos esforços que são implementados pelos actores para a protecção e promoção da saúde;

⁷⁰ Berensson, *Op. Cit.*, 2001, p.191.

⁷¹ Teixeira, *Epidemiologia e planeamento de saúde*, 1999.

⁷² Chambers, *Op. Cit.*, 2002.

- Capacitação dos actores do sistema de saúde (utilizadores, cuidadores e decisores) com informação necessária para se tornarem agentes nas tarefas de protecção e promoção da saúde inerentes ao seu nível de actuação no sistema.

Contribui, em conclusão, para que os programas em saúde possam ter como qualidades a pertinência e a efectividade e, portanto, para que as políticas da saúde mental possam cumprir o seu mais alto desígnio: ser um verdadeiro determinante da saúde mental.

9. REVISITAR O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL

A filosofia contemporânea emprega a missão de estudar a natureza da saúde através da exploração do próprio conceito de saúde e de outros conceitos associados. Baseia o seu estudo na linguagem, na forma como é utilizada pelos actores, assumindo o carácter intuitivo da língua como manifestação da real natureza dos conceitos. A linguagem, como elemento organizador das representações mentais, expressa a natureza do real. A intuição, como senso, julgamento ou raciocínio, revela as propriedades do real clarificando a sua natureza. A filosofia da saúde procura, assim, revelar as propriedades do fenómeno “saúde”, clarificando a sua qualidade e constituição, rumo à enunciação da sua natureza.

Coexistem actualmente dois paradigmas concorrentes na explicação da natureza da saúde: uma primeira hipótese diz-nos que o conceito de saúde e todos os conceitos associados são conceitos descritivos e, assim sendo, isentos de qualquer valor normativo. A hipótese oposta diz-nos que os conceitos de saúde, bem como os conceitos a ele relacionados, são essencialmente normativos e guiados por valores. A primeira concepção representa a *Teoria Alopática da Saúde*, a segunda vincula-se à *Teoria Holística da Saúde*. Iremos explorar ambos os paradigmas através das propostas dos seus mais significativos representantes.

9.1. A teoria alopática da saúde

A alopatia é um método terapêutico de tradição hipocrática que propõe a cura baseando-se na introdução de substâncias no corpo humano que induzam a condição contrária ao estado original da doença que quer tratar. A medicina alopática é caracterizada por três postulados principais⁷³:

- *“Diseases are specific identities with specific symptoms that can be tackled through specific interventions pertaining exclusively to them;*

⁷³ Moreira, *Op. Cit.*, 2007, p7.

- *The human body is a machine, each human body being essentially alike, so that patients with similar symptoms can be treated with standardized methods;*
- *Health results from the intervention of NHS and its medical care services are specific to each existing disease.”*

O conceito central deste paradigma é, como se depreende, o conceito de “doença”. A doença é então compreendida como uma entidade biológica que invade os diferentes sistemas orgânicos e é explicada como uma disfunção do corpo humano; sendo assim, à medicina cabe a responsabilidade de localizar a causa biológica da doença e tratá-la. Uma abordagem alopática procura causas singulares das doenças, causas essas que são internas e biológicas. É sugerido que a doença se situa ao nível do funcionamento químico das células, numa linguagem microbiológica. Assim, os tratamentos revestem-se de duas formas essenciais, a administração de drogas ou técnicas invasivas, praticadas de modo a modificar, remover ou até mesmo substituir os elementos alterados do corpo humano. O paradigma alopático assenta a sua lógica no funcionamento interno do corpo e privilegia uma linguagem biológica.

Sintetizando, numa perspectiva alopática a saúde envolve um elemento objectivo que poderia ser denominado de “função natural”. A saúde está ligada a uma conformidade com o funcionamento da espécie: *“Health is conformity to species design”*. Ser-se saudável significa que todas as partes constituintes do corpo estão a funcionar de acordo com a actividade orgânica natural da espécie. Pelo contrário, alguém está doente quando existe uma perturbação desse funcionamento, sendo que a doença deve ser descoberta no corpo enquanto entidade biológica que a hospeda. Assim, os conceitos de “Saúde” e “Doença” podem ser objectivamente descritos porque são completamente livres de valor normativo. São conceitos descritivos. Esta teoria emprega uma perspectiva analítica sobre a saúde recorrendo ao uso de conceitos de natureza biológica.

Exploremos agora o exemplo paradigmático desta corrente teórica: a Teoria Bioestatística de Boorse.

9.1.1.A Teoria Bioestatística de Boorse

A Teoria bioestatística de Boorse encontra-se recentemente descrita no seu trabalho *“A Rebuttal on Health”*⁷⁴ e insiste na distinção entre o funcionamento normal e patológico do corpo humano.

A natureza da saúde é entendida como uma descrição da organização fisiológica típica do funcionamento da espécie, que recebe a denominação de *“desenho da espécie”*; cada célula,

⁷⁴ Boorse, *On the distinction between disease and illness*, 1975.

cada tecido e cada órgão tem uma função biológica específica que, por sua vez, tem parâmetros funcionais normais. O normal é o que é natural e o natural é o que é normal. Boorse descreve então a saúde como “a ausência de doença”, fazendo desta ideia o axioma mais popular das suas propostas. Mas quando penetramos mais profundamente na teoria de Boorse, compreendemos que o conceito de saúde proposto é mais complexo e atractivo do que uma primeira análise faria prever.

A saúde está intimamente ligada com a ideia de “*funcionamento normal*”, descrito pelo autor da seguinte maneira: “*Normal functioning in a member of the reference class is the performance by each internal part of all its statistically typical functions with at least statistical typical efficiency, i.e., at efficiency levels within or above some chosen central region of their population distribution*”⁷⁵. Associados ao conceito de funcionamento normal, evidenciam-se dois conceitos fundamentais para que se possa compreender a definição Boorsiana de saúde. O primeiro é o conceito de *potencial funcional normal* (“*normal functional ability*”) e é descrito do seguinte modo: “*the readiness of an internal part to perform its normal functions on typical occasions with at least typical efficiency*”⁷⁶; o segundo, denominado por eficiência típica (“*typically efficiency*”) decorre do primeiro e é descrito como “*the efficiency above some arbitrarily chosen minimum in its species distribution*”⁷⁷.

Formalmente, a saúde é descrita por Boorse como “*the absence of disease*”. Correspondentemente, a doença é definida como “*a type of internal state which is either an impairment of normal functional ability, i.e., a reduction of one or more functional abilities below typical efficiency or a limitation on functional ability caused by environmental stages*”⁷⁸. Por sua vez, a insaúde seria apenas a percepção subjectiva de uma doença pelo seu portador na medida em que lhe cria sofrimento e incapacidade; existe apenas na presença e subsequência do desenvolvimento de uma doença, não lhe sendo devotado um lugar especial na sua teoria.

Ambas as definições, a de saúde e a de doença, conduzem-nos ao conceito de “*funcionamento normal*” como distintivo da saúde. A saúde, porque associada ao funcionamento normal da espécie, é uma propriedade biológica dos organismos. De forma complementar, o patológico caracteriza-se por um funcionamento biológico alterado e é representado pelo conceito de doença. A presença da doença no corpo humano ameaça a sua principal função: a sobrevivência individual e a reprodução da espécie. Sobrevivência e reprodução aparecem assim como fins da espécie humana intimamente ligados à natureza da saúde. Esta ideia de “*função dirigida a uma meta*” (“*goal directed function*”) acabaria por se revelar a proposta mais fundamental da teoria de Boorse e por transformá-la numa teoria de cunho universal.

⁷⁵ Boorse, 1977, citado por Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p.19.

⁷⁶ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2001, p.12.

⁷⁷ *Idem*.

⁷⁸ Boorse, 1977, citado por Nordenfelt, 2001, p.11.

A assumpção de que a saúde corresponde ao funcionamento normal da espécie implica ainda a existência de uma classe referencial, isto é, uma classe natural de organismos com desenhos funcionais uniformes. A normalidade é entendida por um critério de frequência e assim as funções que se enquadram nos valores mais frequentes na população (“valores de referência”) são consideradas saudáveis. Então, a saúde está ligada a uma norma estatística uma vez que se aceita a determinação de um critério de normalidade assente numa regularidade estatística.

Boorse também inclui a saúde mental na sua conceitualização e admite como correlato patológico a doença mental. Proclama, como explica Nordenfelt⁷⁹, que o seu conceito de saúde é “*valid for the theory of mental health, given that we take human psychology to be divisible into part processes with biological functions*”. Assim, a doença mental encontra também na base da sua natureza uma correlação biológica, onde um substrato neurológico é responsável pela produção de sintomas cognitivos e emocionais que originam um funcionamento mental alterado. Assim, para Boorse “*mental health must be a constellation of qualities displayed in the standard functional organization of members of our species*”⁸⁰. O autor defende que as funções mentais características da espécie humana justificam também a sua existência a partir das metas essenciais já identificadas: sobrevivência e reprodução. As funções mentais, tal como as físicas, são funções dirigidas a essas metas, pelo que as comprometem quando estão alteradas. Dá alguns exemplos dessas faculdades: percepção, inteligência, memória e motivação. Por outro lado, dor e ansiedade fazem também parte do funcionamento mental da espécie e têm também uma função, neste caso, detectar e lidar com sinais de perigo e situações de ameaça.

Para sumariar, apresentemos um resumo da tese central da teoria de Boorse acerca da natureza da saúde anotado por Nordenfelt⁸¹:

- “*Health is normal functional ability; and disease is an internal state that reduces such ability to below typical levels of efficiency*”;
- “*Normal functional ability is calculated statistically with respect to an age group of a sex of a species. It constitutes a statically typical contribution by the members of the group to certain factual goals.*”

Os conceitos de Boorse associados à sua explicação acerca da natureza da saúde estão inteiramente ligados com o funcionamento normal de um elemento específico do corpo enquanto entidade biológica e não a uma condição da pessoa no seu todo.

⁷⁹ Nordenfelt, Op. Cit., 1995.

⁸⁰ Boorse, 1977, citado por Nordenfelt, Op. Cit., 1995, p. 20.

⁸¹ Nordenfelt, Op. Cit., 1995, p. 20.

9.1.2.O paradigma médico de Reznek

Reznek é um psiquiatra que se dedicou à análise filosófica da ciência. Privilegiou o estudo do paradigma médico empreendendo uma análise filosófica do conceito de doença. Opõe-se à tese de que as doenças deveriam ser entendidas meramente como um processo na origem de uma disfunção biológica e deseja esclarecer a natureza do conceito de doença.

O paradigma médico clássico permanece ancorado no conceito de funcionamento normal como qualidade distintiva da saúde. Reitera a importância das funções biológicas para a saúde, sendo a doença entendida como uma entidade patológica que ameaça órgãos ou tecidos e impede o organismo de cumprir essas funções e portanto de atingir os fins para os quais foi concebido: sobrevivência e reprodução. Reznek argumenta contra a exclusividade desta ideia, constatando que as doenças são processos físicos e mentais e por isso não devem ter uma natureza distinta meramente ligada a um processo biológico específico. Refere que *“this assumes that something is a disease if it leads to reduce fertility and longevity and this is wrong”*⁸².

Assim, Reznek mantém que *“something is a disease not because of its nature or essence, but because of its undesirable consequences”*⁸³. Propõe o conceito de *“condição patológica”* para substituir o conceito de doença: *“A has a pathological condition C if and only if C is an abnormal bodily/mental condition which requires medical intervention and for which medical intervention is appropriate, and which harms standard members of A’s species in standard circumstances”*⁸⁴. Quando uma condição patológica traz associado sofrimento que provoca um estado de invalidação significativo no seu portador, então estaremos na presença de doença. Reznek acrescenta um novo critério à definição da natureza da doença; para além da sua origem, privilegia as suas consequências e defende que ambos os critérios devem ser considerados na definição de um estado de doença.

Reznek conclui pela presença de uma doença apenas quando a condição patológica que está na sua origem se associa a um impacto subjectivo, traduzível em sofrimento, para o seu portador que provoca uma diminuição do seu estado de saúde. Um decréscimo de saúde é considerado apenas quando se estabelece a seguinte condição: *“if and only if it is an abnormal and involuntary process that does harm and should best be treated by medical means”*⁸⁵.

Uma doença implica, assim, um processo corporal ou mental involuntário que causa prejuízo à pessoa. A noção de *prejuízo* (*“harm”*) é central para a teoria de Reznek e explica como um estado de doença traz consequências não desejadas para o seu portador, em especial sofrimento e incapacidade. Seguem-se os conceitos de Reznek⁸⁶ de *prejuízo* e de *doença*:

⁸² Rezneck, 1991, citado por Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2001, p.35.

⁸³ Idem, p.33.

⁸⁴ Idem, *Ibidem*, p.37.

⁸⁵ Idem, *Ibidem*, p.37.

⁸⁶ Idem, *Ibidem*, p.45.

- i. “*X does A **harm** if and only if X makes A less able to lead a good worthwhile life*”
- ii. “*A has a **disease** P if and only if P is an abnormal bodily or mental process that does standard members of A’s species some harm in standard circumstances*”

O autor⁸⁷ argumenta: “*But what come first in both physical and psychological medicine are symptoms – suffering and disability – and whatever causes it is disease. We do not first judge that some process (of right biological type) is a disease and then conclude that whatever it causes must be symptoms!*”. Como podemos ver, as condições patológicas têm mais a ver com as consequências que provocam do que com um critério estatístico de (a)normalidade. Se a definição de doença está ligada às consequências que acarreta, ter-se-á que avaliar se a condição patológica de base conduz ou não a uma diminuição da saúde ou seja se perturba ou não o bem-estar da pessoa.

Saúde e doença mental são conceptualizadas do mesmo modo. O comportamento anormal que nos é dado observar na doença mental é o efeito consequente de uma alteração nas funções mentais, na perspectiva de Reznek. A doença mental é um fenómeno cuja natureza é involuntária e cujas consequências trazem prejuízo para o próprio sob a forma de sofrimento e invalidação: “*Mental illnesses do harm – i.e. they diminish our well-being by causing suffering and disability*”⁸⁸.

A doença mental requer a presença de perturbações corporais ou físicas concomitantes. São acompanhadas por mudanças significativas em funções mentais de nível superior. No entanto, são consideradas doenças porque são também acompanhadas de sofrimento e invalidação para o seu portador.

A importância da argumentação de Reznek em torno do conceito de doença e insaúde está na sua capacidade de compreender a doença em relação ao seu portador em vez de percebê-la como uma entidade autónoma que a medicina deve identificar e manipular com um mínimo de interferência da pessoa, onde a exclusão de todos os elementos subjectivos seja condição para o desenvolvimento de um julgamento objectivo que identifique a condição patológica que está presente e que a cure.

Reznek traz a pessoa e a vivência subjectiva do seu estado de saúde para o centro da análise e faz do sofrimento um critério para a consideração da existência de um estado de doença. A discussão da natureza da doença parece ser assim uma discussão normativa na medida em que está baseada num julgamento e, por isso, numa avaliação subjectiva acerca do que é ser-se saudável ou não. Este último pressuposto colocaria a hipótese de Reznek numa situação oposta

⁸⁷ Idem, *Ibidem*, p.51.

⁸⁸ Idem, *Ibidem*, p.46..

à perspectiva alopática tendo em conta que os valores normativos são considerados na sua análise.

Contudo Reznick, tal como Boorse, leva a cabo uma análise da natureza da saúde colocando um conceito alopático de doença no âmago da discussão. Continua pois a privilegiar um conceito de doença baseado numa lógica biológica e portanto biomédica que remete o conceito complementar de saúde para esta fundamentação baseada na biologia. O avanço da sua análise ancora na proposta de incluir um critério ligado à pessoa na consideração dos estados biológicos de doença, ou “condições patológicas” como lhe chama. A saúde continua a ser definida através da oposição a um conceito biológico de doença pelo que se mantêm todos os pressupostos biomédicos na consideração da sua natureza.

Apesar da grande vantagem associada à pretensão de universalidade que as teorias baseadas no paradigma médico tradicional trazem incorporada, estas perspectivas possuem limitações muito significativas. Mesmo que se reconheça algum avanço na análise de conceitos preconizada por Reznick, a sua proposta mantém as limitações do paradigma biomédico. Continuamos a carecer de um conceito de saúde que faça referência à pessoa na sua globalidade, para além da sua biologia, e que reconheça a saúde como um recurso essencial a um conjunto de propósitos que vão para além da sobrevivência e da reprodução. O debate acerca da natureza da saúde continua a ser um debate acerca da natureza da doença e mais do que isso continua a ser um debate ancorado na biologia.

9.2. A teoria holística da saúde

Em 1986 a *British Holistic Medical Association* (BHMA) publicou um relatório onde é claramente valorizado o holismo na descrição da natureza da saúde. O holismo está baseado no seguinte axioma filosófico: “*the whole is greater than the sum of its parts and the part contains the whole*”. Entende o ser humano como um ser completo, constituído por três dimensões: corpo, mente e espírito. O relatório da BHMA⁸⁹ sumaria a essência do paradigma holístico da saúde da seguinte forma:

- i. *The human being is multidimensional – body, mind and spirit – and exists within a social context which in turn derives its existence from its relationships with the environment;*
- ii. *There is an interconnectedness between all things, microscopic-macroscopic, living-non living. The whole is greater than the sum of its parts and the parts contain the whole;*

⁸⁹ BHMA, 1986, citado por Moreira, *Op. Cit.*, 2007.

iii. *Health and disease lie along a continuum and represent the organism's intrinsic state of harmony with the universe.*

A saúde é então definida como um estado positivo primário a ser alcançado pelos seres humanos na relação que estabelecem com os micro e macro contextos onde participam. Ao contrário, a doença é entendida como um estado de vulnerabilidade, onde o potencial natural do organismo humano está diminuído como consequência da influência de um conjunto de factores presentes naqueles contextos. A perspectiva holística oferece-nos um modelo causal mais complexo da saúde e da doença, onde uma combinação de mudanças extrínsecas (nos contextos) e intrínsecas (na pessoa ou na constituição biológica) actua no sentido de aumentar ou diminuir a vulnerabilidade e a resiliência de um organismo.

Como pressuposto fundamental da teoria holística teremos um entendimento da saúde como uma capacidade ou como um recurso dos seres humanos e dos grupos. Este pressuposto decorre da colocação da saúde em contexto, isto é, do reconhecimento de que o indivíduo está em estreita relação com um conjunto alargado de contextos, desde os mais imediatos, como o contexto biológico e o contexto psicológico, aos mais longínquos como é o caso do contexto social. O corpo biológico é, agora, transformado num corpo vivido⁹⁰ (*“lived-body”*). A pessoa é tomada como um ser existencial e assim o “existir” substitui o “estar vivo” enquanto fundamento último dos organismos.

Assim, a saúde como recurso apresenta-se enquanto potencial, estando intimamente relacionada com o conceito de bem-estar e com o conceito de habilidade. Opõe-se assim, não à doença, mas à insaúde que, por sua vez, está relacionada com os conceitos de sofrimento e inabilidade – *“a feeling of ease of well-being contributes to the ability of its bearer; a feeling of pain or suffering may directly cause some degree of disability”*⁹¹.

Esta perspectiva da saúde como habilidade é reiterada ao longo da história dos conceitos médicos, ainda que a influência do sistema alopático se mantivesse predominante até finais do século XX. Muito cedo na História, nos documentos de Galeno, podemos encontrar a seguinte definição de saúde: *“a state in which we either suffer from evil or are prevented from the functions of daily life”*⁹². Recentemente o sociólogo americano Parsons e o filósofo francês Canguilhem⁹³ descreveram a saúde segundo esta perspectiva. O segundo estabelece que a saúde é *“a felling of insurance in life”* e Parsons⁹⁴ refere que *“health may be defined as the state of optimum capacity of an individual for the effective performance of the roles and tasks for which he has been socialized”*.

⁹⁰ A expressão *“lived body”* foi proposta por Leder em 1984 para referenciar o indivíduo a que o paradigma holístico faz alusão, sendo citado por Moreira, *Op. Cit.*, 2007.

⁹¹ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p.36.

⁹² Galeno, citado por Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p.35.

⁹³ Canguilhem, 1978, citado por Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p.35.

⁹⁴ Parsons, 1995, citado por Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p.35.

A saúde deixou definitivamente de ser considerada como a ausência de doença, estando agora intimamente ligada às ideias de bem-estar e de prosperidade. Assim se compreende que as teorias holísticas não equacionem meramente a sobrevivência e a reprodução para a análise da saúde, mas essencialmente a qualidade de vida dos indivíduos e dos grupos⁹⁵. Como consequência a análise do conceito de saúde pressupõe uma declaração normativa acerca do que é considerado como “ser-se saudável” – “*a statement that he or she is healthy does not merely imply certain scientific facts regarding the person body or mind but implies also a (positive) evaluation of the person’s bodily or mental state*”⁹⁶. Assim sendo, para se determinar se uma pessoa é saudável ou não, não é suficiente fazer um exame ao corpo, mediante a realização de uma inspecção objectiva e mediante o estabelecimento de critérios mensuráveis, e concluir pela presença ou ausência de doença. Pressupõe sim uma vasta avaliação do estado global da pessoa ou seja uma avaliação que tem como objecto o “corpo vivido”.

É plausível que os filósofos defensores do paradigma holístico da saúde clamem que o conceito de saúde, bem como um conjunto de outros conceitos relacionados, é, na sua essência baseado em valores normativos. Afirmar que uma pessoa é saudável ou não pressupõe uma avaliação do estado global dessa pessoa. Tal afirmação envolve portanto uma avaliação acerca do que é ser-se saudável ou não. A saúde é, nesta perspectiva, um conceito avaliativo e normativo.

Fulford e Nordenfelt são ambos inspirados pelo paradigma holístico e consideram a saúde como uma habilidade. Ambos os autores combinam os conceitos e as ideias da teoria filosófica da acção e aplicam-nos ao campo de estudo da saúde. Ambas as teorias invertem a lógica tradicional de colocar a doença no âmago da análise da natureza saúde. A primeira, propõe como núcleo organizador da análise filosófica o conceito de insaúde, a segunda elege a saúde como o primeiro conceito da análise. A lógica de destacar a doença na análise da natureza da saúde é, de facto, contra intuitiva e inverte a linguagem comum sobre a saúde. É por esta razão que ambos argumentam pela necessidade de uma teoria de saúde reversiva, isto é, uma teoria que inverta definitivamente a lógica dominante do paradigma alopático da saúde. Examinemos ambas as teorias.

9.2.1.A teoria reversiva da insaúde

Fulford propõe como conceito principal da sua análise a noção de insaúde em vez da noção de doença eleita como conceito nuclear no paradigma biomédico. Eis a razão pela qual se diz que Fulford propôs uma teoria reversiva da doença – “*I called my theory a reverse model (...) I*

⁹⁵ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2007.

⁹⁶ *Idem*, p. 5.

*called it this to emphasize that value theory reverses the logical relationship between illness and disease (though not the causal) that is assumed by the standard medical model*⁹⁷.

Baseando o seu trabalho na abordagem filosófica denominada por *teoria filosófica da acção*, o autor refere o seguinte: *“The patients who are ill are unable to do everyday things that people ordinarily just get on and do, moving her arms and legs, remembering things, finding their ways about familiar places and so on”*⁹⁸. Podemos partir deste raciocínio para inferir a noção de saúde de Fulford. Fulford define a saúde como uma habilidade, e como habilidade, ela dota o agente de um potencial para agir, tornando-se assim no seu mais primário recurso para a acção. Contudo Fulford não prossegue a sua análise caracterizando o conceito de saúde. Ele centra o seu discurso no conceito que decidimos denominar de insaúde, conduzindo aquilo que ele chama *“the reverse view of illness”*.

Para Fulford podemos concluir pela presença de um estado de insaúde, sem que uma doença se manifeste. Para o autor o conceito de insaúde deve ser o conceito nuclear quando se deseja proceder a uma análise da natureza da saúde; o conceito de doença é que deve derivar dos conceitos de saúde e insaúde e não o contrário como acontece no modelo biomédico. Assim, o conceito de insaúde, de acordo com Fulford, está relacionado com uma falha da acção (de uma acção intencional, acrescenta). A insaúde pode ser definida da seguinte forma: *“a person is ill to the extent that she fails to do what a person ordinarily does in the absence of obstruction or opposition”*. A insaúde é, então, uma falha na capacidade ordinária de agir (*“ordinary doing”*), noção central da teoria de Fulford. A ênfase da análise da natureza da saúde está colocada na *capacidade de agência*. A perda desta capacidade é o elemento que confere qualidade à experiência da insaúde, uma vez que, como refere, as pessoas que experimentam uma situação de insaúde perderam o seu potencial de agência.

A falha de acção, e portanto a diminuição na capacidade de agência, é causada por mudanças internas no corpo ou na mente do agente. A doença pode ser uma dessas condições que determinem a perda de capacidade de agência. A doença está pois na origem da insaúde, sendo portanto uma subcategoria da insaúde (e não a insaúde uma categoria da doença como referia Reznek). Assim podemos observar a lógica reversiva de Fulford, em relação ao modelo médico tradicional. O desacordo entre as duas hipóteses não reside na relação causal temporal entre estes dois elementos; reside sim na escolha de um deles como conceito central através do qual se pode compreender e explicar a experiência do sofrimento e da incapacidade. Fulford clarifica esta ideia: *“This parallel is to the effect that parts of bodies function, while person as a whole carry out actions. Correspondingly parts of bodies get diseased, but people as a whole fall*

⁹⁷ Fulford, *Philosophy into practice: the case for ordinary language philosophy*, 2001, p. 87.

⁹⁸ Fulford, 1989, citado por Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2001, p. 9.

ill”⁹⁹. Desta maneira, o conceito de doença está mais próximo da linguagem médico científica, enquanto o conceito de insaúde é contíguo à experiência existencial do agente.

Um pressuposto que decorre da proposta de Fulford acabada de referir é o de que ainda que as doenças estejam frequentemente na base das insaúde, isto não significa que a presença de uma doença provoque sempre uma incapacidade de acção. Podemos ter uma doença, sem experimentarmos insaúde; ele dá o exemplo de uma pessoa diabética cuja categoria de diagnóstico é de *doença* mas que, se conseguir lidar com a sua doença de forma adaptativa, não estará limitado na sua capacidade de agência. Se esta pessoa não estiver invalidada pela sua doença e se a doença não interferir com a rotina diária nas diferentes áreas de vida, então não poderemos considerar que estamos perante uma situação de diminuição da saúde, ainda que uma doença exista. A saúde opõe-se à insaúde e não à doença. Podemos ter uma doença, e sermos saudáveis. Fulford também nos diz que a insaúde não pressupõe sempre a presença de uma doença. O autor faz a distinção clara entre insaúde como uma falha na capacidade de agência (*“failure of action”*), doença como sintomas objectivos e portanto de natureza biológica (*“symptoms”*) e disfunção como uma falha na concretização da acção (*“failure of doing”*).

Nordenfelt¹⁰⁰ sintetiza as ideias de Fulford da seguinte maneira:

- i. *“Illness is the logically primary concept; Illness is constituted by a failure of action.*
- ii. *Some types of failure of action, that is, some illness are widely recognized. These constitute the diseases which are identified in terms of symptoms”.*

Fulford, como referimos, identifica a noção de insaúde como uma falha na capacidade de agência e defende que este entendimento deve ser aplicado quer à saúde física quer à saúde mental. E vai mais longe quando afirma que “insaúde” é uma categoria fundamental no campo de análise da saúde mental. Não obstante, o mais importante segundo Fulford é reconhecer quais são as causas internas (físicas ou mentais) que impedem as pessoas de fazerem o que tencionam (intenções), ou dito de outro modo, que impedem as pessoas de agir.

Quer se refira à saúde física, quer à saúde mental, o conceito de “insaúde” é tomado como núcleo organizador da análise filosófica de Fulford. O conceito é utilizado para representar a falha da capacidade de agência e portanto caracteriza uma falha no potencial global do agente. A pessoa é tomada como uma totalidade existencial na teoria de Fulford, consumando todos os preceitos da teoria holística da saúde. No entanto, ainda que a sua teoria seja uma proposta de reversão da lógica do modelo alopático da saúde, as suas propostas não deixam de tomar como ponto de partida a experiência dos aspectos negativos da saúde, aqui tomados como insaúde. A

⁹⁹ Fulford, *Op. Cit.*, 2007, p. 193.

¹⁰⁰ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2007.

saúde acaba por ser, na teoria de Fulford, um conceito residual com um valor diminuto na análise.

9.2.2.A teoria reversiva da saúde

Nordenfelt coloca o conceito de saúde no centro da análise. De acordo com Nordenfelt, a saúde é um estado positivo ligado à ideia de bem-estar e de felicidade, enquanto que as ideias de sofrimento e incapacidade estão reciprocamente associadas ao conceito oposto de insaúde. Nordenfelt parte então do próprio conceito de saúde para proceder ao estudo da natureza da saúde através da enunciação de uma definição nova daquele conceito. O seu esforço estabelece-se no sentido de propor uma definição independente do conceito de saúde. Assim se justifica a proposta de uma teoria reversiva da saúde, onde o conceito de saúde é tomado como elemento nuclear da análise.

Faremos pois a descrição da teoria holística de Nordenfelt através da exploração da sua definição formal de saúde. O autor define saúde do seguinte modo:

*“A é completamente saudável se, e apenas se, A tiver uma habilidade de segunda ordem, tendo em conta um conjunto de circunstâncias padrão, para alcançar as suas metas vitais” – “A is completely healthy if, and only if, A has the **ability**, given **standard circumstances**, to reach all of his or her **vital goals**”.*

Prosseguimos a analisar cada elemento constituinte da definição de saúde de Nordenfelt.

9.2.2.1. O conceito de *habilidade*

O primeiro conceito que deve obter a nossa atenção na definição de saúde de Nordenfelt é o conceito de habilidade (*ability*). De acordo com o autor, a saúde envolve uma habilidade geral que é também uma habilidade fundamental. Determinar se uma pessoa é saudável ou não é determinar se essa pessoa possui determinadas habilidades mentais e físicas para realizar um conjunto diverso de acções ou, mais simplesmente, se a pessoa é capaz de agir. Então, a saúde é uma habilidade de segunda ordem (“*second order ability*”) para realizar acções específicas que dá à pessoa a possibilidade de ser agente e de agir.

A distinção entre habilidade de primeira ordem (“*first order ability*”) e de habilidade de segunda ordem (“*second order ability*”) é fundamental para o correcto entendimento do conceito de saúde. Ter uma *habilidade de primeira ordem* é ter uma habilidade já adquirida e que integra o repertório da acção da pessoa e por isso pode ser por ela usada. Ter uma

habilidade de segunda ordem é ter habilidade de adquirir (“*ability to acquire*”) uma *habilidade* que pode ser integrada como um recurso interno no reportório de acções de um indivíduo; assim sendo, ter uma *habilidade de segunda ordem* é ter um potencial físico ou mental para desenvolver uma *habilidade de primeira ordem* que é, numa fase primária, igualmente potencial, mas que deixa de ser potencial quando é efectuada pelo agente. Este pressuposto é definido da seguinte forma: “*A has a second order ability with regard to an action F if and only if, A has the first order ability to pursue a training program after the competition of which A will have the first order ability to do F*”. Concretizando, um indivíduo saudável, mesmo que não tenha uma habilidade especificamente necessária para cumprir finalidades de vida importantes, tem o potencial de a adquirir. A qualidade distintiva da natureza da saúde está mais relacionada com uma capacidade potencial do que com uma capacidade real. Sintetizando, Nordenfelt argumenta que a natureza da saúde requer uma habilidade de segunda ordem ou um potencial para adquirir habilidades de primeira ordem. A saúde pressupõe sempre a existência de uma habilidade de segunda ordem.

Na verdade, a noção de saúde como potencial ocupa agora o lugar cimeiro na análise sobre a natureza da saúde. Assim, o conceito de habilidade (*ability*) é o conceito que define a qualidade dos estados de saúde, enquanto que o conceito contrário de inabilidade (*disability*) classifica os estados de insaúde. A saúde é entendida como um potencial de uma pessoa tida como agente; portanto constitui um recurso para a acção. A diminuição da saúde é associada a uma perda ou deterioração desse potencial rumo a um estado de insaúde, isto é, um estado marcado pela inabilidade enquanto inércia ou seja enquanto falta de actividade ou de acção.

Nordenfelt argumenta que o conceito de habilidade é mais profícuo na definição dos estados de saúde quando comparado com o conceito de sofrimento que é tradicionalmente tido em conta neste tipo de análise. Defende que a percepção subjectiva da deterioração do estado de saúde está frequentemente associada a uma experiência de sofrimento, dado que a saúde se relaciona com uma sensação de bem-estar e felicidade, mas essa percepção está antes de mais ligada a um estado de incapacidade. Para o autor, a presença de sofrimento não é definidora da natureza da saúde atendendo a que muitas situações em que a saúde está diminuída não se fazem acompanhar de estados emocionais negativos. São exemplos disso algumas condições físicas, como os defeitos, e podemos também encontrar situações desta natureza nas patologias mentais, como é o caso das perturbações de personalidade. No entanto, a diminuição da saúde tem sempre como consequência uma diminuição do potencial da pessoa para agir nos seus contextos de vida habituais. A centralidade do conceito de habilidade na definição do conceito de saúde interpreta esta realidade na medida em que representa a diminuição do potencial de actuação de um indivíduo. Por esta razão, Nordenfelt defende que a natureza da saúde assenta na capacidade de actuação dos indivíduos enquanto agentes. Ao fazê-lo assume a pessoa na sua globalidade

como ser biopsicossocial e assume a saúde como uma propriedade global dos seres humanos. Menciona: “*An everyday formulation of this is that a person is healthy if he or she does well and can function in his or her social contexts*”¹⁰¹. Observamos nesta formulação as duas componentes definidoras da saúde: a percepção subjectiva de bem-estar e a capacidade para agir. O potencial definidor da saúde é um potencial para a acção e, assim sendo, permite ao agente alcançar o que Nordenfelt refere como *metas vitais*.

9.2.2.2. O conceito de *meta vital*

Se a saúde é definida como potencial para a acção, será pois um recurso para os indivíduos atingirem as suas finalidades mais essenciais rumo à actualização e realização pessoal. Nordenfelt assume que os indivíduos saudáveis são aqueles que são capazes de alcançar essas finalidades. *Meta vital* é o termo técnico escolhido para referir os fins especificamente relacionados com a saúde. Iremos examinar então o segundo elemento constitutivo da natureza da saúde, enunciado por Nordenfelt na última parte da sua definição.

O autor refere que as metas vitais de uma pessoa são os fins que necessita de alcançar ao longo do seu ciclo vital. Todo o comportamento intencional é dirigido para objectivos e portanto a capacidade de actuação de um indivíduo dirige-se ao alcance de uma determinada finalidade. As intenções do agente dão forma às suas finalidades, sendo que a saúde é entendida como um recurso para alcançar essas finalidades vitais. As metas vitais são, então, definidas do seguinte modo por Nordenfelt: “*A person’s vital goals are his or her goals in life*”¹⁰².

As metas vitais são definidas subjectivamente através do que o agente considera como sendo as condições indispensáveis para si, numa dada altura do seu ciclo de vida (“*goals set by the agent himself*”). Essas condições surgem sob a forma de objectivos e constituem um móbil para a acção. Estamos, pois, a assumir que um indivíduo, para ser saudável, deve ser capaz de atingir as metas como fins propostos por ele ou ela próprios; não estamos a falar acerca de um conjunto de acções que um agente deve ser capaz de executar. A saúde é uma habilidade no sentido em que o cumprimento de metas vitais requer o cumprimento de uma acção ou uma sequência de acções (actividades). Concluindo, ser-se saudável é ter alguma habilidade geral para alcançar metas vitais. Daqui se depreende a estreita relação que existe entre metas vitais e acção, sendo ambos os elementos definidores da natureza da saúde.

Restam-nos duas considerações importantes: a primeira refere-se à natureza dos fins vitais que promovem a saúde e a segunda à associação entre saúde e felicidade.

¹⁰¹ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p. 35.

¹⁰² *Idem*, *Ibidem*, p. 5.

O conceito de meta vital aproxima-se da ideia de “*função dirigida a uma meta*” (“*goal directed function*”) que acabaria por constituir a proposta mais fundamental da teoria de Boorse. No entanto, se sobrevivência e reprodução apareciam como finalidades essenciais da espécie humana intimamente ligadas à natureza da saúde, agora Nordenfelt propõe o bem-estar e a felicidade como propósitos últimos do ser humano. Recusa a correspondência das metas vitais com os propósitos biológicos de sobrevivência e reprodução, mas recusa também uma definição relacionada com o “querer” (“*Wants*”) ou com as necessidades básicas (“*Needs*”) da espécie; a essência das metas vitais está, em vez disso, associada ao conceito de felicidade: “*a person vital goals are such states of affairs as are necessary and together sufficient for this person’s long term minimal happiness*”¹⁰³. Assim, as metas vitais não devem ser consideradas necessidades básicas ou desejos. As metas vitais são fins estabelecidos subjectivamente de acordo com o que a pessoa define como um propósito pessoal essencial para o seu bem-estar e felicidade. O alcance das metas vitais torna-se uma condição para felicidade mínima da pessoa. Nordenfelt¹⁰⁴, estabelece do seguinte modo a natureza da relação entre saúde e felicidade: “*A is in health if, and only if, A has the ability, given standard circumstances, to realize his vital goals, i.e. the set of goals which are necessary and together sufficient for his minimal happiness*”.

A assunção da felicidade como propósito essencial dos indivíduos e dos grupos oferece uma dimensão nova aos propósitos da existência humana. A saúde deixa de ser apenas um elemento essencial à sobrevivência e passa a constituir um recurso fundamental para a felicidade e o bem-estar das populações.

9.2.2.3. O conceito de *circunstâncias padrão*

O último elemento a explorar na definição de saúde de Nordenfelt é o conceito de *circunstâncias padrão*. O conceito de *circunstâncias padrão* surge como um elemento a partir do qual se estabelece a articulação entre a saúde enquanto propriedade de um agente e o contexto em que ele actua. As circunstâncias padrão representam a consideração das características dos contextos para a definição do conceito de saúde: “*an ability in order to be understood at all, must be related to an environment. When people act they always do so in a context*”¹⁰⁵.

As circunstâncias padrão dizem respeito às características específicas de um determinado contexto tendo em conta as particularidades que o distingue. Fazem pois referência à variação das circunstâncias entre diferentes épocas e entre diferentes espaços dentro uma mesma época

¹⁰³ Nordenfelt, *The nature of vital goals: comment on Andrew Bloodworth’s review of rationality and compulsion*, 2009, p. 92.

¹⁰⁴ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p. 90.

¹⁰⁵ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2001, p. 70.

histórica. As características dos contextos onde actuam os agentes devem ser tomadas em consideração para a determinação do que é ser-se considerado saudável ou não.

Se a saúde pressupõe a capacidade para agir de forma a alcançar metas vitais, é necessário que se considere que existem circunstâncias que moldam o estabelecimento dessas metas e influenciam a habilidade para as alcançar. Moldam portanto a própria capacidade de actuação do agente. O conceito de circunstâncias padrão representa, assim, a influência das características dos contextos na capacidade de actuação dos agentes.

Em primeiro lugar, a escolha das finalidades que as pessoas elegem como metas vitais irá ser influenciada pelas características dos contextos onde se inserem. Neste caso, as circunstâncias padrão exercem a sua influência através da disponibilização tácita de uma matriz de referência onde está definida o que é dado esperar enquanto meta vital. Nordenfelt dá inúmeros exemplos desta influência, comparando as circunstâncias normais dos países de desenvolvimento com as dos países em vias de desenvolvimento. Num país próspero é esperado a definição de metas relacionadas com a qualidade de vida, enquanto num país em vias de desenvolvimento essas metas estarão mais próximas de intuítos de sobrevivência e de gratificação das necessidades básicas.

Em segundo lugar, o estabelecimento de uma meta vital surge como uma intenção, mas para que o agente actue de tal forma que possa atingir essa meta necessita de uma habilidade de segunda ordem e de oportunidades de acção para exercer essa habilidade. As características dos contextos onde ele actua poderão maximizar ou limitar as suas oportunidades de actuação e de efectivação do seu potencial de saúde – *“if we ascribe an opportunity to A, then we presuppose that the standard circumstances in the society and the natural environment in which A lives, provide the opportunities for A to execute his ability”*¹⁰⁶. Assim, as circunstâncias dos contextos dos agentes poderão proporcionar condições para o desenvolvimento de habilidades de primeira ordem relacionadas com a habilidade de segunda ordem “saúde” ou poderão pelo contrário limitar e prejudicar esse desenvolvimento. Assumindo a existência dessas habilidades, influenciam a capacidade de actuação do agente na medida em que lhe proporcionam maiores ou menores possibilidades de actuação. Como refere Nordenfelt *“The environment is a continuous and obvious causal factor behind both health and ill health. The sound environment supports health; a great variety of external factors, both natural and cultural, contribute to compromising it”*¹⁰⁷.

Por último, é de salientar que o conceito de circunstâncias padrão estabelece uma plausibilidade acerca do que é esperado que a pessoa seja capaz de atingir para ser considerado saudável. Dito de outro modo, estabelecem uma referência normativa para a consideração de se uma pessoa é

¹⁰⁶ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p. 48.

¹⁰⁷ Idem.

saudável ou não. A afirmação de um estado positivo de saúde de um agente deve ter como referência um conjunto de circunstâncias consideradas regulares pelo contexto onde essa pessoa se insere. Exemplificando, se uma pessoa tem uma esquizofrenia algumas das suas funções mentais estão alteradas e diminuem a sua habilidade para agir e alcançar metas vitais. Teremos que considerar a sua capacidade ou incapacidade para o trabalho (como meta vital) com base nas exigências que o contexto onde está inserida considera como regulares (ex. cumprir horários, planejar, resolver problemas...). Os programas de emprego protegido para pessoas com esquizofrenia serão contextos, como o próprio nome indica protegidos, cuja função é a de proporcionar à pessoa circunstâncias extraordinárias que lhe possibilitem uma actuação. Se consideradas as circunstâncias padrão, poderemos dizer que existe uma doença que causa incapacidade e deteriora o estado de saúde; no entanto, podem existir circunstâncias extraordinárias que intervêm habilitando a pessoa enquanto agente e aumentando as possibilidades de acção e de concretização do seu potencial saúde. As circunstâncias extraordinárias podem ser usadas como critério para o estabelecimento de um julgamento acerca de um estado de saúde; no entanto, o critério primário a ser considerado passa pela ponderação das circunstâncias padrão que envolvem os agentes.

Representativamente, teríamos assim a seguinte definição esquemática de saúde:

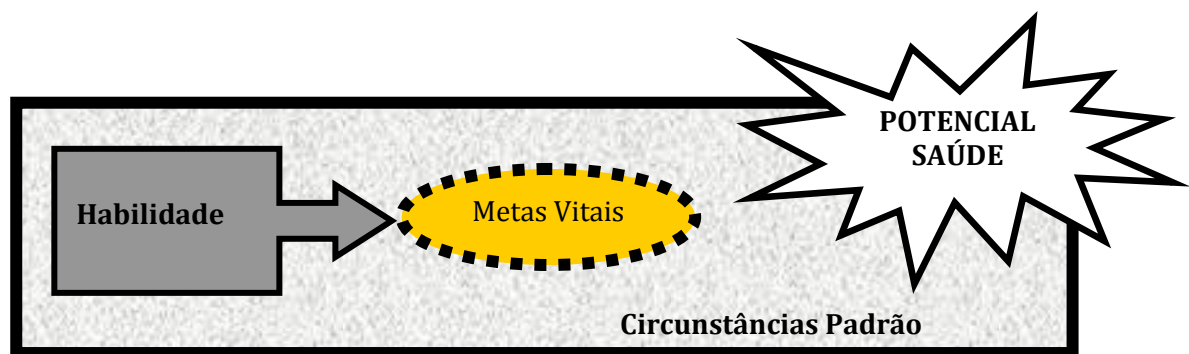


Ilustração 1: Definição de saúde de Nordenfelt

Assim: *“ascribing an ability to A with regard to some action is at the same time to describe part of the world in which A resides”*. O mais importante a reter deste elemento é que o conceito de habilidade é relativo às circunstâncias contextuais do agente e isso faz da saúde um conceito normativo. O conceito não coincide portanto com o critério estatístico usado por Boorse para definir a normalidade. O conceito não é um conceito descritivo. É um conceito que introduz a consideração de uma referência normativa na determinação do potencial saúde. Nordenfelt conclui que *“Every ability has to be evaluated in relation to a set of circumstances. What is this set in the case of health? The set is either a set of standard circumstances, what is normally*

*taken for granted in a culture or a set of considered reasonable by the person who makes a health statement*¹⁰⁸.

Assim, o conceito de saúde é normativo na medida em que implica uma afirmação acerca se uma pessoa é saudável ou não e essa afirmação pressupõe um julgamento acerca do potencial de saúde dessa pessoa que tem como referência as normas do contexto onde ela está inserida. Essa afirmação poderá ser feita, como refere Nordenfelt, na primeira pessoa (“Eu”) e aqui estaremos na presença de uma avaliação subjectiva da saúde, ou na terceira pessoa (“Ele”) quando se avalia o estado de saúde de outrem. Em última análise, a medicina enquanto disciplina que se estabelece como autoridade máxima na área da saúde tem preconizado este julgamento, isto é, tem estabelecido normativamente o que é considerado saudável e o que é considerado insalubre.

Juntando todos os elementos propostos por Nordenfelt, podemos agora compreender que saúde é a habilidade para atingir metas vitais em circunstâncias padrão. A saúde, enquanto habilidade de segunda ordem, é então tomada como potencial e, assim sendo, constitui-se enquanto recurso dos indivíduos e dos grupos. A diminuição da saúde pode ser motivada por um conjunto de condições que tem o poder de deteriorar esse potencial e conseqüentemente limitar a actuação do agente nos contextos.

9.2.2.4. A insaúde como o oposto da saúde

Como dissemos, ser saudável é ter uma habilidade geral para alcançar metas vitais. Os estados de diminuição da saúde serão, então, caracterizados pelo oposto. Segundo o paradigma holístico, a saúde opõe-se assim à insaúde e não à doença, como seria a perspectiva do modelo médico tradicional. Ambos os conceitos, – saúde e insaúde – caracterizam a pessoa como uma totalidade existencial.

A insaúde está associada à incapacidade e isto significa que o agente não dispõe dos recursos físicos ou mentais que lhe permitiriam agir e assim alcançar as suas metas vitais. A consideração de um indivíduo como saudável não depende das metas que estabelece, mas da sua capacidade para agir e alcançar essas metas. A insaúde será caracterizada por um estado onde os indivíduos estão impedidos de alcançar as metas vitais estabelecidas por eles.

Como podemos perceber, de acordo com Nordenfelt a saúde está mais relacionada com a qualidade de vida e bem-estar do que com sobrevivência e reprodução. Conseqüentemente, a insaúde será percebida de modo consistente. A deterioração da saúde, porque limita a

¹⁰⁸ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p. 107.

capacidade de agir dos agentes, põe em risco a possibilidade de se alcançar um nível mínimo de felicidade.

Assim, a propriedade saúde organiza-se num contínuo desde a saúde óptima até à má saúde, que denominamos neste trabalho de insaúde. Esquemáticamente teríamos a seguinte configuração:

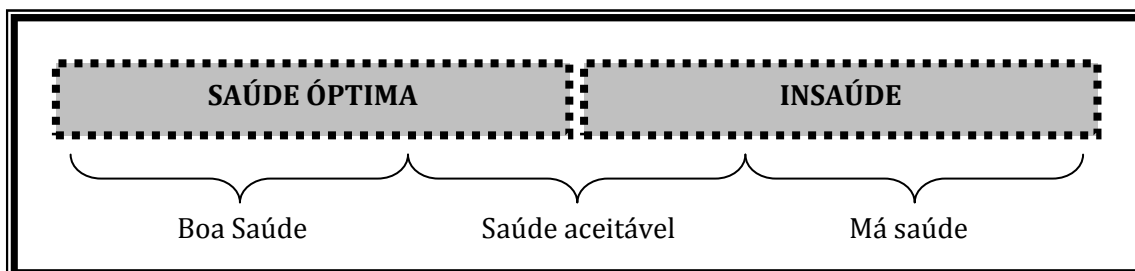


Ilustração 2: Níveis de saúde de Nordenfelt

Não existem portanto diferenças qualitativas da propriedade saúde que estabeleçam a distinção entre ser-se saudável ou não; os estados de saúde organizam-se sim por graus de manutenção ou perda do potencial que está subjacente à sua natureza.

9.2.2.4.1. Condições determinantes da saúde

De acordo com Nordenfelt, existe um conjunto de condições que podem afectar a saúde da pessoa na medida em que interferem com a sua capacidade de agir e causam portanto insaúde. O autor agrupa estas condições numa categoria a que denomina “Enfermidades” (“*maladies*”) e define-as do seguinte modo: “*They are similar in that they are entities internal to the subject’s body or mind which tend to compromise health*”¹⁰⁹. Optámos por traduzir esta categoria como “*condições determinantes da saúde*”.

Note-se que Nordenfelt menciona que estas condições “*tendem a comprometer a saúde*”. A escolha deste enunciado traduz a possibilidade de influência que estas condições têm sobre o estado de saúde, provocando incapacidade e insaúde; portanto, tendem a diminuir a saúde. No entanto, assume-se que a presença de uma destas condições não afecta necessariamente a saúde do agente. Exemplificando, a pessoa poderá ter uma doença e esta doença não ter um impacto negativo sobre a sua saúde, isto é, sobre a sua capacidade de funcionar e garantir o alcance das suas metas vitais.

¹⁰⁹ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995, p.105.

Sintetizando, existe um conjunto de condições que, se estiverem presentes, poderão ter um impacto negativo na saúde da pessoa e provocar incapacidade. Diz-se assim que esta pessoa está num estado de insaúde visto que a sua habilidade para alcançar metas vitais está comprometida.

Nordenfelt, para identificar tais condições de saúde, tende a seguir a terminologia proposta pela Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (ICF). Todavia, tece largas críticas acerca da forma como estão definidas elaborando novas propostas baseadas na *teoria filosófica da acção*. Continuaremos a seguir a proposta do autor.

9.2.2.4.1.1.1. Doença

A primeira dessas condições é a “doença” (“*Disease*”) e a sua definição aproxima-se da definição do paradigma biomédico de Boorse. Nordenfelt define *doença* do seguinte modo: “*A has a disease if, and only if, A has at least one organ which is involved in such a state or process as tends to reduce health of A. The disease is identical with the state of process itself*” ou mais simplesmente “*A disease is a bodily or mental process which tends to compromise health*”. Refere ainda o seguinte: “*D is a disease type in environment E if, and only if, D is a type of physical or mental process which, when instanced in a person P in E, would with high probability cause illness in P*”.

A doença é então reconhecida como uma entidade autónoma, ligada a processos de natureza biológica que incidem sobre um determinado órgão ou tecido e que tendem a diminuir a saúde do seu portador. Assim, por si só a presença de uma doença não é suficiente para comprometer a saúde, uma vez que a saúde deve ser considerada como uma propriedade global da pessoa. No sentido holístico de ser-se saudável, pode ter-se uma doença e continuar a ser-se capaz de alcançar metas vitais se essa doença não estiver associada a um estado de insaúde e, portanto, não causar sofrimento e incapacidade.

O interesse da noção de doença de Nordenfelt assenta no reposicionamento desta categoria na relação com a saúde. Não nega a existência de doenças, mas relega-as para um lugar menos complementar do conceito de saúde. Doença, não é o oposto de saúde, nem saúde será a ausência de doenças. As doenças afectam a saúde dos indivíduos na medida em que, prejudicando a sua capacidade, diminuem o seu bem-estar, qualidade de vida e nível de felicidade.

9.2.2.4.1.1.2. Dano

A segunda condição determinante da saúde identificada por Nordenfelt é o “dano” (“*Impairment*”). Um dano é descrito como o estado final de uma doença, estando

frequentemente associado às suas consequências. Nordenfelt define o dano do seguinte modo: *“An impairment is the end state of a disease which tends to compromise health”*.

O conceito definido pela OMS mais próximo do conceito proposto por Nordenfelt é o conceito de *deficiência*. A OMS define deficiência pelo seguinte: *“qualquer perda, deformidade ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica”*¹¹⁰ que surge como consequência de uma doença. Pensamos que este conceito complementar ajuda a esclarecer o que Nordenfelt tomou como dano no que concerne as condições determinantes da saúde.

9.2.2.4.1.1.3. Lesão ou Trauma

A terceira condição capaz de afectar a saúde é o que decidimos denominar por “trauma” (*“Injury”*) uma vez que a palavra mais correntemente utilizada para descrever esta categoria na língua portuguesa é “lesão”, e lesão é um termo que está fortemente conotado com a saúde tomada do ponto de vista da saúde física. Pensamos que o termo “trauma” traduz melhor a natureza do conceito no que respeita à saúde mental. O trauma corresponde, assim, a um estado do corpo ou da mente de um indivíduo que resulta de causas exteriores. Distingue-se assim das situações de defeito na medida em que pressupõe uma mudança provocada por factores externos ao próprio indivíduo. Nordenfelt define trauma do seguinte modo: *“An injury is a bodily or mental state, caused externally, which tends to compromise health”*.

9.2.2.4.1.1.4. Defeito

A quarta condição determinante da saúde identificada por Nordenfelt é o “defeito” (*“defect”*). O defeito corresponde a uma condição física ou mental associada a factores causais de origem interna e congénita. Nordenfelt define o defeito do seguinte modo: *“A defect is a congenital bodily or mental state, which tends to compromise health”*.

9.2.2.4.2. Os determinantes sociais da saúde

As condições de saúde tal como são assumidas por Nordenfelt são entendidas como situações que têm o poder de afectar o estado de saúde dos indivíduos, diminuindo a sua capacidade de actuação e participação nos contextos de vida. Estas condições são de natureza individual uma vez que implicam sempre alterações nos recursos físicos ou mentais da pessoa. Pensamos que é importante fazer referência a factores de ordem social que têm também um impacto no estado de saúde e portanto na capacidade de actuação da pessoa.

¹¹⁰ OMS, 1980, citado por Beaglehole et al, *Op. Cit.*, 2003.

Nordenfelt assume esta influência principalmente através das considerações que faz do conceito de circunstâncias padrão. Em trabalhos mais recentes faz referência à existência de desvantagens sociais (“*social handicaps*”) para distinguir as influências sociais sobre a saúde. Menciona o seguinte: “*It is still important to be able to distinguish between such handicaps as are mainly attributable to external changes and such as are attributable to internal processes. What I am taking issue with is the idea that there is a clear, universal and eternal rule establishing when a handicap is medical, i.e. internal, and when it is social, i.e., external*” e conclui “*all of us can be, and indeed is, handicapped with respect to certain goals because of the way the world is*”. Todavia, pensamos que a análise de Nordenfelt é insuficiente para explicar esta influência. Em nosso entender, o conceito de determinantes sociais da saúde constitui um conceito autónomo capaz de descrever a mediação entre a saúde e os factores ligados aos contextos sociais. O conceito de determinantes sociais está integrado num corpo de conhecimento robusto que deriva de um campo de investigação próprio e profícuo de implicações. Procuraremos fazer uma breve referência ao conceito que seja capaz de clarificar a sua utilização no contexto deste trabalho.

Um determinante social em saúde é caracterizado da seguinte forma: “*A determinant in health is a factor or characteristic that brings about a change in health, either for the better or for the worse*”¹¹¹. Assim se compreende que entre esses factores estejam as condições de habitação, características da comunidade envolvente, condições de trabalho, situação sócio-económica, nível de educação, entre outros¹¹². Estes factores têm um poder de influenciar a saúde dos indivíduos e dos grupos e a(s) sua(s) capacidades para atingir metas vitais.

Têm sido desenvolvidos alguns modelos que explicitam o poder dos factores associados aos contextos e ambientes das pessoas em influenciar a sua capacidade de atingir o melhor estado de saúde e bem-estar possível. O modelo que detém maior reconhecimento actual é o modelo dos determinantes sociais de Michael Marmot¹¹³. O modelo explana a forma como a exposição a factores de ordem social influencia as oportunidades em saúde e portanto o próprio estado de saúde dos indivíduos. O modelo assume assim a existência de um gradiente social na saúde. O mesmo será dizer que o modelo oferece uma base sólida para a consideração da influência dos factores contextuais nos estados de saúde.

Numa linguagem epidemiológica, os determinantes da saúde, quer sejam de natureza individual ou social, fazem parte do grupo de entidades que se denomina de *factores de risco*. Os factores de risco englobam quer factores que ameaçam a saúde como factores protectores da saúde. Dizem respeito a uma probabilidade de influência no estado de saúde, quer seja positiva ou negativa, na sequência da exposição a um determinado factor.

¹¹¹ Tones & Tilford, *Op. Cit.*, 2001.

¹¹² Wilkinson & Marmot, *Social determinants of health, the solid facts*, 1998.

¹¹³ Marmot & Wilkinson, *Social determinants of health*, 2006.

9.2.3.Outros conceitos associados ao conceito de saúde

9.2.3.1. Estado de Saúde e Funcionalidade

O estado de saúde¹¹⁴ é caracterizado pelo nível integral de funcionamento de um indivíduo. Faz preferencialmente referência a um nível de funcionamento global, mas pode também referir o nível de funcionamento em diferentes áreas de vida; contém pois a noção de funcionalidade. Funcionalidade¹¹⁵ é definida como a capacidade de actuação de um indivíduo nos seus contextos de vida. A funcionalidade depende da funcionalidade das funções do corpo, das estruturas, das actividades (definida como a realização de uma sequencia de acções) e da participação (definida como a actuação de um indivíduo nas situações de vida). Pressupõe a capacidade de actuação do indivíduo nos seus diferentes contextos de vida e representa assim a interacção que esse indivíduo estabelece com o contexto.

9.2.3.2. Capacidade e Incapacidade

A capacidade¹¹⁶ traduz a funcionalidade na medida em que é descrita como o nível máximo de funcionalidade que uma pessoa poderá atingir num determinado momento. A capacidade é assim uma aptidão para realizar acções ou actividades, isto é, a capacidade para agir. Possibilita, em última análise, a capacidade de actuação dos indivíduos nos contextos ou a funcionalidade. Pelo contrário, a incapacidade¹¹⁷ representa uma limitação da actividade do indivíduo e portanto uma limitação na participação.

O ICF distingue o conceito de incapacidade do conceito de desvantagem dizendo que a incapacidade limita a participação dos indivíduos nos contextos e portanto produz uma desvantagem.

Nordenfelt complementa esta perspectiva, estabelecendo uma proposta de compreensão dos referidos conceitos baseada na *Teoria Filosófica da Acção*. Segundo o autor, a incapacidade tem na sua origem a doença ou outras condições que denominámos condições determinantes da saúde. Se a saúde implica a relação de um agente com as metas vitais então poderá ser motivada por um conjunto de circunstâncias que não abrange apenas as situações de doença, mas que incluiu inclusivamente variáveis contextuais, como também vimos. Assim, prefere distinguir o conceito de incapacidade do de desvantagem através do próprio conceito de acção. Para ele, uma incapacidade, tal como a desvantagem são ambas consideradas como estados em que há uma perda da capacidade de agir (*non ability*) e portanto de alcançar metas vitais. A

¹¹⁴ OMS, *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, 2004.

¹¹⁵ OMS, *Op. Cit.*, 2004.

¹¹⁶ *Idem*.

¹¹⁷ *Idem, Ibidem*.

incapacidade refere-se a um estado onde a capacidade para realizar acções básicas está diminuída, e a desvantagem refere-se a um estado onde a capacidade para realizar acções compostas está diminuída. Esta definição remete-nos para a distinção entre estes dois conceitos. Assim, uma acção básica é uma acção elementar que não depende de outras acções para ser concretizada (por exemplo mexer os dedos). Já uma acção composta é uma acção que integra acções básicas na sua realização (por exemplo escrever à máquina). O importante será compreender que para Nordenfelt o conceito de incapacidade (como “*non ability*”) se refere sempre a uma incapacidade global para agir e actuar nos contextos e integra os conceitos de incapacidade (como “*disability*”) e de desvantagem segundo o que já referimos.

9.2.3.3. Qualidade de Vida, Felicidade e Bem-estar

O bem-estar¹¹⁸ é um conceito muito abrangente que faz referência a todos os domínios da vida humana e descreve um estado subjectivo marcado por emoções positivas. Inclui os aspectos físicos, mentais e sociais que caracterizam o que é descrito como uma “vida boa” ou uma experiência existencial positiva.

A Felicidade¹¹⁹ é um sentimento de contentamento e satisfação com o que se tem e o que se é. A felicidade implica um julgamento subjectivo em que se estabelece a comparação entre o que se aspira, como estado desejável, e o que existe, como estado real. Nordenfelt relaciona a saúde com a felicidade na medida em que o cumprimento das metas vitais é um requisito necessário e suficiente para que a pessoa possa alcançar um estado mínimo de felicidade¹²⁰. Refere “*uma pessoa é feliz se ele ou ela julga a existência ser, no todo, como ele ou ela desejava que fosse. Isto inclui condições externas sob a forma de circunstâncias económicas, físicas e ambiente cultural; e condições internas sob a forma de energia, harmonia e estabilidade emocional*”¹²¹.

A qualidade de vida¹²² é descrita como uma percepção individual da posição de vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem, e está relacionada com os objectivos, expectativas, normas e preocupações subjectivas. Nordenfelt assume a importância do conceito de qualidade de vida, mas não o toma como elemento de análise. Não existem considerações acerca deste conceito baseadas na *Teoria Filosófica da Acção*.

Sintetizando, a saúde é indubitavelmente o conceito central da teoria de Nordenfelt. É definida como uma habilidade de segunda ordem para alcançar metas vitais. Tais metas são estabelecidas

¹¹⁸ OMS, *Op. Cit.*, 2004.

¹¹⁹ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 1995.

¹²⁰ Optámos por não explorar mais aprofundadamente a noção de felicidade de Nordenfelt e a sua relação com a saúde na medida em que o fizemos aquando da análise do conceito de metas vitais. Para uma maior exploração do conceito vide secção 10.2.2.2.

¹²¹ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2000, p. 134.

¹²² OMS, *Men, Ageing and Health. Achieving health across span*, 2001.

pelo indivíduo segundo aquilo que ele entende como essencial e suficiente para a sua felicidade. O bem-estar associa-se assim à saúde e à felicidade. Pelo contrário, a insaúde é o elemento complementar da saúde. Um estado de insaúde pressupõe uma diminuição da habilidade “saúde” que, considerando um conjunto de circunstâncias padrão, determina que uma pessoa não possa atingir as suas metas vitais. Na determinação dos estados de saúde e insaúde está um conjunto de condições que vão desde condições individuais, como é o caso das situações de doença, até outras que dependem dos contextos. Nordenfelt propõe a designação da sua análise como “*a welfare notion of health*”.

Assim a saúde surge na teoria holística da saúde de Nordenfelt como um recurso individual e dos grupos que permite a sua actuação e participação nos contextos e, em consequência, a percepção subjectiva de felicidade e de qualidade de vida rumo a um estado existencial marcado pelo bem-estar. Como recurso, justifica a organização sustentada de políticas públicas capazes de fazer da promoção da saúde um elemento de promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da felicidade dos indivíduos e das populações.

PARTE III – METODOLOGIA

Considerações acerca do método

10. NATUREZA DO ESTUDO

A natureza da investigação aproxima o método de pesquisa à abordagem própria da filosofia. Para dar resposta ao nosso problema de investigação necessitámos desde logo de um plano metodológico capaz de captar a complexidade que o debate acerca da natureza da saúde mental demanda, sem que o rigor científico seja substituído pela persuasão.

Seguimos uma abordagem qualitativa, tentando combinar a valia da análise conceptual própria do método filosófico para apreensão dos fenómenos de uma forma holística e complexa com a competência da análise de conteúdo para produzir dados válidos e fiáveis. Por outras palavras, procurámos combinar a argumentação filosófica do que é racional e lógico com a descoberta empírica do que nos é revelado. Quisemos portanto desenvolver a argumentação conceptual com base numa realidade empírica, por pensarmos poder estar a contribuir para a compreensão dos fenómenos através da apreensão da sua integração num contexto.

Estamos pois na presença de um estudo qualitativo onde a análise de conteúdo se constitui como a principal técnica de recolha de dados e procedimento de análise dos mesmos. A escolha da análise de conteúdo surge como consequência da necessidade de utilização de uma realidade empírica como ponto de partida para a análise de conceitos rumo à fundamentação de um conceito de saúde mental coerente e propositado. Concluimos pela utilização do Plano Nacional de Saúde Mental como matéria para proceder ao tipo de interpretação que se pretende como objectivo.

Portugal tem acompanhado a tendência europeia de fazer da saúde mental uma área prioritária de saúde pública. A saúde mental é actualmente uma prioridade assumida da política de saúde do XVII Governo Constitucional. O *Plano Nacional de Saúde Mental* (PNSM) data de Março de 2008 e representa uma reforma dos serviços de saúde mental. Expressa claramente a apologia ao desenvolvimento da perspectiva de saúde pública na área da saúde mental.

O PNSM representa assim um programa de saúde pública e materializa portanto o ciclo de planeamento da estratégia em saúde em direcção ao desenvolvimento de programas efectivos. Se não, vejamos. O Plano contempla pois um conjunto de finalidades e objectivos a par de uma proposta de acções de reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental, que se prevêem capazes de alcançar os ganhos expressos nessas finalidades e objectivos. É sempre objectivo último de um plano de saúde obter ganhos em saúde e o PNSM não é excepção. A reestruturação e desenvolvimento dos serviços não devem ser encarada como uma finalidade por si só, mas apenas um meio para alcançar objectivos que se traduzem em ganhos de saúde. A

monitorização dos níveis de saúde e bem-estar e da carga da doença, bem como dos seus factores determinantes, constituem um requisito para a avaliação dos ganhos em saúde alcançados pelo programa. Em última análise, estaremos a avaliar a efectividade do próprio programa e, portanto, a efectividade da estratégia em saúde que foi formulada para esta área da saúde. Garantir a efectividade de um programa de saúde, isto é, garantir que os seus objectivos foram alcançados, é, em última análise, garantir o sucesso da política. Admitindo que a política é um importante determinante da saúde das populações¹²³, torna-se indispensável a aferição da sua efectividade.

Tomando o PNSM como um programa, quisemos depreender a definição do conceito de saúde mental e de um conjunto de conceitos associados lhe que está subjacente. A análise de conteúdo surge naturalmente neste contexto enquanto “conjunto de técnicas de análise das comunicações¹²⁴” e atendendo a que “tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”¹²⁵.

Ainda assim, no presente caso, a consideração do PNSM como elemento de análise assume uma relevância muito especial. Um plano nacional de saúde constitui sempre uma comunicação dos decisores da estratégia em saúde (emissor) acerca de um conjunto de pretensões (mensagem) dirigidas aos restantes três níveis do sistema de saúde: administração, sistema prestador e utilizadores (receptores). O plano para além de uma comunicação clara, expressa nos conteúdos da mensagem, contém uma comunicação latente, expressa nas significações que transporta entre as suas linhas. A análise de conteúdo permite-nos tratar a informação contida nas comunicações (conteúdo expresso) de tal modo que sejam desvelados os significados da mensagem (conteúdo latente). Como refere Bardin, a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dos documentos. Pretendemos pois inferir a natureza do conceito de saúde mental que conduziu à elaboração das propostas que encontramos no PNSM; este aspecto diz respeito ao esclarecimento das causas ou antecedentes da mensagem.

O processo utilizado pela análise de conteúdo é, como se depreende, baseado no pressuposto da *inferência*. O interesse não mora nos conteúdos em si, mas no que esses conteúdos podem ensinar depois de tratados. Por esta razão, Bardin compara o investigador a um arqueólogo por trabalhar com vestígios. Refere: “os vestígios são a manifestação de estados, de dados, e de fenómenos. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles”¹²⁶. Distingue a *superfície dos textos* (descrita e analisada) dos *factores que determinam essas características* (deduzidos logicamente).

¹²³ Beaglehole et al, *Op. Cit.*, 2003.

¹²⁴ Bardin, *Análise de Conteúdo*, 2003, p. 38.

¹²⁵ Henry & Moscovici, 1968, citado por Bardin, *Op. Cit.*, 2003, p. 33.

¹²⁶ Bardin, *Op. Cit.*, 2003, p.39.

Por trabalhar com inferências, a análise de conteúdo encontra-se muito próxima do método filosófico. Note-se que inferir significa deduzir de maneira lógica e implica portanto que a uma descrição se suceda uma interpretação. Considerámos pois que a análise de conteúdo serviria bem o propósito desta investigação uma vez que nos oferece uma descrição (enumeração das características do documento tido como realidade empírica de tal modo que se parta da realidade para a abstracção de conceitos) e prepara a interpretação (a significação concedida a essas características).

A finalidade que Bardin identifica para a análise de conteúdo esclarece esta partilha entre a inferência e a análise de conceitos. O autor refere que *“esta abordagem (análise de conteúdo) tem como finalidade efectuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração”*¹²⁷.

Por seu turno a análise de conceitos, método da filosofia, assenta na observação e estudo da linguagem comum, isto é, na forma como os conceitos são utilizados no quotidiano pelos actores. A natureza dos conceitos é deduzida logicamente da linguagem ou da língua em contexto. Trata-se de transpor significantes para atingir significados e intuir deles a natureza dos conceitos utilizados.

Nordenfelt¹²⁸ enumera um conjunto de propósitos da análise de conceitos no âmbito da saúde, tarefa, segundo o autor, que pertence à missão da filosofia da saúde.

- O primeiro seria investigar a essência das noções de saúde e doença. Estaria ligado a uma lógica aristotélica mediante a qual os conceitos de saúde e doença seriam abstraídos intuitivamente através da introspecção.
- O segundo passa por investigar a utilização dos termos “saúde” e “doença” na pesquisa médica e abstrair a sua natureza através da sua utilização. Este tipo de interpretação está associado à linguística aplicada ao contexto onde os conceitos são utilizados.
- O terceiro propósito passa por investigar a utilização dos termos “saúde” e “doença” agora na prática clínica. Assume as mesmas características do segundo propósito, onde muda apenas o contexto de referência.
- O quarto assume a tarefa de criar uma teoria consistente dos conceitos de saúde e doença o mais próxima possível de um determinado contexto de utilização desses conceitos. O interesse está na criação de uma rede de conceitos aplicáveis a um contexto particular através do uso da linguagem que é feito nesse contexto.

¹²⁷ Bardin, *Op. Cit.*, 2003, p.43.

¹²⁸ Nordenfelt, *Health, science and ordinary language*, 2001.

- Finalmente, o quinto propósito inclui a criação de uma teoria consistente dos conceitos de saúde e de doença e outros conceitos associados o mais próxima possível de um determinado contexto de utilização desses conceitos (porque mais intuitiva), mas inclui também uma possível criação de novos significados com implicações para esses mesmos contextos. Nesta perspectiva o contexto, através da linguagem, cria os conceitos e os conceitos participam na criação do contexto.

A filosofia da saúde assenta portanto na abstracção de conceitos através do uso comum da linguagem e é por isso que se poderá relacionar proficuamente com a análise de conteúdo enquanto processo de inferência de significados a partir das mensagens. Conjugadas, pensamos que serviram bem os propósitos do presente trabalho de investigação. Esta estratégia metodológica combinada permitiu-nos abstrair a natureza da saúde a partir de uma realidade empírica através da linguagem e derivar implicações para um contexto muito particular: a política da saúde.

Todavia este trabalho de investigação procurou propor conceitos organizadores através da argumentação filosófica. O estudo representa em última análise uma proposta de desenvolvimento de um conceito de saúde mental *logicamente coerente e verdadeiramente propositado*. Procurámos situar o estudo no último propósito identificado por Nordenfelt para a filosofia da saúde para que seja fecundo em inovação e pertinência. Metodologicamente, confrontam-se e complementam-se duas orientações: a verificação prudente e a interpretação criativa.

11. PERCURSO METODOLÓGICO

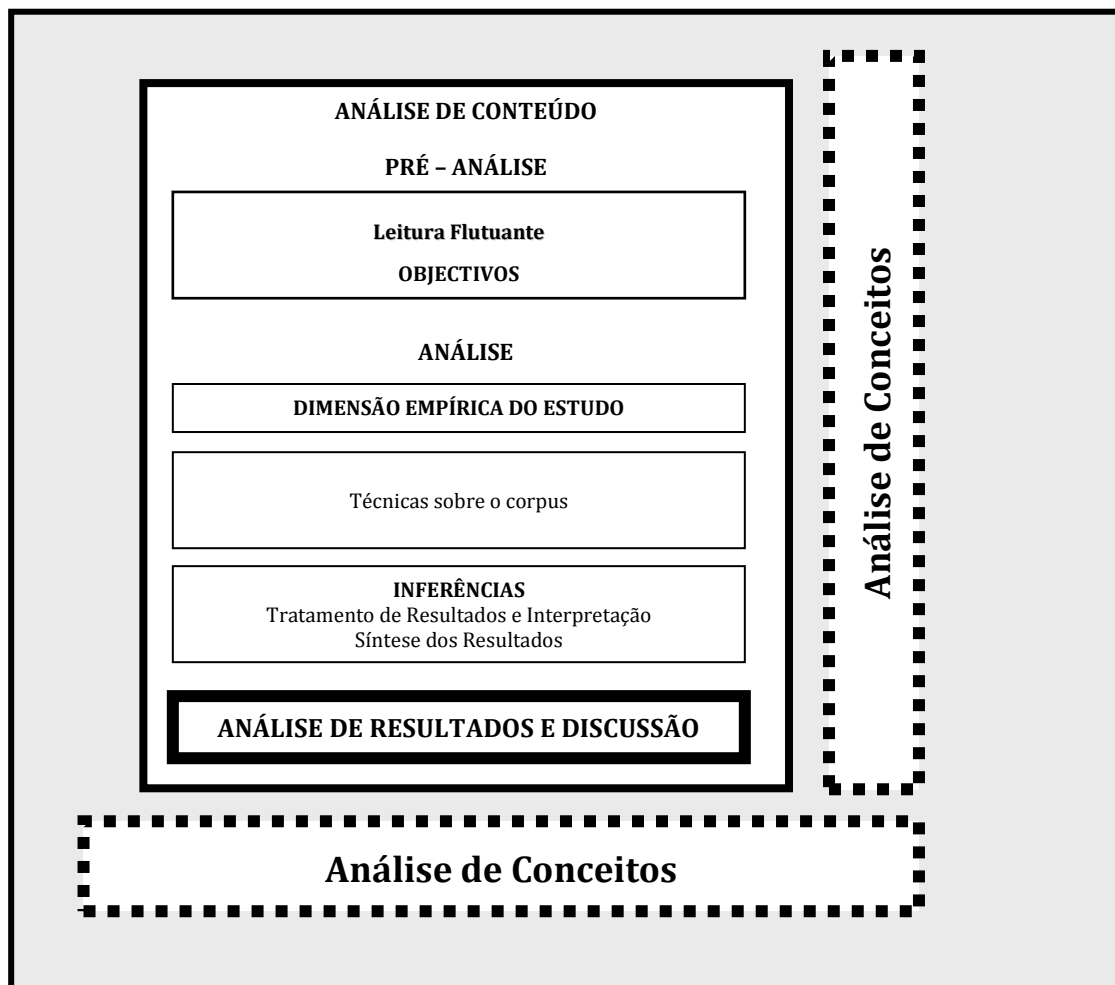
O estudo decorreu em três fases distintas: a (I) pré-análise, a (II) análise e a (III) discussão. A análise conceptual está presente ao longo de todo o trajecto metodológico, ainda que ganhe a maior interesse e pertinência na última fase em que a discussão dos resultados toma a forma de uma argumentação filosófica de um conceito que se deseja *logicamente coerente e verdadeiramente propositado*.

O desenho de investigação segue as etapas¹²⁹ da análise de conteúdo: A pré-análise (referente à determinação dos objectivos e das técnicas a ser aplicadas), a análise (referente à análise de dados e apresentação dos resultados) e a inferência ou interpretação (referente à discussão dos resultados). As duas primeiras etapas serão tratadas na secção que se segue; a última será tratada na secção V uma vez que corresponde à fase III da investigação: a interpretação e discussão dos resultados.

¹²⁹ Bardin, *Op. Cit.*, 1995.

O percurso metodológico da investigação está retratado no Quadro 1.

Quadro 1: Percurso Metodológico da Investigação



PARTE IV – PRÉ-ANÁLISE E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O Plano Nacional de Saúde Mental – que conceito de Saúde Mental?

Qualquer comunicação representa uma transferência de significados de um emissor para um receptor. As estruturas linguísticas de um conteúdo manifesto representam pois estruturas psicológicas ou sociológicas que dão forma a um conteúdo latente repleto de significações. A linguagem expressa num texto revela as condições da sua produção. Com a finalidade de inferir as significações acerca da natureza da saúde mental rumo à definição de um conceito coerente e propositado desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa que combina a análise de conceitos com a análise de conteúdo. A análise de conteúdo foi eleita como método primordial de pesquisa. A análise conceptual, método próprio da filosofia, encontra na análise de conteúdo o seu ponto de partida. O intento de combinação das duas metodologias foi o de partir do estudo de uma realidade empírica (através da análise de conteúdo) para se proceder a uma discussão e argumentação acerca da natureza da saúde mental (através da análise de conceitos), objecto essencial da investigação.

A análise de conteúdo delinea, assim, todo o percurso metodológico da investigação uma vez que esta técnica trabalha sobre a prática da língua operada por emissores identificáveis. Toma portanto em consideração as significações dos conteúdos expressos em mensagens, ou o que Bardin¹³⁰ referencia como as “*condições de produção dos textos*”.

Pretendemos partir pois da análise de uma realidade empírica para a discussão da natureza da saúde mental e das suas implicações para o planeamento estratégico inerente à formulação de políticas da saúde. Quisemos inferir o conceito de saúde mental que está na origem de uma proposta de organização das acções representada por um programa em saúde mental de modo a compreender a associação existente entre o entendimento epistemológico acerca da natureza da saúde mental e as possibilidades de actuação que dele decorrem.

12. PRÉ-ANÁLISE

A pré-análise é a fase prévia à implementação do estudo propriamente dito e constituiu uma fase de preparação e organização da análise. Foi uma fase de exploração rumo à definição de objectivos, à selecção dos documentos e à identificação das técnicas. É durante esta etapa que são seleccionadas as técnicas de análise tendo em conta os objectivos a que se propõe.

¹³⁰ Bardin, *Op. Cit.*, 1995.

12.1. Tarefas da investigação inerentes à pré-análise

12.1.1. Definição de Objectivos

O objectivo último de uma análise de conteúdo é conseguir produzir inferências representativas de conteúdos latentes a um determinado conteúdo manifesto. Tendo em conta as finalidades e objectivos da investigação, o objectivo da presente análise de conteúdo foi o de inferir os conceitos que estão subjacentes a um programa de saúde mental de modo a poder discutir a sua coerência lógica e as suas implicações para organização de programas efectivos. No enquadramento geral do trabalho, a análise de conteúdo ocupa um lugar secundário à análise de conceitos. A análise de conceitos recorreu aos resultados produzidos pela análise de conteúdo para operar; o PNSM representou um campo de aplicação dos conceitos (através da análise de conteúdo) para fundamentar um conceito de saúde mental *verdadeiramente coerente e logicamente propositado* (através da análise de conceitos).

12.1.2. Selecção do *Corpus*

A primeira actividade que foi levada a cabo consistiu na selecção dos documentos para constituir a análise entre um universo de documentos susceptíveis de fornecer informações relevantes para responder à pergunta de investigação.

O corpus é “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”¹³¹. No presente estudo seleccionamos apenas um documento: o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) sob a forma da Resolução do Conselho de Ministros n°49/2008.

Portugal tem acompanhado a tendência de fazer da Saúde Mental uma preocupação prioritária de saúde pública, estando actualmente em curso uma reforma do modelo organizacional e das estruturas de saúde mental. A saúde mental é actualmente em Portugal uma prioridade assumida pela política de saúde do XVII Governo Constitucional. O Plano Nacional de Saúde Mental data de Março de 2008 está baseado numa visão estratégica que privilegia a descentralização dos serviços e a integração e continuidade dos cuidados.

Atendendo a que Portugal está a passar actualmente por este processo de mudança e que uma reforma da estratégia em saúde traz incorporada uma mudança nas propostas de organização do sistema, é esperado que essa mudança represente uma mudança também nos conceitos. Assumimos que poderíamos inferir a nova proposta como uma mudança de entendimento da

¹³¹ Bardin, *Op. Cit.*, 1995, p. 96.

natureza da saúde mental. Estas seriam as condições de produção do documento que dá corpo ao plano e que pretendíamos inferir. Para além disso, o PNSM é um programa de saúde pública que formaliza uma política de saúde e que representa portanto o contexto de referência deste trabalho. Pensamos que o PNSM seria o documento mais pertinente para efectuar a análise de modo a aferir a coerência lógica do conceito de saúde mental e compreender a influência desse conceito na forma como está estruturado o plano.

A selecção do PNSM como corpus da análise cumpre assim a *regra de pertinência* da análise de conteúdo, uma vez que este documento se adequa aos objectivos da análise, e cumpre a *regra da exaustividade* uma vez que, enquanto programa que é, reúne a informação suficiente para se possa alcançar esses mesmos objectivos.

12.1.3. Leitura Flutuante

Depois de estabelecida a escolha do corpus, procedeu-se à leitura flutuante que constitui a primeira actividade de uma análise de conteúdo. Trata-se de uma primeira leitura do corpus, através da qual se procura derivar intuições iniciais acerca do que se presume vir a inferir. Bardin¹³² assume a importância desta tarefa como a etapa em que o investigador se deve preocupar em “*estabelecer um contacto com os documentos analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações*”.

As impressões deixadas pela leitura flutuante e a ponderação dos objectivos da investigação acabariam por orientar a escolha dos procedimentos para a posterior análise de dados. Concluimos pela escolha de um *procedimento fechado* de análise¹³³. O passo seguinte foi o de construir uma grelha de análise fechada em que as categorias fossem determinadas à partida.

12.1.4. Selecção da unidade de análise e definição das categorias analíticas

A *unidade de análise*, também denominada de unidade de registo¹³⁴, é definida como “*a mais pequena unidade de significação*”¹³⁵. A unidade de análise representa os elementos do texto dotados de significação para os objectivos do estudo. Materializa-se em pequenas porções de texto que irão ser codificadas em categorias analíticas mediante as regras de enumeração que foram estabelecidas. Uma unidade de análise é, como refere Bardin¹³⁶, “*a unidade de significação a codificar como unidade base*” e representa portanto “*a menção explícita de um tema numa mensagem*”. Pressupõe-se que quanto mais um elemento textual é referido no

¹³² Bardin, *Op. Cit.*, 1995, p. 96.

¹³³ Landry, *A análise de conteúdo*, 2003.

¹³⁴ Bardin, *Op. Cit.*, 1995.

¹³⁵ Landry, *Op. Cit.*, 2003.

¹³⁶ Bardin, *Op. Cit.*, 1995, p. 104.

conteúdo manifesto, maior a importância que este assumiu para o emissor da mensagem. Por conseguinte as unidades de análise são o caminho para o conteúdo latente da mensagem.

A unidade de registo escolhida foi o *tema*, isto é elementos manifestos que reportam a “núcleos de sentido” e cuja presença ou ausência permitirão fazer inferências acerca das condições de produção do texto, neste caso, acerca da natureza dos conceitos. Na prática, o tema define-se como “*uma frase ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou frase condensada*”. Ainda de acordo com Bardin, ao fazer uma análise temática pretende-se descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido. Assim, procedeu-se à análise temática do conteúdo manifesto do texto para incluir elementos significantes nas categorias que estavam seleccionadas.

As *categorias* são “*rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos, neste caso as unidades de registo, sob um título genérico*”¹³⁷. O agrupamento de unidades de registo em categorias é efectuado em razão dos atributos comuns desses elementos.

A definição de categorias foi realizada através de uma estratégia dedutiva. As categorias foram derivadas das teorias existentes no que concerne aos diferentes conceitos que integram os diferentes enquadramentos teóricos que foram encontrados através da revisão da literatura¹³⁸.

Foram definidas as seguintes categorias e subcategorias:

CATEGORIAS EM ESTUDO
CATEGORIA SAÚDE
Categoria Saúde: Subcategoria Modelo Biomédico I
Categoria Saúde: Subcategoria Modelo Biomédico II
Categoria Saúde: Subcategoria Modelo Holístico I
Categoria Saúde: Subcategoria Modelo Holístico II
CATEGORIA NÃO SAÚDE
Categoria Não Saúde: Subcategoria Insaúde
CATEGORIA CONDIÇÕES DETERMINANTES DA SAÚDE
Categoria CDS: Subcategoria Doença
Categoria CDS: Subcategoria Dano
Categoria CDS: Subcategoria Trauma
Categoria CDS: Subcategoria Defeito
CATEGORIA CONCEITOS ASSOCIADOS À SAÚDE
Categoria CAS: Subcategoria Capacidade
Categoria CAS: Subcategoria Funcionalidade
Categoria CAS: Subcategoria Qualidade de Vida
Categoria CAS: Subcategoria Felicidade
Categoria CAS: Subcategoria Bem-estar

¹³⁷ Bardin, *Op. Cit.*, 1995.

¹³⁸ Ver anexo II.

12.1.5. Categorização e regras de codificação

A **Categorização** foi a tarefa que se seguiu. A categorização é definida como “*uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia) com critérios previamente definidos*”¹³⁹. As unidades de análise foram pois distribuídas pelas categorias de análise segundo critérios previamente definidos.

Estes critérios basearam-se em recortes a nível semântico uma vez que a unidade de registo seleccionada foi o tema. O texto foi recortado com base em ideias constituintes das categorias que estavam definidas, sendo que essas ideias aparecem sob a forma de enunciados isoláveis que comportam a significação da categoria correspondente. Tivemos em consideração quer afirmações explícitas acerca dos conceitos, quer alusões aos mesmos. A **unidade de contexto** assumiu uma importância extrema uma vez que oferece elementos informacionais suplementares para codificar a unidade de registo. Corresponde, portanto, ao segmento mais alargado onde está contida a unidade de registo e oferece um quadro de referência para a sua compreensão. As unidades de contexto foram tidas em conta para a categorização especialmente no que concerne ao processo de identificação de alusões dos conceitos. Muitas vezes a unidades de contexto pode negar uma primeira intuição acerca de um determinado elemento textual que se julgava relacionado com uma determinada categoria ou subcategoria.

As regras de codificação dizem respeito ao estabelecimento de critérios segundo os quais se conclui pela presença de uma unidade de registo. A definição de critérios subjacentes às regras de codificação de uma unidade de registo em categorias deu origem a um **guia de codificação**¹⁴⁰. O guia estabeleceu instruções para se proceder ao processo de codificação. A existência de um guia desta natureza determina que as observações seleccionadas para incluir nas categorias correspondam de forma fiável às unidades de registo em causa.

12.1.6. Regras de enumeração

As **regras de enumeração** estabelecem a forma mediante a qual se irá medir as variáveis representadas pelas categorias. Diz respeito de modo simples e como refere Bardin ao “*modo de contagem*”.

Neste estudo não foram consideradas medidas numéricas das categorias. Uma vez que é um estudo de natureza meramente qualitativa e tendo em conta que a finalidade última da presente análise de conteúdo é auxiliar a análise conceptual, foi apenas tida em conta a presença ou ausência dos significantes. Não obstante, para a categoria “saúde” foram calculadas as

¹³⁹ Bardin, *Op. Cit.*, 1995, 117.

¹⁴⁰ Ver anexo III.

frequências das unidades de registo para cada uma das categorias a medida em que se revelou importante determinar a frequência de cada um dos conceitos que estavam a ser explorados através das subcategorias.

Foi valorizada a presença de unidades de registo em determinadas categorias como indicador da existência subliminar do conceito que a categoria representa. Foi valorizada a frequência ou prevalência de unidades de registo em determinadas categorias e subcategorias como indicador da preferência por um determinado conceito em detrimento de outro.

12.1.7. Definição do modelo de análise

Por todas as características enunciadas, e no que concerne ao desenho da análise de conteúdo, o presente estudo baseou-se numa *análise qualitativa latente*¹⁴¹. *Qualitativa* porque coloca a tónica nos matizes que ressaltam das categorias em vez de procurar produzir distribuições de frequências e *latente* porque se refere a elementos simbólicos não expressos no texto.

Assim, o modelo de análise para a produção de inferências que irá ser utilizado na etapa de análise dos dados e que orientará igualmente a etapa de discussão dos resultados será um modelo essencialmente de análise qualitativa.

O *modelo de emparelhamento*¹⁴² foi o modelo de análise escolhido para ser aplicado na fase de interpretação dos dados qualitativos. Partindo de uma teoria, este modelo permite comparar a configuração teórica que descrevemos com a configuração empírica decorrente da análise de conteúdo.

Na fase de discussão dos dados, a análise de conteúdo cumpre a sua etapa final, mas serve também de fundamento para a análise conceptual. Esta fase foi assim organizada como uma análise conceptual pois tem como objectivo contribuir para o avanço do conhecimento nesta área através da discussão filosófica, fornecendo novas inferências e interpretações que poderão contribuir para novas orientações teóricas e práticas.

13. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A fase correspondente ao que denominamos de “análise” diz respeito à aplicação das técnicas que foram seleccionadas na pré-análise sobre o corpus. Procedemos portanto ao recorte das unidades de registo na mensagem e à sua codificação nas categorias que estavam definidas através da construção do quadro de categorização.

¹⁴¹ Landry, *Op. Cit.*, 2003.

¹⁴² Idem.

O corpus foi dividido em secções (letras) e sub secções (combinação letra-número) para permitir a referenciação da localização das unidades de registo. As secções e sub secções foram definidas de acordo com as divisões naturais do documento¹⁴³.

Para facilitar o processo de referenciação da mensagem recorremos ao seguinte código linguístico: o símbolo (...) representa os excertos de transcrição não relevantes para a análise dentro de uma unidade de registo, os sinais “ ” referem-se ao início e fim da transcrição da unidade de registo e o sinal ; marca o final e uma nova introdução de uma unidade de registo.

Passamos, de seguida, a apresentar a análise dos dados.

13.1 Categoria SAÚDE

É possível encontrar referências no PNSM em todas as subcategorias que constituem a categoria “Saúde”. No entanto, é interessante notar que as diferentes secções do corpus contribuem de modo desigual para o registo de referências nas diferentes subcategorias. Este dado poderá indicar que as diferentes secções do PNSM estão a ser influenciadas por diferentes modelos teóricos consoante os conteúdos a que se referem. Iremos pois fazer referência a este dado ao longo do estudo das subcategorias dada a sua relevância para a análise¹⁴⁴.

As duas primeiras subcategorias referem-se ambas ao modelo biomédico de saúde. Quando tomadas em conjunto, as unidades de registo nestas duas subcategorias estão em menor predominância em relação às duas subcategorias referentes ao modelo holístico de saúde.

No que concerne à **subcategoria MBI**, foi possível encontrar um conjunto de referências pertencentes a esta classe. A maior parte destas referências diz respeito à identificação dos destinatários do programa como doentes; são referidos como “*doentes mentais*”, “*doentes psiquiátricos*”, “*doentes inimputáveis*” ou “*doentes graves*”. Quando referenciados em relação ao sistema prestador são identificados frequentemente como “*doentes*” ou “*pacientes*”, ainda que seja possível encontrar a sua referenciação como “*Casos*”. Os termos “*doente*” ou “*paciente*” estão tradicionalmente associados ao modelo biomédico e servem para denominar a pessoa que está em contacto com o sistema prestador. Complementarmente, existem referências explícitas ao conceito de “*doença mental*” tomado como uma entidade biomédica e encontra-se uma referência clara à natureza neurofisiológica da doença mental: “*plasticidade dos distúrbios*”.

A secção do corpus que mais contribuiu em unidades de registo nesta subcategoria foi a Secção D que descreve as propostas de intervenção nas diferentes áreas de actuação estratégica. As subsecções D1 (que se refere às propostas de *organização de serviços de saúde mental de*

¹⁴³ Ver anexo IV.

¹⁴⁴ Ver anexo V.

adultos) e D4 (que se refere à *articulação intersectorial*) foram que contribuíram com um maior número de referências para esta subcategoria. Também podemos encontrar algumas referências pertencentes a esta subcategoria na introdução que é feita ao PNSM que constitui a comunicação do Conselho de Ministros que antecede a apresentação do plano.

CATEGORIA: Saúde
SUB CATEGORIA: Saúde – MBI
UNIDADES DE REGISTO
<p>“Doenças psiquiátricas” (X); “Casos de demência” (X); “Doentes inimputáveis” (X); “Doentes mentais graves” (X); “Carga das doenças” (X); “doenças cardiovasculares” (A, 1); “doenças infecto-contagiosas (A, 1); “Carga das doenças”; “carga resultante das doenças em geral” (A, 1); (...) preferidos pelos pacientes e pelas suas famílias” (A, 1); “Doentes mentais graves” (A, 1); “Desinstitucionalização dos doentes mentais graves” (A, 1); “Doença mental” (A, 2); “Doenças mentais” (A, 3); “Carga das doenças” (A, 3); “Carga global das doenças” (A, 3); “Doentes mentais graves” (D, 1); “(...) que apoiem os doentes e as famílias” (D, 1); “Programa de apoio a doentes mentais graves” (D, 1); “Programa de apoio a doentes idosos” (D, 1); “Dependência dos doentes” (D, 1); “Manutenção dos doentes na comunidade” (D, 1); Inclusão (...) dos doentes psiquiátricos” (D, 1); “Doentes psiquiátricos do país” (D, 1); “Doentes mentais graves” (D, 1); “Internamento para doentes inimputáveis e doentes difíceis” (D, 1); “Tratamento dos doentes psiquiátricos” (D, 1); “(...) o internamento de doentes agudos” (D, 1); “Defesa dos direitos humanos dos dentes mentais” (D, 1); “Doentes graves” (D, 1); “Doentes mentais graves” (D, 1); “Doentes e familiares” (D, 1); “Necessidades específicas destes doentes” (D, 2); “Intervenção em áreas específicas para patologias mais complexas” (D, 2); “Casos menos graves (crianças/famílias de risco ou com psicopatologia ligeira)” (D, 2); “Plasticidade dos distúrbios” (D, 3); “Gestão clínica do doente devolvido” (D, 3); “Discriminação dos doentes a referenciar” (D, 3); “Doentes com quadros mais leves, manejáveis” (D, 3); “Doentes que carecem de reabilitação psicossocial” (D, 4); “Doentes psiquiátricos” (D, 4); “Doentes com patologias graves” (D, 4); “Diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais” (D, 4); “Minimizar o impacte da doença nas pessoas, nas famílias e nas comunidades” (D, 4); “Absentismo por doença psíquica” (D, 4); “Doenças mentais” (D, 4); “Doenças mentais” (D, 4); “Prevalência de doenças mentais” (D, 4); “Doentes inimputáveis” (D, 4); “Doentes inimputáveis” (D, 4); “Doentes inimputáveis” (D, 4); “Doença aguda” (D, 10).</p>
Fi 51 (nº das unidades de registo na subcategoria MBI)

O modelo biomédico de Reznek enfatiza o conceito de prejuízo, traduzível em sofrimento, para a determinação dos estados de doença e constitui a *subcategoria MBII*. Foi apenas encontrada uma unidade de registo dentro desta subcategoria que se situa na secção A e na subsecção 1 e que corresponde à introdução (*Saúde mental uma prioridade de saúde pública*) – “*estão também em sofrimento*”. Se analisarmos a unidade de contexto desta unidade de registo, verificamos que o sofrimento é tomado como um elemento importante de diagnóstico da perturbação mental uma vez que é referido que, ainda que a presença de determinados sintomas possa não preencher critérios de diagnóstico para se concluir pela existência de uma perturbação mental, esses sintomas podem causar sofrimento no seu portador e portanto estas pessoas deverão também beneficiar de intervenções nesta área.

CATEGORIA: Saúde
SUB CATEGORIA: Saúde – MBII
UNIDADES DE REGISTO
<p>“Muitos (...) não preenchem os critérios de diagnóstico (...) mas estão também em sofrimento” (A, 1)</p>
Fi 1 (nº das unidades de registo na subcategoria MBII)

Na categoria “Saúde” destaca-se a predominância de referências da *subcategoria MHI* que é alusiva ao Modelo de Saúde Holístico de Fulford. Regista-se uma maior frequência das unidades de registo integrantes da Subcategoria MHI quando comparada com as restantes subcategorias. As secções do corpus que mais contribuem para esta predominância são a secção A e subsecção 1 que constitui o capítulo introdutório e a secção D e subsecção 4 que se refere à *articulação intersectorial*. A introdução ao PNSM (secção X) também contém inúmeras referências que se enquadram nesta subcategoria.

O modelo de Fulford é um modelo holístico e portanto os destinatários do programa aparecem referidos nesta subcategoria como “*peçoas com perturbação mental*” e, embora menos frequentemente, “*peçoas com doença mental*” e chegam mesmo a ser referidas como “*cidadãos com doença mental*”. Como vemos a doença não caracteriza a pessoa como um todo, mas constitui um elemento que está presente e que têm conseqüências em termos de funcionalidade e bem-estar. Complementarmente, os utilizadores do sistema prestador são agora referidos como “*utentes*”: “*utentes de evolução prolongada*”, “*utentes em lista de espera*”, “*preferência dos utentes e das suas famílias*” e “*participação dos utentes e familiares*”.

Por seu turno, o termo doença mental é substituído pelo termo de “*perturbação mental*” ou outros termos equivalentes tais como “*perturbação psiquiátrica*”, “*perturbação psicológica crónica*”, “*perturbação depressiva*” e “*perturbação diagnosticável*”. Atendendo às unidades de contexto das unidades de registo onde constam este termo, pensamos que a sua compreensão está próxima da definição de *trauma* proposta pelo ICF e assumida por Nordenfelt.

É também largamente utilizado o termo “*problema de saúde mental*” e um conjunto de expressões associadas, de que são exemplo as seguintes: “*problemas relacionados com a saúde mental*” ou “*peçoas com problemas de saúde mental*”. A preferência por estas expressões expressa a limitação que é apontada ao modelo holístico de Fulford que, ainda que tome a pessoa como uma globalidade, enfatiza a faceta negativa da saúde ou a insaúde.

CATEGORIA: Saúde
SUB CATEGORIA: Saúde – MHI
UNIDADES DE REGISTO
<p>“Os problemas de saúde mental” (X); “Problemas (...) relacionados com a saúde mental” (X); “Problemas de saúde mental” (X); “Todas as peçoas com problemas de saúde mental” (X); “Grupos especialmente vulneráveis” (X); “Peçoas com problemas de saúde mental” (X); “(...) dos utentes e das suas famílias” (X); “Perturbações mentais” (X); “Perturbação psicológica crónica” (X); “Perturbações psiquiátricas” (A1); “Problemas de saúde mental” (A1); “Perturbações mentais” (A1); “Perturbações depressivas” (A1); “Perturbações mentais” (A1); “Perturbações mentais” (A1); “(...) estas perturbações” (A1); “Perturbações psiquiátricas” (A1); “(...) evidência de problemas de saúde mental” (A1); “Perturbação psiquiátrica” (A1); “Perturbação diagnosticável” (A1); “Problemas de saúde mental” (A1); “(...) diagnóstico da perturbação psiquiátrica” (A, 1); “Perturbações psiquiátricas” (A, 1); “Perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência” (A,1); “Perturbações psiquiátricas” (A, 1); “Problemas de saúde mental” (A, 1); “Participação dos utentes” (A, 1); “Problemas</p>

relacionados com o abuso de álcool e com o stress pós-traumático” (A, 2); “Pessoas com problemas de saúde mental” (A, 2); “Pessoas com doença mental” (A, 2); “Utentes de evolução prolongada” (A, 3); “Problemas de saúde mental” (A, 3); “Problemas de saúde mental” (A, 3); “Cidadãos com doença mental” (A, 3); “Perturbação psiquiátrica de certa gravidade” (A, 3); “ (...) preferência dos utentes e das famílias” (A, 3); “(...) reduzida participação de utentes e familiares” (A, 3); “Perturbação psicológica crónica” (A, 4); “(...) participação dos utentes na comunidade” (A, 4); “Utentes em lista de espera” (A, 4); “Pessoas com doenças mentais” (A, 4); “Pessoas com doenças mentais e das suas famílias” (A, 4); “Pessoas com doenças mentais” (A, 4); “Pessoas com esse tipo de problemas” (B, 1); “Pessoas com perturbações mentais” (B, 2); “Pessoas com perturbações mentais” (B, 2); “Pessoas com perturbações mentais” (B, 2); “Pessoas com perturbações mentais” (B, 2); “Famíliares de pessoas com perturbações mentais” (B, 2); “Condições que favoreçam a autodeterminação e a procura de um caminho pessoal das pessoas com problemas de saúde mental” (B, 2); “Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental (...) a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país” (C, 1); “(...) reduzir o impacto das perturbações mentais” (C, 1); “Utentes e suas famílias” (C, 1); “Pessoas com problemas de saúde mental” (C, 1); “Perturbações mentais comuns” (D, 1); “Perturbações mentais graves” (D, 1); “Pessoas com perturbações mentais graves” (D, 1); “Pessoas com problemas de saúde mental graves” (D, 1); “Direitos das pessoas com problemas de saúde mental” (D, 1); “Pessoas com problemas de saúde mental” (D, 1); “Crianças e adolescentes com perturbações graves do comportamento” (D, 2); “Distúrbios mentais nas suas fases mais incipientes” (D, 3); “Satisfação dos utilizadores” (D, 3); “Associações de utentes e familiares” (D, 3); “Prevenção dos problemas de saúde mental” (D, 4); “Participação dos utentes e dos cuidadores” (D, 4); “Pessoas que sofrem de problemas mentais graves” (D, 4); “Apoio às pessoas com problemas de saúde mental” (D, 4); “Pessoas com doenças mentais” (D, 4); “Projectos para pessoas com doenças mentais” (D, 4); “Emprego apoiado para pessoas com doenças mentais” (D, 4); “Organizações de utentes e de famílias” (D, 4); “Crianças e jovens com perturbações psiquiátricas graves” (D, 4); “Famílias desorganizadas ou disfuncionais” (D, 4); “Protecção de crianças e jovens em risco” (D, 4); “aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas” (D, 4); “Famílias em risco social ou famílias multiproblemas” (D, 4); “Problemas relacionados com o abuso e a dependência do álcool” (D, 4); “Perturbações de saúde mental” (D, 4); “Perturbações ligadas com o abuso de álcool e drogas” (D, 4); “Grupos vulneráveis” (D, 4); “Grupos especialmente vulneráveis” (D, 4); “Problemas de saúde mental” (D, 4); “Pessoas com doenças mentais” (D, 4); “Pessoas com problemas de saúde mental” (D, 4); “Problema cada vez mais complicado” (D, 4); “Pessoas com problemas de saúde mental” (D, 4); “Pessoas com doenças mentais” (D, 4); “Pessoas com problemas de saúde mental” (D, 4); “Pessoas que sofrem de perturbações mentais” (D, 5); “Proteger os direitos das pessoas com doenças mentais” (D, 5); “Utentes dos serviços de saúde mental” (D, 5); “Participação de organizações de utentes e familiares” (D, 5); “Pessoas que têm problemas de saúde mental” (D, 5); “Pessoas que sofrem de perturbações mentais” (D, 5); “Proteger os direitos das pessoas com doenças mentais” (D, 5); “Utentes dos serviços de saúde mental” (D, 5); “Participação de organizações de utentes e familiares” (D, 5); “Pessoas que têm problemas de saúde mental” (D, 5); “Satisfação dos utentes e dos seus familiares” (D, 6).

Fi 99 (nº das unidades de registo na subcategoria MHI)

O modelo holístico de Nordenfelt entende simultaneamente a pessoa como uma totalidade existencial e a saúde como um recurso em potencial. Toma portanto a faceta positiva da saúde como elemento primário da análise. A **subcategoria MHII** traduz esta perspectiva, sendo que foram identificadas referências claras à saúde mental sem que tivesse sido necessário fazer referência a uma faceta negativa para se proceder à sua definição. Eis alguns exemplos: *“melhorar a saúde mental da população”*, *“políticas planos e legislação de saúde mental”*, *“assegurar o acesso a cuidados de saúde mental a todas as pessoas”*, *“promover a saúde mental infantil e juvenil”*, *“promoção da saúde mental”*, *“promoção da saúde mental nos locais de trabalho”*, entre outros.

Correspondentemente, todas as pessoas são entendidas como destinatários do programa e das acções estratégicas que organiza e não apenas aqueles que estão em contacto com o sistema prestador por razões de diminuição da sua saúde mental. As unidades de registo na secção C e subsecção 1 são representativas deste facto: *“assegurar o acesso a cuidados de saúde mental a todas as pessoas”* e *“promoção da saúde mental das populações”*.

No que concerne à contribuição das diferentes secções para os registos nesta subcategoria, podemos observar que se encontram mais unidades de registo referentes ao modelo holístico nas secções introdutórias ou de estabelecimento de princípios e valores (como é o caso da secção X e da secção e subsecção B1), não se encontrando tantas referências nas secções onde que se dedicam ao estabelecimento de acções estratégicas. Existe, no entanto, uma excepção: a subsecção 2 da secção D (*áreas de acção estratégica*). Esta subsecção descreve a organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e da adolescência. Toma como referencia primeira a saúde mental de bebés, crianças e adolescentes e propõe a organização de acções capazes de promover a saúde mental desta população alvo. Combina pertinentemente este intuito com propostas de organização de serviços de intervenção nas situações de adoecimento mental. Encontramos aqui o exemplo mais representativo de uma organização de serviços baseada numa perspectiva holística do PNSM.

Para concluir, é de realçar a quase ausência de referências associadas ao modelo holístico de Nordenfelt nas propostas de articulação intersectorial (Secção D, Subsecção 4).

CATEGORIA: Saúde
SUB CATEGORIA: Saúde – MHII
UNIDADES DE REGISTO
<p>“As necessidades no âmbito da saúde mental” (X); “A saúde mental é uma prioridade” (X); “Assegurar a todos os cidadãos (...)” (X); “Melhorar a saúde mental da população” (X); “Promoção da saúde mental das populações” (X); “Permitir a prestação de cuidados mais próxima das pessoas” (X); “Uma maior participação da comunidade” (X); “Necessidades identificadas na área da saúde mental” (X); “Saúde mental: uma prioridade de saúde pública” (X); “Diferentes necessidades de cuidados das populações” (A, 1); “Políticas, planos e legislação de saúde mental” (A, 2); “Cuidados de saúde mental a nível local a populações que (...)” (A, 2); “Necessidades das populações” (A, 2); “Comissão para o estudo da saúde mental” (A, 2); “Colocar a saúde mental na agenda da saúde pública” (A, 2); “Inclusão da saúde mental no plano nacional de saúde” (A, 2); “(...) recursos disponíveis para a saúde mental” (A, 3); “Intervenções (...) mais próximas das pessoas” (A, 3); “Assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental” (B, 1); “Saúde mental indivisível da saúde em geral” (B, 1); “Cuidados de saúde mental das populações” (B, 1); “(...) os serviços devem ser acessíveis a todas as pessoas” (B, 1); “Promoção da saúde mental das populações” (C, 1); “Serviços mais próximos das pessoas” (D, 1); “A maior parte da população portuguesa já têm serviços de saúde mental assegurados” (D, 1); “Cerca de um quarto da população continua a depender de cuidados (...)”; “Acesso (...) das populações aos cuidados de saúde mental” (D, 1); “Necessidades prioritárias das populações” (D, 1); “As necessidades prioritárias das populações” (D, 1); “Saúde mental de bebés, crianças e adolescentes” (D, 1); “Política e planos de saúde mental para a infância e para a adolescência” (D, 2); “Saúde mental da criança e do adolescente” (D, 2); “Saúde mental da criança e do adolescente” (D, 2); “Saúde mental da criança e do adolescente” (D, 2); “Promover a saúde mental infantil e juvenil” (D, 2); “Promoção da saúde mental” (D, 2); “Núcleos de apoio à saúde mental infantil” (D, 2); “Formação em saúde mental infanto-juvenil” (D, 2); “Saúde mental das populações” (D, 3); “Promoção do bem-estar mental” (D, 4); “Reduzir os factores de risco e promover os factores de protecção” (D, 4); “Educação sobre saúde mental” (D, 4); “Promoção da saúde mental nos locais de trabalho” (D, 4); “Apoio para pessoas isoladas” (D, 4); “Prestação de cuidados de saúde mental às pessoas que se encontrem em estabelecimentos prisionais” (D, 4).</p>
Fi 43 (nº das unidades de registo na subcategoria MHII)

Para finalizar, é de realçar que a subcategoria MHII é a regista a menor frequência de referências (*Fi 43*) quando comparada com o paradigma biomédico tomado no seu todo (*Fi 52*) e quando comparada com o paradigma holístico fulfordiano (*Fi 99*).

13.2 Categoria NÃO SAÚDE

13.2.1 Subcategoria Insaúde

Não foram identificadas unidades de registo pertencentes a esta subcategoria.

CATEGORIA: Não Saúde
SUB CATEGORIA: Insaúde
UNIDADES DE REGISTO
<i>Sem unidades de registo.</i>

13.3 Categoria CONDIÇÕES DETERMINANTES DA SAÚDE

A *categoria condições determinantes da saúde* é aquela que regista uma maior heterogeneidade quanto ao número de unidades de registo por cada uma das suas subcategorias. A subcategoria com maior e menor número de referências é, respectivamente, a *subcategoria doença* e *subcategoria defeito*, esta última com apenas uma unidade de registo.

13.3.1 Subcategoria Doença

CATEGORIA: CDSaúde
SUB CATEGORIA: Doença
UNIDADES DE REGISTO
“Doenças psiquiátricas” (X); “Doentes inimputáveis” (X); “Doentes mentais graves” (X), “Carga das doenças” (X), “doenças cardiovasculares” (A, 1); “doenças infecto-contagiosas (A, 1); “Carga das doenças”; “carga resultante das doenças em geral” (A, 1); “Doentes mentais graves” (A, 1); “Desinstitucionalização dos doentes mentais graves” (A, 1); “Doença mental” (A, 2); “Doenças mentais” (A, 3); “Carga das doenças” (A, 3); “Carga global das doenças” (A, 3); “Doentes mentais graves” (D, 1); “(...) que apoiem os doentes e as famílias” (D, 1); “Programa de apoio a doentes mentais graves” (D, 1); “Programa de apoio a doentes idosos” (D, 1); “Dependência dos doentes” (D, 1); “Manutenção dos doentes na comunidade” (D, 1); Inclusão (...) dos doentes psiquiátricos” (D, 1); “Doentes psiquiátricos do país” (D, 1); “Doentes mentais graves” (D, 1); “Internamento para doentes inimputáveis e doentes difíceis” (D, 1); “Tratamento dos doentes psiquiátricos” (D, 1); “(...) o internamento de doentes agudos” (D, 1); “Defesa dos direitos humanos dos dentes mentais” (D, 1); “Doentes graves” (D, 1); “Doentes mentais graves” (D, 1); “Doentes e familiares” (D, 1); “Necessidades específicas destes doentes” (D, 2); “Intervenção em áreas específicas para patologias mais complexas” (D, 2); “Gestão clínica do doente devolvido” (D, 3); “Discriminação dos doentes a referenciar” (D, 3); “Doentes com quadros mais leves, manejáveis” (D, 3); “Doentes que carecem de reabilitação psicossocial” (D, 4); “Doentes psiquiátricos” (D, 4); “Doentes com patologias graves” (D, 4); “Diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais” (D, 4); “Minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e nas comunidades” (D, 4); “Absentismo por doença psíquica” (D, 4); “Doenças mentais” (D, 4); “Doenças mentais” (D, 4); “Prevalência de doenças mentais” (D, 4); “Doentes inimputáveis” (D, 4); “Doentes inimputáveis” (D, 4); “Doentes inimputáveis” (D, 4); “Doença aguda” (D, 10);

13.3.2 Subcategoria Dano

As referências pertencentes à *subcategoria dano* surgem em número reduzido e espalhadas pelo texto. Não existe uma consideração pormenorizada dos danos associados ao adoecer mental, à excepção da consideração da morbilidade. A morbilidade diz respeito ao volume de doença quando considerada a medição do estado de saúde de uma comunidade. Atendendo a que a morbilidade traduz as consequências da doença para o indivíduo, para além dos efeitos da carga de doença na sociedade, considerámos nesta subcategoria as referências a este conceito.

A subcategoria conta apenas com uma referência explícita situada na secção D e subsecção 4: articulação intersectorial: *“Pessoas com deficiência”*.

CATEGORIA: CDSaúde
SUB CATEGORIA: Dano
UNIDADES DE REGISTO
<ul style="list-style-type: none">• “Causas de morbilidade” (X); “Causas de morbilidade” (A, 1); “(...)apresentarem uma morbilidade geral muito mais alta do que a população em geral” (D, 4); “Pessoas com deficiência” (D, 4).

13.3.3 Subcategoria Trauma

O reconhecimento de situações externas que possam causar lesões ou traumas surge no PNSM sempre associada às situações de stress pós-traumático, mais especificamente situações inerentes à prestação de serviço militar. As referências nesta subcategoria surgem em duas secções (X e A) distintas e ambas fazem referência ao surgimento de uma patologia mental em sequência da *“exposições a factores traumáticos de stress durante a vida militar”*.

CATEGORIA: CDSaúde
SUB CATEGORIA: Trauma
UNIDADES DE REGISTO
“Perturbações resultantes de exposições a factores traumáticos de stress durante a vida militar” (X); “(...) resultante da exposição a factores traumáticos de stress durante a vida militar” (A, 4); “(...) resultante da exposição a factores traumáticos de stress durante a vida militar” (D, 4).

13.3.4 Subcategoria Defeito

Não foram identificadas unidades de registo pertencentes a esta subcategoria.

CATEGORIA: CDSaúde
SUB CATEGORIA: Defeito
UNIDADES DE REGISTO
<i>Sem unidades de registo</i>

13.4 Categoria CONCEITOS ASSOCIADOS À SAÚDE

Na *categoria conceitos associados à saúde* a subcategoria que detém o maior número de unidades de registo é a subcategoria funcionalidade. As subcategorias bem-estar e qualidade de vida contemplam apenas uma unidade de registo cada uma delas. Quanto à subcategoria felicidade não foi possível identificar qualquer referência no corpus que se associasse ao conceito que propõe.

13.4.1 Subcategoria Capacidade

As referências pertencentes a esta subcategoria surgem de forma prevalecte na secção A e subsecção 1 que correspondem ao capítulo introdutório do PNSM. Surgem na sequência do reconhecimento da prevalência crescente de perturbações mentais e na ponderação das suas consequências. As patologias mentais são entendidas como “*causa de incapacidade*” e como causa dos “*anos vividos por incapacidade*”. Não obstante existe uma referência à incapacidade como uma propriedade da pessoa. Situa-se na secção B, subsecção 1: “*peessoas com incapacidade*”.

Todas as referências à subcategoria aparecem na formulação negativa do conceito.

CATEGORIA: CASaúde
SUB CATEGORIA: Incapacidade
UNIDADES DE REGISTO
“Causa de incapacidade” (X); “Causa de incapacidade” (A, 1); “Causas de incapacidade” (A, 1); “Perturbações muito incapacitantes” (A, 1); “Anos vividos com incapacidade” (A, 1); “Anos perdidos por incapacidade” (A, 1); “Anos vividos com incapacidade provocada pela doença” (A, 1); “Pessoas com incapacidade” (B, 1); “Patologias graves que originam incapacidade” (D, 4); “(...) depressão (segunda causa de incapacidade)” (D, 4).

13.4.2 Subcategoria Funcionalidade

A *subcategoria funcionalidade* é aquela que, entre as subcategorias pertencentes à categoria “*conceitos associados à saúde*”, conta com o maior número de unidades de registo. A funcionalidade é referenciada no PNSM tendo por base alusões positivas do conceito, como é exemplo a seguinte unidade de registo: “*promover da autonomia*”. Não obstante, são mais

salientes as referências feitas à funcionalidade que têm por base a consideração da faceta negativa do conceito. Referimo-nos à menção frequente do impacto que os problemas de saúde mental têm nos níveis de dependência das pessoas. O exemplo mais ilustrativo deste facto surge na secção A, subsecção 2: “*Pessoas com problemas de dependência por doença mental*”.

Existem referências claras em relação à diminuição da funcionalidade destes indivíduos mais especificamente no que concerne à sua capacidade de participação nos contextos: “*Perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional*”. Assim, a promoção da funcionalidade deve ser tomada como objectivo do PNSM, sendo que devem ser derivadas estratégias dirigidas às pessoas com patologia mental “*(...) visando a sua reabilitação, integração social, participação, autonomia (...)*”. Esta preocupação surge de forma mais consistente na secção D, subsecção 1 aquando da enunciação de propostas para a organização dos serviços de saúde mental de adultos. As restantes referências estão situadas na secção A, subsecção 1, que descreve o papel das organizações não governamentais na área da saúde mental. É, assim, reconhecido o papel destas instituições na promoção dos níveis de funcionalidade das pessoas com perturbações mentais.

Em síntese, o conceito de funcionalidade está presente no PNSM essencialmente pelo reconhecimento das perturbações mentais como causas das restrições na funcionalidade dos indivíduos.

CATEGORIA: CASaúde
SUB CATEGORIA: Funcionalidade
UNIDADES DE REGISTO
<p>“Pessoas com problemas de dependência por doença mental” (A, 2); “Promovem a autonomia” (A, 4); “Promovem a integração social” (A, 4); “Grau de autonomia das pessoas” (A, 4); “Níveis de autonomia e dependência” (D, 1); “Promoção da sua autonomia e integração social” (D, 1); “Incapacidade psicossocial” (D, 1); “Que se encontrem em situação de dependência” (D, 1); “Perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional” (D, 1); “(...) visando a sua reabilitação, integração social, participação, autonomia (...)” (D, 1); “Adaptados ao seu grau de autonomia” (D, 4); “Grupos alvo em situação de dependência” (D, 4); “Patologias graves que originam (...) dependência” (D, 4); “Situação de desvantagem social” (D, 5).</p>

13.4.3 Subcategoria Qualidade de Vida

Foi identificada apenas uma unidade de registo referente à *subcategoria qualidade de vida*. Está situada na secção D, subsecção 1 que consiste na descrição das propostas para a organização dos serviços de saúde mental de adultos. Atendendo à unidade de contexto podemos observar que esta referência surge na sequência da identificação da Rede de Cuidados Continuados Integrados como conjunto de respostas específicas também dirigidas a pessoas com problemas de saúde mental.

CATEGORIA: CASaúde
SUB CATEGORIA: Qualidade de Vida
UNIDADES DE REGISTO
“Visando (...) a melhoria da qualidade de vida quer dos residentes na comunidade quer dos residentes nos hospitais psiquiátricos (...)” (D, 1).

13.4.4 Subcategoria Felicidade

Não foram identificadas unidades de registo pertencentes a esta subcategoria.

CATEGORIA: CASaúde
SUB CATEGORIA: Felicidade
UNIDADES DE REGISTO
<i>Sem unidades de registo.</i>

13.4.5 Subcategoria Bem-estar

Também na *subcategoria bem-estar* foi identificada apenas uma unidade de registo que se poderá encontrar na secção A, subsecção 4. Constitui uma referência à sobrecarga das famílias das pessoas com patologia mental, onde um ou mais elementos do núcleo familiar assume o papel de cuidadores informais. Pressupõe-se que a assunção do papel de cuidador possa perturbar o bem-estar dos familiares que o assumem.

CATEGORIA: CASaúde
SUB CATEGORIA: Bem-estar
UNIDADES DE REGISTO
“Sobrecarga nas famílias que prestam apoio (...) durante a vida inteira” (A, 4); “Melhoria da estabilidade social e dos estilos de vida” (D, 4).

14. Síntese dos Resultados

A análise de conteúdo do Plano Nacional de Saúde Mental evidencia o conceito de saúde holístico de Fulford como aquele que detém um maior número de referências ao longo de todo o documento. O modelo holístico de Nordenfelt e o correspondente conceito de saúde, é o que menos referências detém quando comparado com o modelo holístico e com o modelo biomédico de Boorse. Este último conceito de saúde é frequentemente referenciado no corpus da análise. O modelo de Reznick não conta com um número de referências significativo em comparação com os restantes.

Na categoria saúde é ainda de realçar o facto de as diferentes secções e subsecções contribuírem de modo diferente para a contagem das diferentes unidades de registo pelas diferentes subcategorias. O exemplo mais paradigmático desta influência pode ser encontrado na secção D, subsecção 2 que corresponde às propostas de organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental na infância e adolescência. A maior parte das unidades de registo desta secção remetem para um conceito holístico de saúde pertencente ao modelo holístico II. Pelo contrário, a subsecção 1 da secção D, que remete para as estratégias de organização de serviços de saúde mental para adultos, contribui de modo considerável para a frequência das unidades de registo das subcategorias MBI e MHI.

No que concerne às restantes categorias, podemos observar que a categoria insaúde não conta com qualquer referência ao longo do PNSM. Ao contrário, referências às condições determinantes da saúde podem ser encontradas em todas as subcategorias: doença, dano, trauma e defeito. Por sua vez a categoria concernente aos conceitos associados ao conceito de saúde conta com referências frequentes aos conceitos de incapacidade e de funcionalidade e menos frequentes aos conceitos de qualidade de vida e de bem-estar. O conceito de felicidade não contém qualquer referência ao longo da análise.

PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A escolha normativa de um conceito de Saúde Mental

O espaço público inclui dois actores essenciais: o Estado e o cidadão. O sistema político detém a capacidade de estruturar uma praxis argumentativa pública que vincula normas para a acção e portanto oferece uma justificação racional para a actuação dos actores. Nas democracias modernas, o sistema político assegura um processo de legitimação das suas práticas e capitaliza as expectativas dos cidadãos em torno do cumprimento dos programas próprios de Estado Social, elegendo selectivamente determinados elementos para serem incluídos na organização formal dos bens públicos. Tomamos a saúde como um conceito normativo na medida em que, na nossa perspectiva, a afirmação de um estado positivo de saúde implica um julgamento acerca do que é considerado ser-se saudável ou não. O Estado, através das suas instituições, cria o que podemos apelidar de uma racionalidade em torno da natureza da saúde, determinando o que é considerado como saudável e comunica implicitamente estes elementos normativos às populações que a eles aderem também implicitamente. As instituições políticas e sociais não deixam de fazer um julgamento acerca dos bens públicos e, portanto, não deixam de regular a sua significação e distribuição. A política tem uma natureza cognoscitiva na medida em cria racionalidades acerca do que pretende regular. Assim, a escolha por um determinado conceito de saúde é uma escolha normativa que orienta a escolha dos programas públicos que são dirigidos, neste caso, ao bem saúde.

As decisões na política de saúde são apoiadas, mesmo que tacitamente, em definições conceptuais de saúde. As considerações acerca da natureza da saúde subordinam o planeamento e monitorização em saúde. Têm pois um valor epistemológico e também um valor estrutural muito fortes. Na verdade, os conceitos de saúde têm uma influência normativa na forma como as decisões políticas são tomadas e na maneira como irão ser preparados e implementados os programas em saúde.

Neste capítulo queremos pois discutir as implicações que a escolha normativa de um conceito de saúde mental têm para o ciclo de desenvolvimento das políticas de saúde mental. Baseados na análise de conteúdo do PNSM procuraremos inferir a natureza do conceito de saúde mental que lhe está subjacente. Procuraremos discutir, em particular, as implicações do conceito encontrado para as propostas estratégicas que foram delineadas no plano e, em geral, as implicações deste conceito e de conceitos alternativos para o desenvolvimento de programas efectivos em saúde mental, o que também pressupõe que se discutam as implicações da escolha normativa de conceitos para os sistemas de monitorização da saúde. Como meta final desta discussão, procuraremos argumentar pela defesa de um conceito de saúde mental que seja logicamente coerente e verdadeiramente propositado.

No PNSM as referências mais predominantes ao longo de todo o documento representam os conceitos de saúde integrados no modelo biomédico de Boorse e no modelo holístico de Fulford, com predominância do último. Os dados referentes a estas duas subcategorias tomados em conjunto, indicam-nos que o plano incorpora uma visão acerca da natureza da saúde que é baseada na faceta negativa deste elemento. Enfatiza-se a doença e os problemas associados a uma diminuição da saúde mental dos indivíduos. Como tal, procura-se prever consequências decorrentes da crescente prevalência de “doenças” ou “perturbações” mentais no espaço europeu e no país e derivar acções estratégicas para responder às necessidades das pessoas doentes. Parece pois que podemos inferir que o conceito de saúde mental inerente ao PNSM é um conceito definido a partir do estabelecimento de uma oposição aos conceitos de “doença” e “incapacidade”. Está estabelecida uma lógica causal entre estes dois elementos em que a existência de doenças gera incapacidade nas pessoas. Ora, podemos inferir desde já dois pressupostos acerca da natureza da saúde mental que predominam no programa português: (1) a saúde mental define-se pela ausência de doença e (2) a presença de uma doença mental acarreta um estado de incapacidade para o seu portador. Tal conceito de saúde mental está baseado na faceta negativa da saúde mental na medida em que são privilegiadas as situações em que se tece um julgamento negativo acerca do estado de saúde: estado de doença ou estado de incapacidade. Analisemos pois separadamente os dois pressupostos que estão inerentes aos dois modelos de saúde que foram referidos.

O *modelo biomédico de Boorse* define a saúde como ausência de doença, fazendo da doença o conceito primário da análise. O PNSM considera a existência de “doenças mentais”, reiterando este conceito ao longo de todo o documento.

No que concerne à lógica e coerência do conceito de saúde mental proposta pelo modelo biomédico que está presente no plano, gostaríamos de tecer várias considerações. Em primeiro lugar, teremos que duvidar de uma lógica de definição da natureza do conceito de saúde baseada em infirmações. A definição de um conceito deve ser baseada naquilo que o objecto que ele descreve *é*, e não baseada naquilo que o objecto *não é*. Procurar a natureza da saúde é procurar as suas qualidades distintivas para chegar a uma definição positiva do conceito: aquilo que a saúde *é*. Se perguntarmos o que é a alegria, não estamos de certo a procurar uma resposta na qual a alegria aparece como a ausência de tristeza. Esta (in)afirmação não é elucidativa da sua natureza. Assim, também o conceito de saúde, para ser lógico e coerente, deve ser definido a partir dos elementos distintivos da sua natureza. Devemos poder dispor de uma definição que se inicie do seguinte modo “*a saúde é*”.

Por outro lado, ao tomarmos o conceito de doença mental como distintivo da saúde mental estamos a assumir a lógica boorsiana de que a doença mental ameaça o “*funcionamento normal*” do indivíduo tido como entidade biológica. A saúde, porque associada ao funcionamento normal da espécie, é uma propriedade biológica dos organismos. De forma complementar, o patológico caracteriza-se por um funcionamento biológico alterado e é representado pelo conceito de doença. A presença da doença no corpo humano ameaça as suas principais funções: a sobrevivência individual e a reprodução da espécie. A saúde seria então uma “*função dirigida a uma meta*” e essa meta inclui a sobrevivência e a reprodução. Todavia, e atendendo aos critérios de lógica e coerência, poderemos argumentar que existem indivíduos para os quais a sua capacidade de sobrevivência e reprodutiva não está ameaçada, mas que continuam a ser considerados como doentes na linguagem comum. Queremos com isto dizer que existem indivíduos que, apesar de terem um organismo saudável, continuam a considerar-se e a serem considerados como não saudáveis. Estamos a pensar em especial em inúmeros casos de pessoas que padecem de uma diminuição da saúde mental, sem que essas funções identificadas pelo modelo biomédico estejam ameaçadas, como é o caso do da pessoa com uma depressão ou das pessoas que sofrem de perturbações ditas de personalidade. A tomada em conta destes exemplos faz-nos acreditar que existem situações em que a saúde está diminuída mesmo na ausência de uma doença, na acepção de Boorse. Logicamente, e na linguagem comum, diríamos que *estamos mal de saúde*, ainda que o nosso organismo esteja livre de doenças. É então provável que existam outras metas para as quais a função humana saúde de dirija. O bem-estar e a felicidade podem estar entre elas.

Igualmente, a distinção entre normalidade e patologia permanecerá baseada em critérios estatísticos independentes da experiência subjectiva do adoecer. A noção de “desenho da espécie”, que promove uma ideia de normalidade baseada no conceito de uma função normal estatística, contribui para a assunção de que ser-se mentalmente normal é ter pensamentos, emoções ou comportamentos que sejam “frequentes” e “comuns” no reportório cognitivo, emocional e comportamental da espécie. Não serão aceites diferenças nos padrões internos do sentir e do agir, mesmo que tais padrões não interfiram na habilidade da pessoa em funcionar ou mesmo que não causem sofrimento ao seu portador. Para testar a lógica e coerência desta ideia, poderemos citar o exemplo paradigmático de um tipo pouco comum de cognições denominadas por Guilford¹⁴⁵ por “*pensamento divergente*”. O pensamento divergente seria feito de sensibilidade aos problemas, de facilidade de e na produção de numerosas ideias, das quais algumas têm uma grande probabilidade de serem inovadoras, de flexibilidade, de capacidade de análise de síntese e de gestão da complexidade. O pensamento divergente não é um tipo de cognição frequente em termos estatísticos na população, mas é apesar disso um privilégio para o

¹⁴⁵ Guilford, citado por Doron & Parot, *Dicionário de Psicologia*, 2001.

seu detentor. Este tipo de pensamento subentende a criatividade e caracteriza as pessoas criativas, isto é, aqueles indivíduos que tem uma capacidade de pensar de forma diferente acerca de uma realidade comum. O critério estatístico coloca-nos pois perante um problema de lógica e coerência, se quisermos considerar que estes indivíduos padecem de uma anormalidade que justifica a diferença encontrada na sua forma de pensamento.

Deixamos ainda outra consideração acerca da lógica e coerência do conceito biomédico de saúde, agora em especial no que concerne a saúde mental. Uma parte bastante significativa das perturbações mentais, ainda que sejam referidas como doenças mentais, não têm o seu correlato fisiológico esclarecido. O último caso que referimos, o caso das perturbações de personalidade, oferece interessantes considerações para esta análise. As perturbações de personalidade são definidas como padrões inflexíveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio que causam incapacidade e sofrimento. Não existe uma clarificação acerca dos processos neurológicos ou neuroquímicos que estão subjacentes a estas condições e a tantas outras na área da saúde mental. O conceito de doença pressupõe contudo a clara identificação de um substrato biológico capaz de explicar as alterações observáveis ao nível do estado emocional e do comportamento. Pressupõe portanto que exista uma função biológica que não está a atingir o seu *potencial funcional normal* e a sua *eficiência típica*, tendo como referência as características da espécie. Se a saúde é a ausência de doença, ver-nos-ia obrigados a considerar um indivíduo com patologia da personalidade saudável. A saúde mental, na forma como o modelo alopático a compreende, permanecerá isolada no domínio das neurociências e da psiquiatria. No extremo, o modelo alopático representa um recuo da saúde para a patologia; como refere Nordenfelt este modelo “*closes the door on the possibility of saying whatsoever about mental illness, except perhaps for those rare cases where a clear somatic basis for such illness exists*”¹⁴⁶.

A apreciação anterior, por seu turno, remete-nos para os modelos de causalidade da patologia mental. A busca de uma única causa (fisiológica) responsável pela patologia mental, como defendem os modelos alopáticos, perpetuará uma perspectiva redutora da saúde mental. Na nossa opinião, esta perspectiva simplifica as causas do adoecer mental, excluindo factores externos importantes para a compreensão das alterações da vida mental. Referimo-nos aos determinantes sociais da doença. Para além disso, a perspectiva alopática dificulta a compreensão das situações onde esta relação causal esteja invertida, como é precisamente o caso dos determinantes sociais da patologia mental. O reconhecimento da existência de um gradiente social na saúde tem gerado um conjunto muito significativo de investigações onde se procura esclarecer os mecanismos de influência dos factores sociais no sistema nervoso central e que são portanto capazes de produzir sintomatologia cognitiva, emocional e comportamental.

¹⁴⁶ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2001, p. 98.

Neste caso, a relação causal está invertida na medida em que são factores externos que estão a produzir alterações no sistema fisiológico; a influência faz-se de fora para dentro.

Podemos encontrar outro exemplo da limitação da perspectiva alopática para a compreensão das causas da patologia mental na psicossomática. Neste caso, a alteração dos processos fisiológicos é determinada (em vez de determinar) por alterações nos processos cognitivos e emocionais do indivíduo. O próprio termo “psicossomática” surge na primeira metade do século XX como tentativa de atenuar a separação cartesiana das doenças que procedem do físico e do mental. Pensou-se que o termo poderia trazer uma dimensão etiológica que faltava à medicina uma vez que se passava a considerar a influência da biografia e da personalidade na doença em vez de se admitir como única causa da patologia mental a influência de um agente físico independente do psiquismo. Todavia, pensamos que o termo continua a ser limitador tendo em conta que, ainda que proponha uma nova dimensão etiológica, não deixa de introduzir uma partição entre a saúde física e a mental. Parece-nos mais lógico e coerente entender a saúde mental como indivisível da saúde geral uma vez que qualquer acontecimento mental ou mesmo social não deixa de ser um acontecimento cerebral e vice-versa. Todos os acontecimentos são em última instância somáticos porque são vividos no e através do corpo. Não nos parece logicamente coerente afirmar que a saúde mental tem uma natureza distintiva e que deva ser distinguida da saúde física. Em última análise, não haveria o que apelar de “saúde mental” se a causa última de toda a vida mental radicasse no fisiológico. A saúde mental seria a saúde do sistema nervoso central.

Queremos agora discutir as implicações do favorecimento de um modelo alopático da saúde mental para o aperfeiçoamento da política da saúde mental e para o desenvolvimento de programas efectivos em saúde mental, o que pressupõe também a discussão da sua implicação para a organização de um sistema de vigilância epidemiológica que está na base das intervenções baseadas na evidência.

A primeira consequência da adopção de um modelo alopático para a política, para os programas e para a monitorização deriva da centralização do conceito de doença e do consequente interesse no corpo humano como máquina biológica. As doenças são conceptualizadas como factores perturbadores da estabilidade do organismo. Dever-se-ia, então, tomar qualquer diminuição da saúde mental como equivalente à presença de uma doença e tentar desvelar a sua causa. A partir daqui procurar-se-ia desenvolver intervenções especificamente biomédicas, com métodos padronizados e dirigidos aos sintomas. As intervenções em política da saúde deveriam ser dirigidas essencialmente para o tratamento das pessoas com doença mental.

No PNSM podemos observar alguns exemplos desta implicação. A secção D, subsecção 1 é aquela que mais contribuiu com unidades de registo para a subcategoria correspondente ao

modelo biomédico de saúde de Boorse. As referências ao “doente” sucedem-se e têm implicações visíveis na proposta de organização dos serviços de saúde mental, neste caso, para a população adulta. As propostas de intervenção passam, ao nível da Rede Nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), pela criação de um programa integrado para *doentes mentais graves*, de um programa de ligação com a saúde familiar para o *apoio a perturbações mentais comuns*, de um programa de apoio a *doentes idosos* e finalmente por um programa de *prevenção nas áreas da depressão e suicídio*. De seguida é enfatizada a intervenção ao nível da reabilitação psicossocial com a enumeração de um conjunto de medidas para proceder à desinstitucionalização dos *doentes mentais graves* e inseri-los na comunidade de modo a promover a participação nos contextos. Conta também com novas propostas de reorganização do papel dos *hospitais psiquiátricos* no seio do sistema prestador. Finalmente, esta subsecção enquadra a actuação dos *serviços regionais de saúde mental* reconhecendo que estes serviços devem atender às *necessidades prioritárias das populações*, mas que são entendidas como a criação de serviços especializados, como por exemplo *serviços para doentes inimputáveis*. É interessante inferir, através deste exemplo, a existência de uma relação estreita entre o conceito biomédico de saúde mental e as propostas que são delineadas para o sector em causa. As prioridades estabelecidas situam-se ao nível do tratamento e da reabilitação das pessoas doentes. Esmiuçando o exemplo, quando é proposto um programa de apoio a doentes idosos estabelece-se uma escolha clara entre por um programa de natureza terciária. Em vez disso, poder-se-ia enveredar pela promoção da saúde da população idosa mediante um paradigma de envelhecimento activo¹⁴⁷ que é uma das propostas da OMS para esta área de intervenção. Observa-se, através deste exemplo e dos exemplos anteriores que não foram esmiuçados mas que são também *a priori* reveladores, o modo como a definição tácita de um conceito pode influenciar a escolha dos programas que integrarão a política de saúde mental.

Mais especificamente e quanto à organização dos serviços, gostaríamos de realçar que a visão alopatia da saúde mental corre o risco de (pros)seguir com o fraccionamento da pessoa dentro do sistema de saúde. A tendência tradicional é a de organizar os cuidados de saúde em especialidades que tratam de partes separadas do corpo. O indivíduo perde-se enquanto totalidade existencial e o conceito de saúde perde-se enquanto realidade epistemológica. A consequência é a de que, como Moreira¹⁴⁸ refere: “*Treatments are thus fundamentally de-personalised, technological or chemical invasions of the bodies in which the individuals feel they have no involvement or responsibility in the process of regaining control over their health*”. Ao médico é reservado o papel de herói desta narrativa. Este facto tem um enorme impacto no modo como as dinâmicas interaccionais decorrem dentro dos sistemas de saúde,

¹⁴⁷ OMS, *Active Ageing: a policy framework*, 2002.

¹⁴⁸ Moreira, *Op. Cit.*, 2007.

especialmente no modo como a relação entre o paciente e o técnico é vivida. O médico é o cientista que tem como função identificar e diagnosticar as modificações e as anormalidades das funções biológicas e providenciar uma cura rumo à normalidade. A psiquiatria aparece como uma dessas partições da medicina no entendimento e manipulação do corpo e o psiquiatra ocidental, salvo algumas exceções, continua a ser um médico biologicamente orientado. Toma a saúde mental como realidade biológica enraizada nas anormalidades do sistema nervoso e do sistema endócrino. As formas de terapia procuram responder à anormalidade identificada. A medicina moderna é, em síntese, *“uma coleção de ciências biológicas fundamentadas na crença de que a tarefa principal da medicina é a de combater anormalidades biológicas, doenças e enfermidades e restaurar na pessoa que está sendo tratada o estado biológico normal”*¹⁴⁹.

Mas, na nossa opinião, a principal consequência de um modelo alopático de saúde mental permanece fora do sistema de saúde mental. Entender a saúde como o oposto da doença e como propriedade da espécie que garante a sua sobrevivência, é manter a esperança de promoção da saúde através da cura da doença ou da atenuação das suas consequências. A consideração dos factores de ordem social para a melhoria da saúde das populações continua a ser uma influência extemporânea, bem como continua a ser diminuto o desenvolvimento de programas dirigidos aos determinantes sociais da saúde. As políticas públicas continuam a falhar o alvo das suas intervenções.

Uma área de fundamental importância para uma intervenção concertada entre os contextos é área de articulação intersectorial. Curiosamente esta secção (D, 4) contribui muito significativamente para a frequência de referências na subcategoria do modelo biomédico. As propostas de articulação intersectorial do PNSM contam com inúmeras medidas para apoiar as pessoas que têm doença mental: investem essencialmente na integração e participação social dessas pessoas e na organização de uma rede de cuidados para os grupos mais vulneráveis. Podemos observar mais uma vez, através deste exemplo, a influência dos conceitos para a estratégia que é delineada em saúde.

Se o interesse da política estiver assente na doença mental, então o sistema de vigilância epidemiológica deve estar orientado para a monitorização da carga de doença. Especial ênfase deve ser atribuído à determinação da prevalência e incidência dos diferentes tipos de doença mental.

Todavia, como vimos anteriormente, se a doença é entendida como uma ameaça à função essencial da espécie (sobrevivência e reprodução) os indicadores de maior relevância para a análise deverão ser as taxas de mortalidade. Se os governos elegerem como preocupação

¹⁴⁹ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2000, p. 22.

essencial proteger a sobrevivência dos indivíduos de uma população e se saúde tiver interesse apenas na medida em que é o garante desses objectivos, então será fundamental obter indicadores acerca dos níveis de mortalidade causados por diversas doenças que predominam nessa população. Os indicadores de monitorização da saúde mental estiveram numa fase inicial, e por influência do modelo biomédico, muito associados às taxas de suicídio¹⁵⁰. No entanto, cedo se percebeu que a consideração apenas das pessoas que morriam por doença mental era simplesmente uma ponta do iceberg das consequências que o adoecer mental têm numa sociedade.

Por outro lado, e tendo em conta a compreensão da causalidade proposta pelo modelo biomédico, uma perspectiva alopática poderia limitar a monitorização dos determinantes da doença mental a uma perspectiva assente numa lógica meramente fisiológica. Seriam, com certeza, relevados os factores de risco associados ao comportamento individual.

O sistema de vigilância estaria assim organizado em torno de uma forte capacidade de monitorização da doença mental e dos seus determinantes individuais. O sistema daria ênfase aos indicadores de mortalidade como elementos de monitorização do estado de saúde mental de uma dada população. O modelo biomédico, dada a evidência que procura, poderá assim limitar o entendimento que se têm acerca das consequências da doença mental para o cumprimento de metas tidas como essenciais pelas sociedades modernas.

No entanto, quanto a nós, a adopção deste valor matricial para a política da saúde tem a sua consequência mais grave na própria perpetuação do desinteresse pela área da saúde mental no sector da Saúde. Se a finalidade essencial dos sistemas de saúde continuar a ser salvar vidas, a saúde mental continuará fora das agendas políticas uma vez que a natureza da saúde mental está mais próxima da complexa tarefa de promover a qualidade de vida e alcançar a felicidade. Se a sua coerência lógica no entendimento da natureza da saúde mental se reveste de grande fragilidade, o seu propósito encontra também grandes limitações para o desenvolvimento pertinentes e efectivos na promoção da saúde das populações.

O *modelo holístico de Fulford* é o segundo modelo que procuraremos integrar na presente análise. É o modelo com a presença mais prevacente no PNSM e portanto podemos inferir deste dado que as orientações conceptuais do plano e a estruturação das propostas que o integram receberam uma influência determinante de um conceito de saúde mental semelhante ao que é proposto por Fulford. Se o modelo biomédico enfatiza a saúde como ausência de doença, o modelo holístico de Fulford introduz avanços em relação a esta perspectiva uma vez que inverte a lógica associativa entre doença e insaúde. Segundo o modelo, a doença mental acarreta

¹⁵⁰ Knap, *Op. Cit.*, 2001.

um estado de incapacidade para o seu portador e é neste pressuposto que reside a natureza do conceito que propõe e a constituição das suas implicações. Fulford rejeita a utilidade da noção de sofrimento para a definição da natureza da saúde tal como havia sido proposto por Reznick e introduz o conceito de incapacidade como conceito central da análise.

Fulford substitui o conceito de doença pelo conceito de insaúde como centro da análise acerca da natureza da saúde. A saúde é vista como uma habilidade geral que capacita a pessoa para agir. Na verdade, a pessoa é tomada na sua globalidade existencial, sendo que a insaúde retrata um estado em que existe uma diminuição da capacidade de agência. Os estados de insaúde são portanto estados de incapacidade causados por uma doença ou por outros factores internos e externos. De facto, de acordo com o autor a presença de uma doença não implica necessariamente este impacto de diminuição da saúde. Este é o contributo mais inovador da teoria de Fulford. Exploremos a coerência lógica deste pressuposto.

Se pensarmos no estabelecimento de um qualquer diagnóstico, facilmente nos apercebemos que a mera presença de doença não é suficiente para a afirmação de um dado diagnóstico. É necessário que o indivíduo reconheça que essa doença tem um impacto na sua vida para procurar o contacto com o sistema de saúde na tentativa de perceber a causa da diminuição do bem-estar que tem vindo a sentir. O diagnóstico surge na sequência da percepção subjectiva de uma perda de bem-estar que leva a pessoa a entrar em contacto com o sistema prestador. Tal percepção pode ser marcada por sofrimento, mas esta característica não é, segundo Fulford, o seu traço distintivo. O sofrimento pode advir da dor (física ou emocional, objectiva ou subjectiva), mas pode advir também, e por vezes surge mesmo como consequência, da perda de capacidade de acção e actuação. É quando nos sentimos incapacitados, que reconhecemos uma deterioração do nosso estado de saúde. Muitas vezes, mesmo na presença de sintomas, não reconhecemos que possamos estar *mal de saúde*. Estamos a pensar em doenças como a obesidade ou a diabetes que podem não provocar incapacidade e portanto não provocam uma sensação de mal-estar ou de diminuição da saúde. Poderíamos então dizer que temos uma doença, mas que não estamos doentes (na acepção da noção de insaúde ou da diminuição da saúde). Se uma doença não provoca necessariamente insaúde, então não se deve opor a saúde à doença. A saúde varia sim num contínuo desde a óptima saúde até à má saúde e opõe-se à insaúde.

Complementarmente, a diminuição da saúde pode ser motivada por outros motivos que não a doença. Estamos a pensar por exemplo num processo de luto que pressupõe a elaboração de uma perda, fase durante a qual a pessoa se sente incapaz para desempenhar os papéis e funções que detém no sistema social. Esta situação é reconhecida formalmente como incapacidade se pensarmos que a pessoa enlutada dispõe legalmente de dias em que é permitida a sua ausência do trabalho; considera-se que estará incapacitada para desempenhar as tarefas normais de um

seu contexto de vida. Tomando os exemplos anteriores em conjunto, poderíamos afirmar que o diabético ou o obeso, ainda que estejam em risco de insaúde, podem não ter a sua saúde afectada; do mesmo modo, o enlutado, ainda que não tenha uma doença, assiste a uma clara diminuição da sua saúde. É pois logicamente coerente entender a saúde como uma habilidade global que constitui um recurso para a acção. De outro modo, o entendimento da insaúde como falha na acção é uma proposta logicamente coerente se atendermos à experiência subjectiva do adoecer.

Outro exemplo paradigmático para testar a coerência do pressuposto segundo o qual poderemos estar na presença de uma situação de insaúde, sem que haja a existência de doença é a gravidez. A maternidade é, na maior parte das vezes, um estado desejado pela mulher que irá a longo prazo contribuir para o seu bem-estar e felicidade. Uma mulher engravida fisicamente e emocionalmente. As transformações físicas e emocionais representam para a mulher, pelo menos durante um determinado período de tempo, um certo grau de incapacidade. Todavia, ainda que a gravidez seja pautada por transformações internas (fisiológicas e emocionais) que têm o poder de causar incapacidade não poderíamos considerá-la uma doença. Não obstante, não pode também deixar de ser considerada uma certa diminuição da saúde que este estado comporta. A gravidez pode gerar incapacidade em diversas áreas: física, ocupacional e relacional; pode pois gerar um estado temporário de insaúde na acepção de Fulford. É logicamente coerente afirmar que a mulher grávida sofre uma diminuição significativa no seu estado de saúde, sem que possa ser considerada doente.

No que concerne mais especificamente à saúde mental, é interessante notar que o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais¹⁵¹ (DSM) contempla sempre um critério de diagnóstico que induz o estabelecimento de uma distinção semelhante à que estamos a discutir. Após a descrição do conjunto de sintomas cuja presença constitui os critérios de diagnóstico de uma dada perturbação do Eixo I, existe sempre um critério adicional que diz o seguinte: “*o evitamento, a antecipação ansiosa ou mal-estar (na/da situação temida) interferem significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional, relacionamentos ou actividades sociais ou provoca um mal-estar acentuado*”¹⁵². Tomemos agora o exemplo de um diagnóstico de uma fobia específica em que o foco do medo é andar de avião. Ainda que a pessoa tenha um medo acentuado e persistente, que é excessivo ou irracional para a situação em causa, face a presença ou antecipação da situação ameaçadora (critérios de diagnóstico da Fobia Específica), se esse medo não causar mal-estar ou se não causar incapacidade não existem critérios suficientes para considerarmos a existência de uma perturbação mental. Pensemos agora na coerência lógica deste exemplo de diagnóstico. Ainda

¹⁵¹ APA, DSM-IV, 1996.

¹⁵² Idem.

que o indivíduo Z tenha um medo irracional e acentuado de andar de avião, se os contextos de vida desse indivíduo não exigirem viagens de avião para garantir o desempenho dos seus papéis, não poderíamos dizer que esse medo é invalidante ou que causa incapacidade. Deste modo, a presença dum medo irracional não significa necessariamente uma diminuição da sua saúde. Não seria coerente afirmar que este indivíduo, apesar de se sentir *bem de saúde*, tem uma perturbação mental. Os diagnósticos em saúde mental representam sempre tentativas de codificar a grande complexidade da vida humana. O clínico sensato nunca poderá perder de vista a globalidade da pessoa e a sua experiência subjectiva da saúde para compreender os seus comportamentos, emoções, talentos, fraquezas, amores e desesperanças. O discernimento clínico é um discernimento acerca do conceito de saúde e da linha ténue que separa a saúde e insaúde.

A insaúde como perda da capacidade de agência é, então, uma definição que pode ser facilmente identificada na linguagem comum, na linguagem clínica e na experiência subjectiva das pessoas. Quando se admite uma diminuição do estado de saúde individual, experimenta-se uma incapacidade para levar a cabo tarefas de vida diária que normalmente são desempenhadas sem qualquer dificuldade. Essa incapacidade pode ser de carácter temporário ou permanente. Tomando como exemplo a doença crónica, que é frequentemente o caso das perturbações mentais, a pessoa experimenta uma diminuição de uma qualquer habilidade geral que por sua vez faz com que perca capacidade para desempenhar tarefas diárias e participar autonomamente nos seus diferentes contextos de vida. Essa habilidade é a saúde. A finalidade da reabilitação passa precisamente por *capacitar as pessoas para e nos contextos*. A finalidade da reabilitação é dotar as pessoas de capacidades para lidar com a doença, compensar a incapacidade, desenvolver uma rede de recursos e ganhar novas possibilidades de acção. Existe, em conclusão, coerência lógica quando se afirma a independência entre o conceito de doença e o conceito de saúde.

O PNSM reveste-se desta preocupação. Predominam as referências à presença de *“perturbações mentais”*, *“perturbações psiquiátricas”* e *“problemas de saúde mental”*. A introdução (secção A, subsecção 1) é uma das partes do documento que mais contribui em unidades de registo para a categoria do modelo holístico de Fulford. A introdução anuncia, assim, a preocupação fundamental que orienta a elaboração do plano e que irá ser encontrada ao longo da enunciação das suas propostas de acção. Na verdade, ao longo de todo o plano, prevalecem as referências à pessoa... *“com problemas”*, *“com doença”*, *“com perturbação”*. Admitimos portanto que a pessoa é tomada como uma globalidade existencial característica da perspectiva holística, pelo que podemos inferir que a saúde é então entendida como uma habilidade global porque pertencente à pessoa como *totem*. A ênfase é, assim, colocada sobre as consequências da presença de uma doença ou perturbação mental, traduzíveis essencialmente em incapacidade.

A atenção que é colocada nos riscos e consequências de uma diminuição da saúde mental ou, se quisermos, nos riscos e consequências inerentes ao adoecer mental que leva à insaúde, é uma ideia proeminente no PNSM. Outro exemplo muito significativo desta predominância é-nos dado pelas referências aos “*grupos vulneráveis*” e às “*famílias desorganizadas ou disfuncionais*” ou “*famílias em risco social*” ou ainda “*famílias multiproblemas*”. Como vemos, as referências à faceta negativa da saúde mental multiplicam-se ao longo do plano.

Complementarmente, os utilizadores do sistema prestador são denominados de “*utentes*” a maior parte das vezes. Pensamos que a palavra “*utente*” é também representativa da perspectiva holística acerca da saúde na medida em que a pessoa que recebe cuidados é entendida primeiro como *pessoa* e só depois como *pessoa com problemas*. A doença deixa de caracterizar a pessoa como realidade existencial e passa a ser apenas um elemento a ser tomado em consideração para a compreensão dessa realidade. A dicotomia “doente – saudável” é assim ultrapassada no PNSM e a pessoa é compreendida através da consideração conjunta das suas dificuldades e recursos e explicada através da ponderação dos elementos de risco e resiliência para a saúde.

Como vemos, o modelo holístico de Fulford enfatiza uma lógica causal entre um conjunto de factores internos e externos, onde a doença está incluída, que podem causar insaúde e portanto que trazem consequências para a capacidade de agência dos indivíduos. São pois enfatizadas as consequências negativas da presença de “doenças”, “*perturbações*” e dos “*problemas*” de saúde mental. Na verdade, se atendermos aos dados inclusos na *subcategoria capacidade* e na *subcategoria funcionalidade*, observamos que existe o reconhecimento das consequências do surgimento das patologias mentais tidas como “*causas de incapacidade*”, sendo reconhecido o seu impacto nos níveis de “*dependência*” ou “*autonomia*” das pessoas. Está, pois, expressa no PNSM a preocupação acerca das consequências que a morbilidade tem dentro e fora do sector da saúde; como consequências da doença estão compreendidas as situações de deficiência, incapacidade e desvantagem.

O PNSM representa uma nova proposta para os desígnios da saúde mental em Portugal. Como tal, é de esperar que uma mudança legislativa que contempla a reorganização dos serviços represente também uma mudança de paradigma conceptual. A inferência que acabámos de estabelecer acerca do conceito de saúde mental orientador do plano estar muito próximo do conceito holístico de Fulford justifica o facto de as propostas de acção que foram contempladas representarem uma mudança do paradigma de intervenção hospitalar para o paradigma de intervenção comunitária. Podemos perceber novamente a influência da orientação conceptual nas propostas de intervenção que são estabelecidas por um programa de saúde. Pretendemos agora discutir esta influência e o valor potencial do conceito de saúde mental de Fulford para a programação nesta área.

Tal como aconteceu no modelo biomédico que foi discutido anteriormente, a secção que contribui com o maior número de unidades de registo para a subcategoria do modelo holístico de Fulford é a secção D, subsecção 4, que diz respeito à organização dos serviços de saúde mental de adultos. Curiosamente, e em consonância com este dado, são também prevaletentes as referências à subcategoria na secção A, subsecção 3 que é uma secção introdutória referente a considerações preliminares sobre os serviços de saúde mental em Portugal. O facto de a maior prevalência de registos quer no modelo biomédico de Boorse, quer no modelo holístico de Fulford estar localizada na secção D4 indica-nos a focalização já identificada no componente negativo da saúde mental que o plano comporta, especialmente para a organização de serviços dirigidos à população adulta. Sabemos que esta população deverá ser aquela onde as consequências relativas à incapacidade de uma doença ou perturbação mental se fazem sentir de forma mais expressiva. No entanto, esta preferência também nos indica que o actual estabelecimento de prioridades na área da saúde mental se dirige essencialmente à organização de recursos para servir uma população com as seguintes características: adulta e doente. Os destinatários preferenciais do plano são as pessoas que já adoeceram e primordialmente aquelas que já estão em contacto com os serviços de saúde. Já referimos os programas que estão contemplados nesta secção do plano aquando da análise da subcategoria do modelo biomédico I.

Resta-nos dizer que, ainda que possa ser colocada a hipótese de que o estabelecimento de prioridades centrado nesta população possa estar associado a uma tentativa de fazer face à escassez de recursos na área da saúde mental através de uma gestão cuidadosa desses recursos, não podemos deixar de argumentar que tal estabelecimento de prioridades não deixa de ser uma escolha. O estabelecimento de prioridades decorre do pressuposto de que os recursos em saúde são escassos e devem ser utilizados com base numa ponderação entre preferências e necessidades. Não obstante, o uso judicioso dos recursos também assenta na aceitação e utilização da evidência científica acerca da efectividade das acções. Multiplicam-se estudos de custo-efectividade que evidenciam que as acções de promoção da saúde, quando comparadas com acções remediadoras, são as que representam maiores impactes no estado de saúde e maior eficiência na utilização dos recursos. Portanto, é enquanto escolha normativa que o estabelecimento das prioridades pelo PNSM tem interesse para a análise.

A influência de um conceito faz-se, como dissemos, ao longo de todo o ciclo de planeamento estratégico que caracteriza as políticas da saúde. Pensamos que o PNSM, enquanto programa de política da saúde que contempla estratégias de intervenção e pressupõe como é óbvio uma gestão eficiente dos recursos, está ainda assim a ser influenciado por um conceito de saúde mental baseado na noção de insaúde e na lógica causal pressuposta entre o adoecer e a incapacidade. São portanto preferidos serviços para a prestação de cuidados, mesmo que na

comunidade, e para o suporte das pessoas com patologia mental e das suas famílias em diversas áreas (residencial, ocupacional, social, psicossocial...).

Gostaríamos de referir outro exemplo que reflecte a influência que acabámos de identificar. Ao longo do plano é dada especial atenção à área da Justiça. A justificação para esta preocupação radica no que dissemos anteriormente uma vez que existe um número muito significativo de problemas de saúde mental que acabam por envolver os serviços de saúde e de justiça numa actuação conjunta. É pois mais um exemplo de um investimento na organização de serviços que procuram responder às implicações que decorrem da consideração da vertente negativa da saúde mental.

Em consonância, e se a decisão estratégica ao nível da governação pressupõe a existência de evidência acerca do estado de saúde da população e dos seus factores determinantes, é de esperar que esta influência se manifeste também na ponderação das necessidades de informação dos actores que participam no processo de tomada de decisão. Pensamos que as necessidades de informação que são identificadas pelos actores que participam no processo de governação ou pressupostas pelos responsáveis da produção de informação com base no que entendem ser as necessidades dos primeiros, são também influenciadas pela forma como ambos os grupos entendem a natureza da saúde mental. Na verdade, o PNSM prevê a estruturação de um sistema de informação capaz de recolher e tratar informação concernente aos padrões epidemiológicos na área da saúde mental. Reconhece *“as vantagens que a informação traz para a tomada de decisões fundamentadas”* ao nível da governação e da prestação e refere que *“o sistema de informação serve, não só para as decisões, monitorização e avaliação das acções e iniciativas, mas também para constituir a base para o estudo e conhecimento da saúde mental em Portugal”*. Parece pois haver um reconhecimento da necessidade da existência de um paradigma de política da saúde baseado na evidência. Todavia, a citação anterior continua rematando o seguinte: *“com enfoque na doença e na pessoa doente”*. A valorização da faceta negativa da saúde exerce a sua influência também na organização do sistema de vigilância da saúde mental e muito provavelmente nos indicadores que serão desenvolvidos. Aliás, na secção D, subsecção 3 é reconhecida a pertinência da *“monitorização periódica de um conjunto de indicadores pertinentes à caracterização da saúde mental das populações a nível nacional, regional e mesmo local”*. O exemplo dos indicadores propostos fala por si: *“padrões de prescrição de medicamentos psicotrópicos, taxa de suicídios, taxa de internamentos, taxa de reinternamentos, demora média, casos sócio-psiquiátricos recorrentes”*. É de referir que a secção D3 contempla as considerações acerca da ligação entre a saúde mental com os cuidados de saúde primários. Mesmo numa área que pressupõe uma maior proximidade das populações como é o caso dos cuidados de saúde primários e mesmo que se esteja a considerar indicadores

de base populacional, a tónica volta a ser colocada na população doente e em contacto com o sistema de saúde.

Não obstante todo o potencial do modelo holístico de Fulford, principalmente pela consideração da pessoa como realidade existencial e pela consideração dos estados de insaúde como primordiais para a compreensão da natureza da saúde, pensamos que estamos preparados para concluir que este modelo paradigmático detém algumas limitações na sua coerência lógica e graves limitações enquanto conceito verdadeiramente propositado.

Ainda que seja logicamente coerente entender a saúde como habilidade global da pessoa e a insaúde como diminuição na capacidade de agência, continuamos a ter uma tentativa de definição da saúde pelo seu oposto: agora a insaúde. Ainda que possa ter propósitos muito pertinentes para a área da reabilitação e prestação de cuidados às pessoas com perturbação mental e às suas famílias, o conceito de Fulford é limitador na compreensão da saúde mental de uma perspectiva da saúde pública e na efectivação de uma actuação integrada com este princípio. Uma das primeiras e mais importantes consequências que a adopção de um conceito fulfordiano de saúde mental tem, e que é transversal para a política da saúde, para o desenvolvimento de programas, para organização de serviços e para a monitorização da saúde, prende-se com a escolha da linguagem. Com a valorização da faceta negativa da doença ou da insaúde, o sistema de saúde fica transformado na sua fundação e organização num sistema de doença e insaúde; num sistema de carácter remediador que inclui acções de promoção da saúde e do bem-estar, mas não as prioriza.

Permanecemos em carência de um conceito de saúde que seja definido com base nas qualidades constitutivas e distintivas do objecto que define: a saúde. Carecemos de um modelo teórico que faça do sistema de saúde um sistema de promoção do bem-estar; ou não fosse essa a fundamentação do modelo social europeu que dá forma ao Estado Providência. O modelo holístico de Nordenfelt ultrapassa tais limitações. Esta última proposta traduz o que acreditamos ser a natureza distintiva da saúde e da saúde mental.

O *modelo holístico de Nordenfelt* toma o conceito de saúde como centro da análise. Nordenfelt procura esclarecer a natureza da saúde através da definição das suas qualidades distintivas. Paralelamente procura analisar todo um conjunto de conceitos relacionados com a saúde de forma a estabelecer uma rede conceptual que defina e distinga os vários conceitos que a compõem. Sem mais demoras, analisemos a coerência lógica e o potencial de verdadeiro propósito que o conceito de saúde de Nordenfelt detém.

A coerência lógica do conceito de saúde de Nordenfelt é uma preocupação manifestada pelo autor ao longo de toda a sua obra, ainda que possa estar expressa numa linguagem diferente. O

trabalho de análise conceptual de Nordenfelt parte da utilização da linguagem comum acerca da saúde para aferir uma definição que seja intuitiva (ou incontestável) e que não contenha contradições (ou incoerências), como é próprio do exercício filosófico que contempla a produção de conhecimento válido acerca de uma qualquer realidade. A sua obra está repleta de exemplos que atestam a coerência do conceito de saúde que propõe. Na presente análise, procuraremos apenas enunciar algumas considerações conducentes ao estabelecimento de um critério de coerência lógica para os vários elementos que compõe a definição de saúde do autor: *“A é completamente saudável se, e apenas se, A tiver uma habilidade de segunda ordem, tendo em conta um conjunto de circunstâncias padrão, para alcançar as suas metas vitais”*.

Sendo influenciado pela teoria filosófica da acção, tal como Fulford, a saúde é entendida por Nordenfelt como uma habilidade geral de um agente. É uma habilidade de segunda ordem na medida em que caracteriza uma capacidade potencial de agência. A pessoa saudável é aquela que detém um potencial para adquirir habilidades que são essenciais para a sua capacidade de actuação nos contextos. A insaúde opõe-se à saúde na medida em que constitui uma diminuição dessa capacidade motivada pela afectação da habilidade constitutiva da saúde e portanto pela perda do potencial com que esta dota o indivíduo. Estabelecendo uma analogia com a Física, a saúde pode ser entendida como um potencial na medida em que dota o indivíduo de habilidades virtuais que não actuam se não depois de efectivadas, mas que dotam esse indivíduo de capacidade de realização. A saúde pressupõe capacidades em potência na medida em que a habilidade de segunda ordem é um potencial para gerar aptidões que por sua vez são elementos necessários para produzir um acto. No oposto teremos a insaúde como estado de inércia e que representa uma falta de acção ou de actividade. Sugerimos esta comparação, baseados no princípio da inércia segundo o qual um corpo sobre o qual não actua nenhuma força permanece em repouso ou estado de movimento rectilíneo e uniforme. Pensamos que esta pode ser uma boa imagem para se compreender o conceito de saúde de Nordenfelt. Uma falha na capacidade de agência é uma perda de potencial que conduz a um estado de inércia, isto é, a um estado de inacção/inactividade e de permanência/imutabilidade.

Pensamos que o conceito de potencial associado ao conceito de saúde é um dos garantes da sua coerência lógica. Não seria logicamente coerente concluir por um estado de incapacidade quando um indivíduo não possui determinada aptidão, ou habilidade de primeira ordem na linguagem de Nordenfelt, mas tem o potencial para a adquirir e a vir utilizar. As perturbações mentais serão tanto mais incapacitantes, quanto mais deteriorada essa habilidade de segunda porque é ela que dota a pessoa com a possibilidade de desenvolvimento de aptidões e portanto a possibilidade de actuação e participação nos contextos. Não seria lógico afirmar que, porque a pessoa deixou de utilizar um conjunto de acções no seu repertório comportamental (ex. algumas actividades de vida diária como é o caso do auto-cuidado), deixou de ter potencial para atingir

um nível mais elevado de saúde. Este pressuposto assume uma importância extrema para a área da reabilitação se considerarmos que devemos intervir sobre o potencial de saúde que a pessoa ainda mantém. Ainda que a diferença possa parecer subtil, as intervenções baseadas no entendimento da faceta positiva da saúde procurarão sempre trabalhar uma área de desenvolvimento potencial que se situa entre o nível de capacidade que a pessoa já adquiriu e o nível de capacidade que a pessoa poderá adquirir.

O entendimento da saúde como habilidade faz da saúde um recurso dos indivíduos e dos grupos e este pressuposto vem mais uma vez conferir coerência lógica ao conceito. A saúde é entendida como uma propriedade plástica dos seres humanos e não como um estado estático ou homeopático que se procura manter a todo o custo. O termo estado de saúde adquire outra espessura conceptual. A saúde é um recurso para a acção; é uma habilidade que confere um potencial para agir. Como recurso, materializa a base para a actuação do agente.

A actuação do agente, segundo Nordenfelt, dirige-se para o alcance de metas vitais. É logicamente coerente afirmar que essas metas estão mais próximas da felicidade e do bem-estar do que da sobrevivência e da reprodução. Já abordamos este assunto na fase inicial desta secção aquando da discussão do modelo biomédico. No entanto, nunca é demais dizer que, na experiência subjectiva, não é suficiente estar sem doenças que ameacem a sobrevivência e a capacidade de reprodução, para que nos consideremos saudáveis. Como refere Nordenfelt - *“a person can be ill, not only if the probability of the person’s survival has been lowered, but also if he or she does not feel well or has become disable in relation to some goal other than survival”*(36). Uma pessoa mentalmente doente acha-se num estado que lhe ameaça, mais do que a sobrevivência, o seu bem-estar a longo prazo. A perspectiva holística da saúde, se bem que reconheça a sobrevivência como um fim importante para a espécie humana, distingue a qualidade de vida como uma finalidade igualmente importante. Então, a saúde não é apenas a habilidade de atingir as necessidades básicas de sobrevivência e reprodução; a saúde é uma habilidade para atingir fins estabelecidos por um agente reconhecidos por ele como sendo de valor vital para viver uma vida que ele considera que vale a pena ser vivida. A saúde é então um conceito carregado de valor positivo.

Vejamos agora um exemplo. Uma pessoa que emigra confronta-se de imediato com uma nova cultura onde lhe são exigidas muitas habilidades relevantes para a participação no novo contexto que ela não possui. Por exemplo, é provável que um português que emigre para a Suécia não saiba andar de bicicleta e mais que não saiba gerir a utilização de uma bicicleta no trânsito de uma cidade e que portanto se veja confrontado com a ausência de uma aptidão essencial para aquele contexto. Poderíamos ainda considerar outras habilidades que seriam igualmente imprescindíveis como falar a língua, estar familiarizado com as normas sociais do país, com as disposições legais e por aí em diante. Poderíamos dizer que este indivíduo se encontra num

estado de insaúde? Segundo Nordenfelt: não. O imigrante tem a capacidade de segunda ordem para enfrentar a vida na nova sociedade. Desta forma poderíamos atribuir saúde a esta pessoa. Emigrar para um novo país é, com certeza, uma meta vital desta pessoa. Então dizemos que ele está a efectivar o seu potencial saúde e que tem a habilidade de segunda ordem para o fazer. No entanto, se este emigrante tivesse sofrido um acidente vascular cerebral que lhe tivesse causado lesões neurológicas que afectassem algumas funções cognitivas, não possuía a habilidade de segunda ordem para adquirir as aptidões necessárias à sua nova vida. Poderia assim passar por um estado de insaúde. Ainda assim, e para tornar mais complexo o entendimento, nesta última situação poderiam ser reunidas circunstâncias extraordinárias que permitissem a sua adaptação ao novo país e que portanto melhorassem o seu estado de saúde. Aqui estaríamos na presença da efectivação de um grau de saúde máximo contido no seu potencial. Retiramos deste último exemplo a lógica da inclusão no conceito de saúde da noção de circunstâncias padrão.

O conceito de circunstâncias padrão dota o conceito de saúde de universalidade na medida em que a saúde passa a estar relativamente relacionada com os contextos. As metas vitais que dotam um indivíduo de saúde num país como a Índia são bem diferentes das metas vitais que poderão ser estabelecidas num país de charneira económica como a Noruega. As metas vitais que conferem saúde e que portanto deverão constituir prioridades para o sistema de saúde dos dois países serão diferentes. Daí a necessidade de haver escolhas normativas nas políticas e nos sistemas de saúde. Mas deixemos este assunto para mais tarde na discussão. Agora interessa-nos mencionar que as circunstâncias padrão dos contextos em que vivemos têm o poder de oferecer mais ou menos possibilidades de acção para a concretização do potencial saúde. Por exemplo, o contexto de insularidade pode restringir em muito as possibilidades de saúde de um indivíduo na acepção de Nordenfelt. A insularidade é um contexto bastante restritivo em termos de oportunidades de concretização do potencial saúde na medida em que o alcance de determinadas metas vitais possa não ser viável. No entanto, Nordenfelt não estabelece que para se ser saudável, se tenha que atingir necessariamente as metas vitais que se estabelecera. Esta última afirmação parece ser contra intuitiva, mas examinemos a sua coerência através de um exemplo bastante elementar.

Num país como a Índia uma importante meta vital pode ser meramente a de se conseguir água potável para satisfazer uma das necessidades básicas do ser humano a sede. Imaginemos agora que o indivíduo X tem as habilidades suficientes para conseguir estabelecer um plano de acção para ir à procura de água potável e implementá-lo. No entanto, as circunstâncias do contexto impedem-no de alcançar a meta que elegera como vital porque na sua área de residência não existe de facto nenhuma fonte de água potável. Podemos mesmo assim considerar este indivíduo saudável? Segundo Nordenfelt, sim podemos. Ainda que ele não tenha conseguido alcançar uma das suas metas vitais, o indivíduo X tem a habilidade de segunda ordem para

alcançar essas metas e portanto tem um potencial de saúde. Se introduzirmos no raciocínio uma dimensão temporal (t , tempo) poderemos alcançar mais clareza acerca deste argumento. No momento actual (t_1), o indivíduo X tem a habilidade de alcançar a meta vital “satisfazer a necessidade básica sede”. É portanto saudável. Porém, o facto de não conseguir alcançar esta meta final em t_1 , e porque a meta a que nos estamos a referir é uma meta essencial à sobrevivência, isto pode fazer com que em t_2 este indivíduo deixe de ser saudável. Porquê? Porque a incapacidade de atingir a meta vital referida terá como consequência uma deterioração da habilidade de segunda ordem que é a saúde. Podemos agora dizer que, em t_2 , o indivíduo X está num estado de insaúde. Neste caso, o contexto não foi capaz de lhe proporcionar o que Nordenfelt chama de oportunidades de concretização do potencial saúde. Desde já se pode compreender a influência dos factores determinantes da saúde, quer sejam individuais ou sociais.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado a metas vitais menos ligadas às necessidades básicas. Se pensarmos novamente nos limites que o contexto da insularidade impõe, podemos por exemplo antever que se o indivíduo K estabelecer a meta vital de ser produtor de cinema terá muitas dificuldades, dadas as restrições em oportunidades que o contexto impõe, de alcançar essa meta. No entanto, não poderemos dizer que o indivíduo K não é saudável porque ele tem o potencial ou a habilidade necessários para vir a ser um produtor de cinema em t_1 . Seguindo a lógica causal anterior, o indivíduo K poderá desenvolver um episódio de humor depressivo em sequência de não conseguir alcançar a meta vital que havia estabelecido e aí sim ver a sua habilidade deteriorada em t_2 . Neste caso, a ausência em t_2 de recursos mentais que lhe permitam atingir outras metas vitais do conjunto de metas que estabeleceu para si poderá sim gerar incapacidade e determinar um estado de insaúde.

Assim entendida a natureza da saúde, não é plausível permitir que a doença represente a antítese da saúde, mas também não o é permitir uma definição dicotómica entre saúde e insaúde. Como já dissemos a saúde e a insaúde variam num contínuo e são estados definidos por uma questão de grau. Assim é logicamente coerente afirmar que não existem diferenças qualitativas entre a saúde de um doente esquizofrénico e a de um doente tuberculoso. A diferença coloca-se apenas nas funções que estão a ser afectadas e que diminuem a habilidade geral saúde. Complementarmente o estado de insaúde de ambos será definido pelo grau de perda desse bem-estar. Não existe outra linha divisora entre a saúde e a insaúde que não seja a da incapacidade.

Definida deste modo, a saúde deixa de ser entendida como função dirigida às metas de sobrevivência e reprodução e passa a estar relacionada com as metas de bem-estar e felicidade. O bem-estar humano acaba por ser um critério último de saúde se pensarmos que a pessoa que está bem de saúde pode desempenhar as suas actividades diárias e as suas funções e papéis

sociais. A pessoa que está bem de saúde tem capacidade de agir ou detém capacidade de agência.

Na verdade, pensamos que é verdadeiramente interessante a introdução do conceito de felicidade para a compreensão da natureza da saúde, como Nordenfelt propõe. Se é comum o estabelecimento de uma associação entre bem-estar e saúde, não é tão frequente a consideração da felicidade como potencialidade última da saúde. A assunção de uma relação entre saúde e felicidade vem também auxiliar na afirmação da coerência lógica do conceito de saúde. Nordenfelt refere que uma meta será tomada como vital por um agente se estiver relacionada com a felicidade a longo prazo da pessoa. Assim, dir-se-á que *“uma meta é vital para P se ela for um pré-requisito para a felicidade a longo prazo de P”*¹⁵³. A saúde não é o único meio de se obter felicidade. Nem tão pouco um pré-requisito para se ser feliz. Se não, não poderíamos afirmar com coerência o seguinte: *“F era um homem extremamente feliz a despeito da fragilidade da sua saúde”*; ou o contrário: *“D estava de boa saúde, mas era uma pessoa extremamente infeliz”*. No entanto, a saúde, uma vez que a habilidade que pressupõe tem como consequência a capacidade para agir e atingir metas vitais, é um recurso para se alcançar a felicidade. Assim, ainda que nada impeça que a insaúde seja compatível com a felicidade, a verdade é que, como refere o autor, *“uma pessoa saudável pode ir muito longe nos seus esforços para obter felicidade”*. Então, a saúde relaciona-se com a felicidade na medida em que o alcance de metas vitais é um garante da *“felicidade mínima”* (expressão do autor) e a saúde é uma habilidade, e como tal dota o indivíduo de recursos físicos e mentais, para agir e alcançar as suas metas vitais. A capacidade para agir é um elemento básico da felicidade mínima; esse elemento é dado pela saúde.

O conceito de felicidade possui, em conclusão, uma posição central na teoria da saúde que Nordenfelt está interessado em apresentar, com fortes implicações para a política da saúde e do bem-estar. É interessante notar que não foram encontradas quaisquer unidades de registo na subcategoria felicidade. De facto, não é comum equacionar o conceito de felicidade numa planificação de saúde, mesmo que se esteja a falar de uma planificação que incide sobre a área da saúde mental. Este é um dos contributos mais pertinentes, na nossa opinião, da teoria holística da saúde de Nordenfelt. Seria interessante equacionar o conceito de felicidade nas finalidades de um plano de saúde mental. A felicidade como meta vital dos sistemas de saúde justificaria o seu propósito no seio dos estados providência se pensarmos que *“welfare”* significa a condição de estar completo ou feliz. O estado mais elevado de bem-estar de um indivíduo ou de uma população é um estado em que se desfruta de um nível de saúde e de felicidade elevados. Este é precisamente um dos requisitos que os estados nação identificam como essenciais para o alcance das metas económicas e sociais a que se propõe.

¹⁵³ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2000, p. 127.

Mas antes de explorarmos as consequências do conceito de saúde de Nordenfelt, deixei-nos fazer referência aos restantes elementos que constituem a rede de conceitos da sua teoria. Nordenfelt identifica um conjunto de factores que podem afectar a saúde e provocar estados de insaúde, sendo a doença apenas um deles. É logicamente coerente supor que se a saúde pressupõe a capacidade de agir, a insaúde pressupõe o oposto: a incapacidade para a agir ou incapacidade de actuação. A característica distintiva da saúde é a habilidade e a da insaúde é a inabilidade. Daqui se compreende que existam um conjunto de factores, internos e externos, que tenham o poder de influenciar a habilidade de segunda ordem que é a saúde e portanto influenciar a capacidade da pessoa para agir e alcançar as suas metas vitais.

Queremos realçar que Nordenfelt não exclui o conceito de doença da sua teoria, nem nega a existência e pertinência de um conceito biomédico de doença. Apenas não admite que a definição de saúde possa ser estabelecida através de um entendimento baseado puramente num ponto de vista fisiológico¹⁵⁴. O que ele faz, é colocar o conceito de doença numa nova posição na rede de conceitos associados à saúde, sendo que a doença é entendida como um dos factores que pode afectar a saúde. Esta nova posição parece-nos mais logicamente coerente.

Agora, gostaríamos de propor uma discussão acerca das implicações que o modelo holístico da saúde de Nordenfelt possa ter para a política da saúde. Assumimos, como já dissemos, a existência de uma relação dialéctica entre saúde pública e política de saúde na produção de intervenções efectivas com intenção de proteger e promover a saúde individual e colectiva. O reconhecimento da natureza da saúde tal como é definida por esta perspectiva holística traz enormes implicações para a política da saúde e para o sistema de saúde pública na área da saúde mental.

Em primeiro lugar não poderemos deixar de enunciar a maior implicação da teoria de Nordenfelt, apesar de que a tomada dessa implicação como fundamental possa parecer uma análise ingénua e de escassa importância. No nosso entendimento, não o é. Referimo-nos à mudança de perspectiva que a teoria impõe. A saúde passa a ser definida pela sua faceta positiva, por aquilo que é. Atribuir saúde a alguém é afirmar um estado positivo. Pelo contrário, considerar um estado negativo de saúde parte sempre da consideração do estado positivo que está a ser negado. Pensamos que a definição de Nordenfelt, porque parte da análise da natureza desse estado positivo, é uma noção lúcida acerca da propriedade saúde e como tal passa também a revestir-se de implicações verdadeiramente propositadas para a política da saúde.

Se a saúde é entendida como capacidade, é também tida como um recurso primordial do indivíduo e dos grupos numa perspectiva de preservação da funcionalidade, do bem-estar e da felicidade. Passa a ser considerada como bem público que deve ser protegido e promovido pelas

¹⁵⁴ Ver a análise do modelo biomédico levada a cabo no início desta secção.

políticas de saúde por intermédio de acções efectivas. A mudança de linguagem representa pois uma mudança de orientação estratégica.

É interessante notar no PNSM que as secções que mais contribuem com unidades de registo para a subcategoria modelo do holístico da saúde de Nordenfelt são aquelas que retratam os princípios orientadores da política e do plano de saúde mental e os seus valores basilares. São elas a *secção X*, que constitui preâmbulo ao plano e que se materializa na comunicação da resolução do conselho de ministros que o formaliza; a *secção A*, subsecção 2, que é uma secção introdutória que retrata o percurso das políticas, planos e legislação na área da saúde mental no contexto europeu e no contexto nacional até à sua forma actual; e por fim, a *secção B*, subsecção 1, onde estão descritos a visão, os valores e os princípios que orientam o plano. Como vemos, as secções que clarificam as orientações estratégicas da política de saúde mental encorparam uma visão positiva da saúde mental, vista como bem público fundamental que deve ser protegido e promovido através das acções que estão delineadas no plano.

No entanto, esbarramos com duas evidências que impõe limitações à consideração do PNSM como plano de acção verdadeiramente orientado por uma perspectiva positiva da saúde mental. A primeira diz respeito à primazia das referências do modelo holístico de Fulford e até mesmo do modelo biomédico de Boorse em relação ao modelo holístico de Nordenfelt. Estas últimas são bem menos frequentes ao longo do plano. A segunda relaciona-se com os dados que acabámos de mencionar no parágrafo anterior e considera a localização dessas referências. Se as orientações estratégicas estão dominadas por unidades de registo correspondentes ao modelo holístico II, as secções que descrevem as propostas de actuação são claramente dominadas pelo modelo holístico de Fulford que se baseia numa perspectiva da saúde baseada na contemplação da sua faceta negativa... “das doenças”, “das perturbações”, “dos problemas”. Esta oposição é clara até na linguagem utilizada. Se estamos numa secção de definição de princípios orientadores repetem-se as referências às “pessoas”, a “todas as pessoas”, à “população”, se estamos numa secção de organização de serviços predominam as referências ao “doente”, ao “utente”, à “pessoa com doença mental”, à “pessoa com perturbação mental” ou à “pessoa com problemas de saúde mental”. Podemos então concluir que, ainda que o PNSM tenha uma orientação conceptual mais próxima de uma definição de saúde de Nordenfelt, existem grandes limitações em repercutir a influência dessa definição no delineamento das acções que são propostas.

O que acabámos de referir parece contrariar a ideia que propomos de que os conceitos de saúde têm uma influência no planeamento em saúde e que portanto deve ser considerado o conceito de saúde que tenha verdadeiros propósitos para esse planeamento. No entanto, não deveremos esquecer que quando falamos de influência, falamos de uma influência tácita ou inconsciente. Ainda que racionalmente se possa estabelecer uma escolha normativa de um conceito

verdadeiramente propositado, as intervenções em saúde podem continuar a receber a influência inconsciente das representações acerca da natureza da saúde dos actores. É esta influência que procurámos descortinar com este trabalho a partir das inferências que foram estabelecidas a partir do PNSM. E é por esta razão que afirmámos anteriormente que devemos trazer à consciência esta influência e procurar estabelecer escolhas normativas. Uma escolha normativa de um conceito de saúde mental assume que não existe um conceito descritivo, isto é natural, de saúde mental. Se recebemos a influência de diferentes conceitos de saúde mental é fundamental que essa influência seja reconhecida e trazida para o campo do juízo e da decisão. As políticas da saúde devem compreender a escolha normativa de um conceito de saúde.

Existe um exemplo no PNSM que pode constituir uma ilustração que retrata o valor dos conceitos como propósitos para a acção. Falamos da secção onde estão descritas as propostas de organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e da adolescência. A secção D, subsecção² é aquela que contribui com o maior número de unidades de registo para subcategoria MHII pelo que inferimos que esteja a receber a influência de um conceito de saúde mental da natureza do conceito proposto por Nordenfelt. A organização de serviços nesta área prioriza a *“saúde mental de bebés, crianças e adolescentes”*. Por saúde mental entende-se a faceta positiva do conceito e a finalidade essencial dos serviços que são criados é a de *“promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população, implementando os mecanismos necessários ao desenvolvimento da promoção da saúde mental e dos vários níveis de prevenção: primária, secundária e terciária”*. Estes objectivos estão devidamente integrados com outros objectivos ligados à prestação de cuidados da população doente. São exemplo de propostas baseadas no objectivo referido, a intenção de articulação da actuação dos serviços terciários com outras estruturas da comunidade: escola, jardins-de-infância, serviços sociais, comissão de protecção de crianças e jovens em risco, equipas de intervenção precoce, instituições de acolhimento, centros de atendimento a toxicodependentes (CAT) e com projectos de intervenção psicossocial locais. Outras medidas são também enunciadas como é o caso da formação dos técnicos de saúde, técnicos de apoio social e profissionais de educação em saúde mental infanto-juvenil. Incluem também a implementação de programas de prevenção e a criação de estruturas residenciais comunitárias, a par das restantes acções de intervenção hospitalar e de carácter remediador. O conceito de saúde mental que está subjacente a esta secção foi capaz gerar estratégias de acção onde estão integradas acções da promoção da saúde (baseadas na faceta positiva da saúde mental) e acções de tratamento e reabilitação da doença (baseadas na faceta negativa da saúde mental).

Existem outros exemplos desta natureza, como sejam a intenção manifesta de desenvolver programas de saúde escolar ou programas de promoção da saúde mental no emprego; estão localizados essencialmente nas propostas de articulação intersectorial. Estes são também

exemplos de propostas que derivam muito provavelmente do entendimento da saúde mental como uma habilidade ou recurso.

Não se poderá portanto concluir que o PNSM não integra uma perspectiva holística da saúde próxima da de Nordenfelt e que não existam propostas de acção que materializem essa perspectiva. No entanto, e ainda que as suas secções introdutórias o fizessem prever, não podemos considerá-la a perspectiva dominante na estruturação do PNSM.

Voltando à definição de saúde de Nordenfelt, a saúde implica uma relação entre três elementos: habilidade, metas vitais e circunstâncias padrão. Veremos como cada um dos elementos poderá ser considerado para delinear a política em saúde mental e para o desenvolvimento de programas efectivos.

Comecemos pelo elemento “*metas vitais*”. Em relação à actuação sobre as metas vitais poderemos considerar que uma intervenção deste tipo se encontra muito próxima da psicoterapia e portanto tem um valor limitado para a análise das intervenções estratégicas na área da saúde mental. Para além disso, será um tipo muito pouco frequente de intervenção uma vez que uma tentativa de alteração das metas vitais de uma pessoa só será razoável em situações em que esta estabeleça metas vitais irrealistas (com irrealistas queremos dizer metas que não se encontrem ligadas com a realidade) ou perversas (com perversas queremos dizer metas que possam passar por causar dano a outras pessoas ou ao próprio). Aqui estaríamos muito próximo de uma situação de patologia mental dada a compreensão alterada da realidade ou a apreensão não realista da realidade. Não é portanto uma situação comum o estabelecimento de metas desta natureza e não terá muito valor estratégico pensar que a saúde de uma pessoa possa ser melhorada através da mudança das suas metas vitais. É claro que, como refere Nordenfelt, “*uma verdade profunda é que a pessoa que possui expectativas pequenas acha mais fácil ser feliz do que a pessoa que possui grandes expectativas*”¹⁵⁵, o que se torna lógico dizer que uma pessoa que tenha metas vitais mais fáceis de atingir será mais saudável porque concretizará mais plenamente o seu potencial saúde. Mas, como vemos, a alteração das metas vitais não deve ser um objecto de intervenção a ser considerado no planeamento estratégico das acções. Resta-nos então dois elementos para integrar como objectos da programação em saúde.

O primeiro deles é o elemento “*habilidade*”. O conceito de habilidade é aquele que detém as implicações mais tradicionalmente assumidas como finalidades dos sistemas de saúde. Actuar sobre a habilidade é a tarefa tida como tradicional dos sistemas de saúde quer ao nível da prestação de cuidados, quer ao nível da promoção da saúde. Quando se tratam doenças, se treinam competências de vida diária, se promovem competências de gestão do stress ou se fazem recomendações acerca da adopção de uma alimentação saudável está-se em última

¹⁵⁵ Nordenfelt, *Op. Cit.*, 2000, p.140.

análise a intervir na componente habilidade da definição de saúde de Nordenfelt. Se promovermos a habilidade saúde, então a pessoa terá maior capacidade de agência e portanto maior capacidade de agir e participar nos contextos de forma a poder alcançar as suas metas vitais e atingir um nível de felicidade mínima. Todos os serviços que integrem a prestação de cuidados de saúde e de promoção da saúde recaem nesta categoria e devem ser previstos e efectivados.

Como vemos teremos que incluir num plano de saúde estratégias que promovam a habilidade saúde e estratégias que reabilitem a habilidade saúde. Esta consideração é fundamental para a análise dada a proposta de se tomar um conceito de saúde mental que seja verdadeiramente propositado. Como vemos, a teoria de Nordenfelt não faz com que se negligencie os cuidados de saúde na forma como estão actualmente organizados; falamos do investimento preferencial que tem sido dado a serviços destinados às necessidades de saúde da população doente. Não obstante, também não nos permite esquecer que garantir a saúde de uma população passa também por estratégias de promoção da saúde num sentido holístico da saúde. Nordenfelt propõe o conceito de *“health enhancement”* para diferenciar a forma como entende esta actividade do que é tradicionalmente entendido como promoção da saúde (*“health promotion”*). Por exemplo, se uma cidade tiver um controlo rigoroso sobre os níveis de ruído sonoro nas áreas residenciais, então estaremos na presença de uma acção que está a oferecer oportunidades de concretização do potencial de saúde mental uma vez que reduz consideravelmente os níveis de stress a que os seus habitantes estão expostos. Sabemos que o stress é um factor determinante da habilidade mental que tem, portanto, o poder de a deteriorar. Este exemplo aproxima-nos do elemento que se segue na análise.

Falamos do elemento de *“circunstâncias padrão”*. Este elemento reveste-se de particular importância para a programação estratégica na área da saúde mental numa perspectiva da saúde pública. Poderíamos colocar a seguinte questão: *Podemos mudar o estado de saúde de uma pessoa ou de um grupo exercendo influência sobre o elemento circunstância padrão?* Diríamos que sim, se bem que isso implicaria uma nova tomada em consideração do que serão (as novas) circunstâncias padrão.

O crescente reconhecimento da sensibilidade da saúde aos factores do contexto tem contribuído para o desenvolvimento de uma nova linha de pesquisa que ficou conhecida pelos *“determinantes sociais da saúde”*. A evidência que tem sido produzida nesta área e que explicita a influência que os factores externos (tais como o stress, as condições de trabalho, a exclusão social ou pelo contrário o capital social) podem ter na saúde começa lentamente a ser transferida do contexto académico para o contexto de governação em saúde. A justificação da utilidade desta informação passa pelo papel que as políticas públicas, desenvolvidas dentro ou em articulação com o sector da saúde, podem ter na moldagem dos contextos de tal modo que

estes se possam constituir enquanto contextos facilitadores do potencial de saúde dos indivíduos e dos grupos. Assim sendo, as acções dirigidas para a componente da definição de Nordenfelt “circunstancia padrão” coincidem com as práticas assentes numa perspectiva dos determinantes sociais da saúde. As políticas públicas de saúde passam a ser consideradas como um importante determinantes da saúde, principalmente através da articulação com outros sectores e com outras políticas públicas que se endereçam sobre factores determinantes do estado de saúde das populações. Podemos citar o exemplo das políticas no sector do emprego que têm como objecto um importante factor determinantes na saúde mental das pessoas. As políticas de saúde e outras, como vimos, prevêm a organização de um conjunto de recursos para melhorar as condições económicas e sociais dos contextos e os factores que estão implicados nesta melhoria acabam por ter um impacto determinante no estado de saúde das populações. Assim, a par do sistema de saúde enquanto sistema de prestação de cuidados, é importante investir em políticas que promovem indirectamente a saúde. Estas estão vocacionadas para modificar as circunstâncias padrão em que os indivíduos se encontram e portanto auxiliam na concretização do seu potencial de saúde. Criar ambientes promotores da saúde é criar oportunidades para se ser saudável ou, na nossa linguagem, criar oportunidades para atingir um potencial óptimo de saúde.

Nordenfelt não estabelece esta ligação entre a sua teoria e a teoria dos determinantes sociais da saúde. Em vez disso, centraliza a sua reflexão acerca dos factores determinantes da saúde nos factores mais ligados ao indivíduo, o que apelida como vimos de “*maladies*”. Todavia, pensamos que é um contributo interessante pensar na intervenção sobre as variáveis contextuais a partir de uma perspectiva a dos determinantes sociais da saúde.

Os sistemas de saúde estão tradicionalmente encarregues de intervir sobre os condicionantes individuais da saúde, mas as políticas da saúde não podem deixar de alargar esta perspectiva e, quanto a nós, desenvolver acções mesmo dentro do sector da saúde para endereçar estes determinantes em articulação com outros sectores. Esta será a principal finalidade das políticas da saúde com ideais de saúde pública: oferecer oportunidades de concretização do potencial saúde.

A consideração dos factores sociais facilita também a utilização da do bem saúde como veículo da promoção de justiça social. Se existem factores sociais que determinam a saúde, isto querará dizer que dentro e entre sociedades existirão profundas desigualdades no estado de saúde que seguirão o padrão de desigualdade social existente. Então, grupos diferentes terão recursos diferentes e, por isso, oportunidades diferentes para ser saudáveis. Vários estudos demonstram o papel de factores do contexto na etiologia e curso das doenças, introduzindo iniquidades profundas no estado de saúde entre grupos populacionais. Iniquidades em saúde são uma expressão da influência dos determinantes sociais da saúde, produzindo prova da existência de

um gradiente social na saúde. Uma importante implicação para a política pública é a de que tal reconhecimento poderá motivar a criação de políticas dirigidas aos determinantes sociais como forma de contribuir fundamentalmente para melhorar a saúde e o bem-estar colectivos.

Podemos considerar, então, a relação estrutural estabelecida entre a política de saúde e a justiça social. Como sugerem Wilkinson & Marmot, *“the focus is on the role that public policy can play in shaping the social environment in ways conducive to better health”*. Sintetizando, assumir uma aproximação baseada nos determinantes sociais da saúde tem uma implicação fundamental para a política da saúde: as políticas públicas devem dirigir-se às causas da saúde e da insaúde. E, para que se equacione a esta questão, as autoridades de saúde devem definir que circunstâncias padrão estão instaladas e precisam ser mudadas.

Tais implicações do conceito de circunstâncias padrão proposto por Nordenfelt fazem do seu conceito de saúde, um conceito verdadeiramente propositado para a formulação de políticas da saúde. Uma visão integral e holística da saúde permite-nos observar que os ganhos em saúde mental derivam do contributo das políticas delineadas para o sector, mas também de esforços de articulação e de actuação integrada entre um conjunto de outros sectores.

O facto de se equacionar quer os determinantes individuais, quer os determinantes sociais da saúde representa também um entendimento mais rico da causalidade da saúde e insaúde. Com base no modelo holístico de Nordenfelt, o paradigma da causa única do modelo biomédico será definitivamente substituído pela procura de novos modelos de causalidade; modelos que comportam a consideração de causas múltiplas associadas em arranjos complexos de causalidade. O modelo impõe uma nova compreensão sobre a natureza e interacção das causas da saúde. A saúde é influenciada por um conjunto de factores disposicionais e inerentes à estrutura social que são capazes de se constituir quer como facilitadores, quer como obstáculos a um cumprimento das metas vitais, numa concepção Nordenfeltiana.

Como dissemos a política da saúde e os programas de saúde para que sejam pertinentes e efectivos na promoção da saúde necessitam de evidência para basear as decisões inerentes ao seu desenvolvimento. Analisemos agora as consequências de um conceito de saúde do tipo de Nordenfelt para o desenvolvimento dos sistemas de vigilância e monitorização em saúde.

O sistema de monitorização da saúde necessita de estar de tal forma organizado que produza uma compreensão verídica do estado de saúde das populações e dos seus factores determinantes. A fase inicial do processo de vigilância da saúde, a recolha de dados é fundamental para as fases subsequentes de análise e interpretação. Uma análise e interpretação verídicas, porque se baseiam na informação que está disponível, estão em forte dependência dos indicadores de monitorização que existem e do tipo de informação que eles produzem. O conceito holístico de

saúde que estamos a debater detém, a nosso ver, três grandes implicações para o desenvolvimento de indicadores.

A primeira implicação da teoria holística da saúde de Nordenfelt para a construção de indicadores prende-se com a valorização que faz do conceito de saúde como conceito carregado de valor positivo. Assim, se a saúde é um estado positivo há que primeiramente haver a preocupação de descrever esse estado. São necessários indicadores que traduzam essa faceta positiva da saúde e que estabeleçam juízos de valor a partir do contínuo entre saúde e insaúde ou entre mais e menos saúde. É então necessário desenvolver indicadores acerca da faceta positiva da saúde mental. Para isso poderá ser pertinente o desenvolvimento de indicadores estruturais de saúde mental, que primam pela sua ausência na maior parte dos sistemas de monitorização. Tal informação é extremamente importante na monitorização da mudança para responder a questões como: “Que informação nos indica que houve uma melhoria da saúde mental geral?”, “Que informação nos indica que a saúde mental tem um impacto substantivo para o bem-estar económico e social?”, “Que informação nos indica que a saúde mental têm um impacto substantivo no desenvolvimento das comunidades locais?”... É necessário partir de indicadores positivos de saúde que retratem a capacidade edificadora das acções no que concerne à melhoria da saúde mental como recurso dos indivíduos e dos grupos. Só um conceito de saúde mental que a afirma um estado positivo será capaz de orientar uma construção de indicadores deste tipo. Claro está que, também são necessários indicadores acerca dos estados de insaúde como sejam os indicadores de mortalidade e morbilidade associada a uma diminuição da saúde mental. O conjunto de condições determinantes da saúde (doença, dano, trauma ou defeitos) não poderá ser esquecido nesta formulação. Deverão continuar a existir indicadores que nos informem acerca das taxas de incidência e prevalências das doenças e das perturbações mentais. Por outro lado, e dada a relação do conceito com os conceitos de felicidade e qualidade de vida seria também interessante dispormos de indicadores que traduzissem a qualidade de vida e felicidade das populações e que estabelecem o quanto dos níveis encontrados estão associados aos níveis de saúde mental.

A segunda grande implicação corresponde à ênfase que deve ser dada tanto ao desenvolvimento de indicadores do estado de saúde, como de indicadores respeitantes aos determinantes da saúde mental. Se pretendemos modificar as circunstâncias padrão de um contexto através de políticas públicas, as próprias referências para a avaliação e monitorização dos estados de saúde fica também alterada.

Se seguirmos os pressupostos da teoria holística teremos a seguinte questão a conduzir a selecção dos indicadores determinantes de saúde: “*What bodily and mental states are risk*

*factors for a subject's ability to realize his given set of vital goals?*¹⁵⁶. Frequentemente os indicadores mais valorizados, e por isso contemplados no sistema de monitorização da saúde, são os indicadores respeitantes à eficiência e à efectividade dos serviços. Depois em menor número teremos os indicadores concernentes ao estado de saúde e só depois os indicadores acerca dos determinantes da saúde. A adopção de uma teoria holística da saúde permitirá enfatizar a necessidade da construção de indicadores concernentes aos determinantes da saúde e da insaúde pela compreensão da saúde como habilidade que é afectada por um conjunto de factores determinantes. Mais uma vez deve prevalecer a perspectiva positiva a que a definição obriga; devem ser considerados para efeitos de monitorização quer os factores facilitadores, como os factores inibidores da saúde. Apelamos aqui para a consideração da neutralidade do conceito de factor de risco. O risco descreve apenas uma probabilidade de um dado acontecimento e portanto está associado quer a acontecimentos positivos, quer a acontecimento negativos; os factores de risco predis põem tanto a estados positivos como negativos de saúde.

Para além disso, se equacionar factores determinantes da saúde de natureza social significa, como dissemos, uma base para a justificação de uma actuação intersectorial sobre a saúde será pois necessária uma nova abordagem de avaliação do impacto dos programas que articulam as políticas da saúde com as políticas de um outro sector. Será necessário desenvolver uma estratégia de monitorização baseada nesta abordagem intersectorial capaz de produzir informação acerca do modo como as políticas públicas de outro sector possam ter um impacto na saúde da população e no modo como as políticas da saúde contribuem para a optimização do bem-estar noutras esferas de actuação pública.

A última implicação reúne as anteriores e diz respeito ao garante das qualidades das intervenções em saúde. Falamos da pertinência e efectividade das acções. Como dissemos a fase de recolha de dados orienta a fase de análise e interpretação. Por sua vez as interpretações que são feitas para produzir a evidência que será comunicada aos decisores e que orientará o processo de decisão. Por esta razão, os dados de que dispomos e que serão traduzidos em informação que por sua vez será transformada em evidência podem traduzir uma visão mais ou menos verídica da situação em relação à saúde de uma dada população e dos seus factores determinantes. O verdadeiro propósito de um conceito reside, na nossa proposta, na sua capacidade de gerar informação e evidência válidas para que possam, em seu tempo, gerar acções pertinentes e efectivas. Os conceitos devem codificar a realidade, da mesma forma que a evidência codifica os dados que foram gerados a partir desses conceitos.

Assim, a informação só será válida para gerar programas pertinentes se retratar veridicamente o perfil de saúde de uma população; esta tarefa pressupõe que a informação disponível possa

¹⁵⁶ Nordenfelt, Op. Cit., 1995, p. 129.

traçar um retrato fiel do estado de saúde da população, das situações de diminuição da saúde, dos factores individuais que determinam o estado de saúde, onde se inclui a doença, dos factores sociais determinantes do estado de saúde e das consequências do estado de saúde encontrado no que se refere à capacidade, qualidade de vida e felicidade da população em estudo. Só assim se poderá compreender as necessidades de saúde dessa população e decidir acerca de programas deverão fazer parte integrante da política de saúde para atender ao que a população precisa quer em termos de cuidados, quer em termos de acções promotoras da saúde.

A informação existente deverá também ser capaz de constituir a base para a avaliação da efectividade dos programas. A ponderação da relação entre as acções que foram propostas e implementadas e os outcomes que elas geraram configura a sua efectividade. A informação auxilia os modelos lógicos que descrevem as associações que estão estabelecidas entre os diferentes componentes do programa e que explicam a forma como essas componentes interagem para produzir os outcomes. Uma mudança sustentada na saúde das populações que represente ganhos em saúde pressupõe a existência de uma codificação correcta da natureza da saúde mental. O conceito de saúde mental integra os modelos lógicos na medida em que codifica quais serão os ganhos de saúde a prever e a afirmar como objectivos do programa. A monitorização da saúde para efeitos de monitorização da mudança volta a depender dos conceitos que estão integrados nos indicadores e assim voltamos ao começo do ciclo de planeamento de programas em saúde.

Pensamos que estamos na posição de concluir que a natureza da saúde tal como é definição constitui o elemento matricial da política de saúde, no desenvolvimento de programas que esta propõe e na monitorização da saúde e dos seus determinantes que todo o processo de planeamento exige. A influência tácita do conceito de saúde mental serve ser transformada numa escolha normativa. A escolha normativa de um conceito pressupõe em nosso entender a escolha de um conceito que seja *logicamente coerente* (isto é: capaz de codificar uma aproximação verídica da natureza da saúde) e *verdadeiramente propositado* (isto é: capaz de discorrer implicações pertinentes para a tarefa da política da saúde: proteger e promover a saúde das populações). Entendemos que a teoria holística acerca da natureza da saúde oferecida por Nordenfelt propõe um conceito com forte coerência lógica e do qual se pode derivar implicações verdadeiramente propositadas para a política da saúde mental.

15. CONCLUSÕES SUBSTANCIAIS DO ESTUDO

A saúde, e a saúde mental em particular, não são um fenómeno que possa ser caracterizado totalmente em termos descritivos. A saúde é um conceito normativo pois pressupõe uma avaliação do estado de saúde de uma pessoa feita por ela própria ou por outrem; essa avaliação acerca da saúde atribui à pessoa uma propriedade avaliada positivamente.

A política de saúde mental, com ideais de saúde pública, tem como finalidade a promoção da saúde mental colectiva. A expressão “ganhos em saúde” tem sido utilizada para representar as mudanças desejáveis e sustentadas na saúde colectiva que uma política procura alcançar. A política ao expressar, no seu sistema de objectivos, os ganhos em saúde mental que deseja alcançar, está a estabelecer uma definição normativa de saúde mental. A linha ideológica que é traçada por uma determinada política da saúde mental é influenciada por um conceito de saúde específico, quer esta influência seja reconhecida ou não.

Assim, são duas as qualidades que devem orientar a escolha normativa de conceitos em saúde. Um conceito de saúde mental deve ser *logicamente coerente e verdadeiramente propositado*. Será logicamente coerente se conseguir esclarecer a natureza da saúde mental de forma verídica e portanto sem contradições internas, isto é, sem estabelecer proposições acerca da saúde mental que sejam contra-intuitivas. Será verdadeiramente propositado se for capaz de derivar implicações pertinentes para a actuação estratégica em saúde.

15.1. Conclusões acerca do primeiro critério da análise: um conceito de saúde mental *logicamente coerente*

A natureza da saúde mental deve ser entendida com base no seguinte:

- A saúde mental não se limita à ausência de doença, pelo que a assunção de um conceito biomédico de saúde mental apresenta limitações muito significativas quanto ao critério de coerência lógica.
- A saúde mental não se opõe à doença mental, mas à insaúde tida como diminuição da saúde mental; a doença mental constitui apenas uma das condições susceptíveis de influenciar o estado de saúde mental de um indivíduo.
- A diminuição da saúde mental não ameaça apenas o funcionamento normal de um indivíduo no que concerne à sua capacidade de sobrevivência e reprodução; ameaça também a sua possibilidade de alcançar níveis mínimos de felicidade e bem-estar.

- A distinção entre normalidade e patologia não deve assentar em critérios estatísticos; deve sim estar baseada em critérios dependentes da experiência subjectiva de adoecimento mental.
- Os modelos de causalidade da saúde e doença mental devem ser capazes de integrar um complexo arranjo de factores determinantes da saúde mental, de natureza individual e social.
- A saúde mental deve ser entendida como uma habilidade de segunda ordem para alcançar metas vitais, tendo em conta um determinado conjunto de circunstâncias padrão; pelo contrário a insaúde deve ser entendida como uma perda da capacidade de agência, com subsequente diminuição da saúde mental.
- A saúde mental é indivisível da saúde geral, sendo que esta constitui um importante recurso individual e colectivo; como bem individual e colectivo, a saúde mental deve ser protegida e promovida pelo Estado.

15.2. Conclusões acerca do segundo critério da análise: um conceito de saúde mental *logicamente propositado*

O valor operacional de um conceito de saúde mental deve ser entendido com base no seguinte:

- O estabelecimento de objectivos prioritários deve ser feito com base quer na faceta positiva, quer na faceta negativa da saúde mental; o volume de doença, as suas consequências em termos de mortalidade, morbidade e incapacidade devem ser tidos em conta a par da ponderação de outras preferências, tais como: a funcionalidade, a qualidade de vida, o bem-estar e a felicidade.
- Para serem pertinentes, as políticas e programas de saúde mental devem estar baseados em informação acerca das necessidades de saúde mental, ponderadas com base na faceta positiva e negativa da natureza da saúde mental; o sistema de objectivos dos programas deve delinear ganhos em saúde que decorram dos efeitos e impactes na diminuição do volume de doença e dos seus factores determinantes, mas também da promoção da saúde e nos seus factores determinantes.
- Para serem efectivos, as políticas e programas de saúde devem avaliar e monitorizar os efeitos e impactes que as acções implementadas foram capazes de alcançar na saúde colectiva; para tal, devem ser desenvolvidos indicadores acerca da saúde mental na sua faceta negativa e positiva, bem como dos factores determinantes de ambas. A efectividade deve ser medida em termos de redução da mortalidade, morbidade e incapacidade, mas também em termos de aumento dos níveis de saúde, funcionalidade e bem-estar.

- Para efeitos de monitorização das mudanças no estado de saúde, devem também ser desenvolvidos indicadores estruturais concernentes à saúde mental; o desenvolvimento de indicadores desta natureza deve procurar partir, em vez da consideração da faceta negativa da saúde mental (ex. esperança de vida sem incapacidade), da faceta positiva do conceito (ex. esperança de vida saudável).
- A pertinência e efectividade das políticas e programas estão dependentes da existência de informação válida acerca do estado de saúde mental de uma população e dos seus factores determinantes; os sistemas de monitorização e vigilância da saúde mental devem incluir a saúde mental como habilidade integral de um indivíduo.
- A política da saúde deve ter como objectivo não só o controlo e prevenção da doença mental, mas a promoção da saúde, isto é, deve habilitar as populações a controlar e melhorar a sua saúde mental.
- A política de saúde deve oferecer oportunidades para que as pessoas concretizem o seu potencial de saúde mental; uma nova estratégia para a saúde mental deve incorporar uma visão intersectorial.
- A política de saúde deve também oferecer estratégias que permitam devolver àqueles que estão doentes a possibilidade máxima para recuperarem as capacidades perdidas ao longo do processo de doença; uma nova estratégia para a saúde mental deve incorporar uma actuação integrada entre a promoção da saúde e a reabilitação da doença.
- O Estado ao procurar desenvolver novas estratégias para a área da saúde mental, deve posicionar a saúde mental como recurso fundamental para maximização do bem-estar colectivo e da felicidade mínima de uma nação; uma nova estratégia para a saúde mental deve ter ideais de saúde pública.

15.3. Conclusões acerca do Plano Nacional de Saúde Mental

A política da saúde institui uma visão estratégica acerca das finalidades que devem caracterizar uma determinada área do sector da saúde e guiar o seu planeamento. Através da análise de conteúdo que tomou como objecto o *Plano Nacional de Saúde Mental* podemos concluir o seguinte acerca da actual estratégia para a área da saúde mental em Portugal:

- O PNSM é predominantemente influenciado por um conceito de saúde mental baseado na faceta negativa deste elemento; predominam as referências a um conceito próximo do que é proposto pelo modelo biomédico de Boorse e pelo modelo holístico de Fulford ao longo de todo o documento.

- O PNSM revela uma preocupação prioritária com as consequências dos estados de doença: deficiência, incapacidade e desvantagens. Dominado por um conceito próximo do entendimento de Fulford acerca da doença mental, a natureza do conceito subjacente ao PNSM encontra limitações muito significativas na sua coerência lógica.
- Não obstante, e sendo o modelo de Fulford o mais predominante na análise, podemos concluir que a pessoa é tomada como uma totalidade existencial própria dos modelos holísticos.
- As referências associadas à saúde mental quando considerada a partir da sua faceta positiva são diminutas quando comparadas com as referências à faceta negativa do conceito; as referências próximas do modelo holístico de Nordenfelt da saúde mental são escassas quando comparadas com aquelas referentes aos modelos acabados de enunciar.
- Ainda que o seu sistema de objectivos procure integrar acções promotoras da saúde e acções de natureza reabilitativa, a escolha recai predominantemente sobre acções remediadoras e dirigidas para a população doente. O PNSM é pertinente na derivação de serviços de prestação de cuidados de saúde mental.
- As acções inerentes ao desenvolvimento de serviços de saúde mental de adultos e ao desenvolvimento de estratégias de articulação intersectorial são aquelas onde predomina uma visão baseada na faceta negativa da saúde mental; as acções inerentes ao desenvolvimento de serviços de saúde mental da infância e adolescência são aquelas onde predomina uma visão baseada na faceta positiva da saúde mental.
- A proposta de desenvolvimento de indicadores de monitorização e vigilância da saúde mental está baseada num entendimento da natureza da saúde mental baseado na sua faceta negativa; predominam as sugestões de indicadores relativos ao estado de saúde, mais particularmente à mortalidade e morbidade, não tendo sido considerados indicadores relativos aos determinantes dos estados de saúde mental (positivos e negativos).
- Não podemos considerar o PNSM como plano de acção verdadeiramente orientado por uma perspectiva positiva da saúde mental. Ainda que se identifiquem acções estratégicas baseadas numa visão positiva da saúde mental, predominam as acções baseadas em necessidades de serviços de saúde da população doente. Ainda que haja um reforço da acção comunitária e da acção de articulação com outros sectores, predomina uma política baseada no desenvolvimento de respostas de natureza remediadora.
- A predominância de um entendimento da natureza da saúde mental baseado na sua faceta mais negativa, acaba por determinar as limitações na capacidade do PNSM para derivar alternativas de actuação estratégica que sejam pertinentes e efectivas no que concerne à promoção da saúde mental colectiva.

- O estabelecimento de uma política de saúde pública na área da saúde mental em Portugal implicará uma reorientação dos serviços de saúde segundo um paradigma da saúde mental carregado de valor positivo.

15.4. Conclusões acerca do valor da análise conceptual para a política da saúde mental

Não são tão frequentes os escritos acerca da natureza da saúde baseados numa perspectiva filosófica. A filosofia tem na sua missão mais elementar a análise de conceitos. A clarificação da natureza da saúde mental contribui para a construção de uma teoria da praxis. Os conceitos, como estrelas guia da prática da medicina do estado, devem poder guiar a prática de protecção e promoção da saúde colectiva. As considerações acerca da natureza da saúde mental e das suas implicações para a política da saúde que o presente trabalho comporta constitui, em nosso entender, um trabalho de base fundamental para orientar as escolhas normativas que o sistema faz quando estabelece os desígnios da saúde mental.

Existem fortes razões para justificar a necessidade de estudar a saúde mental do ponto de vista epistemológico. Se considerarmos, como é o nosso entendimento, que o conceito de saúde mental é um conceito normativo então poderemos argumentar que é necessário que se esclareça a sua natureza para que possa conhecer ou reconhecer a influência que um determinado entendimento do conceito tem para a política da saúde e para o desenvolvimento de programas, bem como para a construção de indicadores válidos para monitorizar a saúde mental e os seus factores determinantes. Assumimos a existência de uma interface entre o processo de planeamento em política da saúde e a filosofia da saúde na medida em que o conceito de saúde é o objecto de ambos. Como refere Nordenfelt: *“o filósofo tenta nos prevenir contra um tipo comum de ingenuidade que caracteriza todo o pensamento pré-ciêntífico e nomeadamente o pensamento de muito cientistas. A ingenuidade consiste na seguinte noção: fora da consciência humana existe uma simples e inequívoca realidade e através dos nossos sentidos um quadro dessa realidade inequívoca chega à nossa consciência; então esta visão pode ser transmitida - através de uma linguagem inequívoca - para os outros receptores que entendem exactamente e são capazes de reproduzir neles mesmos a mesma figura que o transmissor queria transmitir”*. Podemos então compreender que a realidade é na sua essência cognoscitiva e a adopção de conceitos é na sua essência normativa. Reconhecida esta influência, poderemos procurar analisar conceitos, inferindo a sua coerência lógica e propor conceitos novos que sejam mais produtivos para os propósitos que subjazem à sua utilização.

Um conceito de saúde mental deve ser assim *verdadeiramente propositado*, mas só o poderá ser se for antes de mais *logicamente coerente*. Na base da política da saúde mental, enquanto linha

ideológica e estratégica para a actuação nesta área, deve estar um conceito com estas características.

A análise de conceitos não culmina sempre na proposta de novos conceitos ou na recriação de conceitos já existentes. Não desejámos proceder a uma criação de novos conceitos de saúde mental, mas não deixámos contudo de propor um novo mapeamento de conceitos e de recriar novos critérios para a análise.

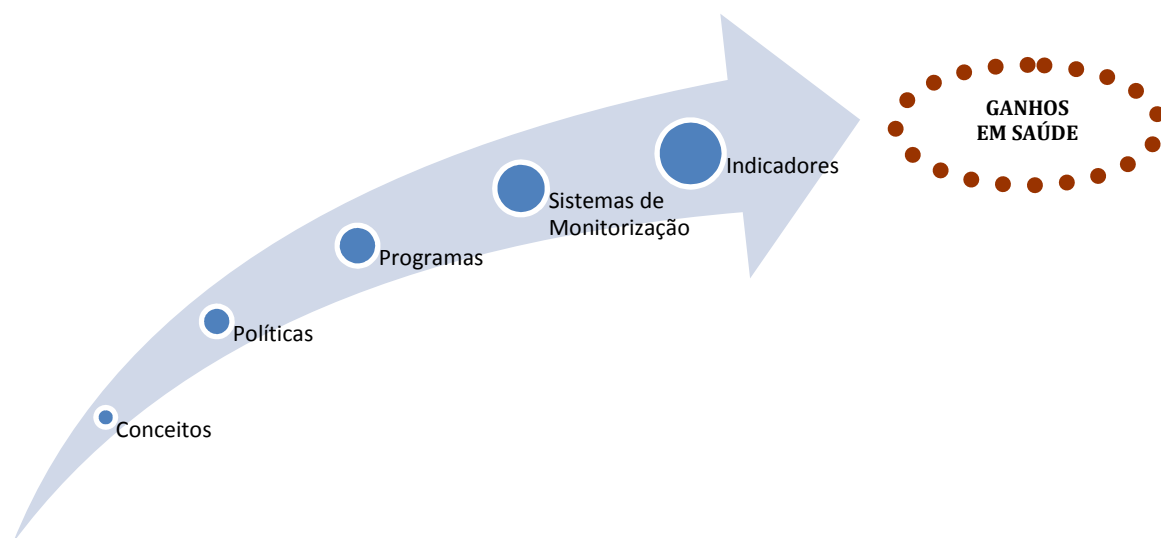


Ilustração 3: O conceito de alinhamento

Não obstante, gostaríamos de propor o conceito de **“alinhamento”** para referir a necessidade de consonância entre as políticas, os planos, os programas, os sistemas de vigilância e os indicadores de monitorização de base populacional que estes prevêem.

Na dualidade da sua significação enquanto *“disposição em linha recta”* e *“adesão ou compromisso a uma perspectiva colectiva”*, pensamos que o conceito de alinhamento poderá ser uma noção aglutinadora das nossas intuições.

Um conceito que integra os critérios que defendemos será capaz de oferecer uma forte capacidade de alinhamento entre as políticas, os programas e os sistemas de monitorização. A escolha normativa de um conceito de saúde mental logicamente coerente e verdadeiramente propositado está na origem deste alinhamento e é a raiz para a constituição de ideologias e práticas efectivas na prossecução da missão mais elementar dos sistemas de saúde: alcançar ganhos em saúde.

Em nosso entender, a teoria holística da saúde oferece um conceito com ambas as qualidades. A apologia da natureza holística da saúde que a análise comporta reside na assunção da sua coerência lógica e no seu valor para derivar implicações condizentes com a matriz ideológica e a plataforma ética dos sistemas de saúde. Essa matriz corresponde ao que os governos elegem como fins associados ao bem-estar colectivo (*welfare*). O conceito proposto auxilia-nos na reflexão acerca da visão e missão que devemos eleger para o sector da saúde e também acerca do estabelecimento de limites à actuação isolada do sector. Faz-nos reconhecer um modelo de causalidade da saúde pautado por uma grande complexidade e portanto permite-nos pensar os governos terão que coordenar acções que integrem os cuidados de saúde com a intervenção em outros domínios públicos de modo a constituir oportunidades para a saúde que favoreçam o alcance da felicidade e o bem-estar colectivos. Isto porque a saúde é entendida como uma habilidade global da pessoa e portanto é um recurso para a sua actuação nos contextos. A política da saúde deve tomar a saúde mental como habilidade e como recurso; se o fizer, procurará oferecer o bem “*mais saúde*” em vez do que é oferecido tradicionalmente como “*menos doença*”. Como podemos fazer isso? Encontrando novos modelos de fundamentação dos sistemas de saúde. Considerando a tarefa dos sistemas de saúde não só como uma tentativa de curar, aliviar e cuidar, mas também de capacitar as pessoas para alcançar as metas que elegeram como essenciais para viver com um mínimo de felicidade e bem-estar. Nos casos em que não seja mais possível para a pessoa actuar de forma independente, o sistema deve então ser capaz de compensar essas limitações com uma prestação de cuidados apropriada para auxiliar a pessoa na concretização das suas metas vitais.

A análise de conceitos poderá ajudar a construir um entendimento partilhado acerca da saúde mental carregado de valor positivo. O seu contributo faz-nos compreender o quão dependente de definições precisas está a clareza do diálogo científico e do diálogo político.

16. CONCLUSÕES METODOLÓGICAS

A valorização das investigações ditas de natureza qualitativa tem caminhado a passo lento por causa da suposta incompatibilidade entre os métodos que utiliza e a necessidade de rigor científico que uma investigação exige. O termo qualitativo refere-se tanto ao tipo de dados que a investigação produz, quer aos modos de actuação que lhe estão subjacentes. A estigmatização da investigação qualitativa advém da falta de estatística que confere ao público aquilo que Bourdieu denominou de “*a falsa segurança dos números*”. A ultrapassagem da incerteza fica muitas vezes a cargo da evidência dos números. No entanto, e como refere Quivy, “*o verdadeiro rigor não é sinónimo de formalismo técnico*”. A pergunta acerca do método a utilizar não deve ser “*Que metodologia?*”, mas “*O que é preciso saber e porquê?*”. Uma

investigação para ser rigorosa deve expor uma coerência entre o processo de investigação que foi talhado e as questões que propõe. A escolha da natureza do método, quantitativo ou qualitativo, depende mais das exigências epistemológicas inerentes à investigação, do que do suposto rigor que se associa à produção de evidências baseadas em relações numéricas.

Assim, o rigor de uma investigação não advém da implementação da aplicação rígida de uma receita de procedimentos, mas sim da coerência da proposta metodológica. O investigador deve, portanto, manter-se flexível para poder adaptar continuamente o seu trabalho de investigação quer a partir das observações empíricas que realiza, quer a partir dos aprofundamentos sucessivos que vai fazendo do quadro teórico de partida. Isto quer dizer que o investigador deve ter um papel crítico ao longo de toda a investigação. Ele deve sim ser capaz, e independentemente da natureza do estudo, de medir os limites da sua investigação e a apreciar a sua fiabilidade e validade. É o que procuraremos fazer ao longo deste capítulo.

No presente estudo combinámos a análise de conceitos com a análise de conteúdo. Pensámos que a análise de conteúdo poderia ser um bom ponto de partida para a tentativa exploratória da natureza da saúde e das suas implicações para a prática. Adoptamos um método qualitativo uma vez que se seguiu uma análise temática e, mais precisamente, uma análise categorial baseada na presença ou ausência de certas características organizadas em categorias.

Pensamos pois que o estudo tem uma forte coerência no percurso metodológico em relação à questão que pretendeu responder. A análise de conteúdo, como método empírico que é, permitiu-nos partir de uma realidade empírica para o desenvolvimento de considerações de natureza argumentativa rumo a uma ruptura e construção de novas propostas de conceitos ou do seu mapeamento. Como refere Quivy¹⁵⁷ “*o trabalho empírico só pode ter valor se a reflexão teórica que o funda também o tiver*”. A combinação entre a análise de conceitos e a análise de conteúdo representa assim uma construção e utilização flexíveis da metodologia, cuja construção foi baseada nas questões orientadoras, nas finalidades e objectivos da investigação e ainda no modelo de análise que procurávamos implementar. Referimo-nos a um método dedutivo, mas com forte propensão à descoberta.

Por outro lado, e sendo a análise de conteúdo uma das técnicas mais reconhecidas na investigação em ciências sociais, procurámos complementar uma estratégia altamente intuitiva como o é a análise de conceitos, com o rigor que a análise de conteúdo detém para a produção de inferências. A investigação carecia de uma técnica capaz de introduzir rigor metodológico na discussão, sem cingir a revelação de elementos de compreensão que se afastassem das evidências mais comuns. Não pretendíamos introduzir no estudo uma interpretação que tomasse os valores e representações do investigador como ponto de partida. A análise de conteúdo

¹⁵⁷ Quivy, *Op. Cit.*, 2005, p. 233.

permitiu-nos fazer inferências com base numa realidade empírica que, por sua vez, orientaram com a neutralidade necessária a discussão e favoreceram novas interpretações. A análise de conteúdo reúne a vantagem de permitir analisar de forma metódica e sistemática uma realidade empírica, sem que isto prejudique posteriormente a profundidade da análise e a criatividade do investigador na interpretação da realidade que está a ser estudada. No entanto, obriga ainda assim o investigador a manter a distância desejável em relação a interpretações mais espontâneas ou baseadas nas suas próprias representações. Em conclusão, a grande vantagem que a análise de conteúdo trouxe para este trabalho de investigação foi a de, e uma vez que têm como objecto uma comunicação traduzível em realidade empírica, permite conferir-se um maior rigor do trabalho posterior de interpretação que acaba por ser o núcleo da investigação.

Não obstante cada técnica de análise detém vantagens e inconvenientes. No que diz respeito à análise de conteúdo, se esta é uma técnica extremamente pertinente para a análise do implícito, a fiabilidade e validade dos dados nem sempre são fáceis de determinar. Analisemos o presente estudo no que se refere a cada uma dos elementos avaliativos referidos.

A fiabilidade diz respeito à capacidade de um processo de recolha ou codificação de dados produzir resultados semelhantes sob condições constantes¹⁵⁸. Como argumenta Landry, “*todo o esforço de verificação de fiabilidade implica um certo esforço de duplicação*”¹⁵⁹. A fiabilidade da análise de conteúdo, segundo este autor, inclui a *estabilidade* (que se caracteriza pelo grau em que os resultados continuam invariáveis ao longo do tempo) e a *reprodutibilidade* (que se caracteriza pelo grau em que os resultados continuam invariantes quando as regras de codificação são aplicadas por pessoas diferentes). Neste estudo não foram aplicadas quaisquer testes formais de fiabilidade. No entanto, a preocupação em manter esta qualidade no estudo foi assegurada pela construção de um guia de codificação onde estão patentes os critérios de codificação das unidades de registo em cada categoria. O guia foi construído com a perspectiva de fornecer regras, neste caso apenas ao investigador, normativas de codificação que poderiam inclusivamente ser aplicadas por diferentes codificadores para testar a fiabilidade da do processo de codificação subjacente à utilização da análise de conteúdo que foi implementada. Na verdade, pensamos que poderia ter sido possível utilizar várias estratégias para assegurar uma maior fiabilidade dos resultados. A primeira em que pensámos implicaria a codificação do corpus por pelo menos duas pessoas diferentes. A existência de dois codificadores poderia ter revelado a existência de incoerências inter observadores que forneceriam dados mais robustos acerca da fiabilidade dos dados. O acordo inter-observadores, isto é o consenso entre os vários codificadores, poderia ter oferecido um bom critério para a afirmação da fiabilidade do estudo através do garante da sua reprodutibilidade.

¹⁵⁸ Bell, *Op. Cit.*, 2004.

¹⁵⁹ Landry, citado por Gauthier, *Op. Cit.*, 2003.

Por outro lado, e ainda que só se pudesse garantir a existência de um codificador poderia ter sido utilizada outra estratégia agora para garantir uma maior estabilidade dos resultados. Se não seria possível utilizar a estratégia do teste-reteste, que implicaria a codificação do corpus em dois momentos diferentes, poderia ter sido considerada o *método da divisão das metades*. Este método implicaria que o corpus fosse dividido em duas metades que seriam codificadas separadamente e correlacionados os seus resultados. No entanto, pensamos que esta estratégia, ainda que seja uma importante estratégia de verificação da fiabilidade e que estava ao nosso alcance, não se coaduna com a forma como está organizado o documento que constitui o corpus da análise. A divisão por secções e as diferenças que existem entre as secções acabaria por implicar uma partição desequilibrada do documento que poderia mesmo alterar as conclusões acerca da fiabilidade.

Ainda outra possibilidade de garantir a estabilidade dos dados seria a de introduzir vários elementos para a análise. Falamos das anteriores leis de saúde mental. Se, como dissemos, uma reforma na política da saúde significa em principio uma mudança na compreensão da natureza do seu objecto, poderia ter sido interessante efectuar a análise de conteúdo de todo o corpo legislativo que compõem a história da saúde mental em Portugal. Ter-se-ia traçado um rasto histórico de evolução do conceito e ter-se-ia criado a disponibilidade de vários elementos para comparação. Esta multiplicação do corpus poderia também ter sido uma interessante estratégia para assegurar a fiabilidade da investigação.

Outra estratégia importante para se garantir a fiabilidade dos dados seria a triangulação da informação. Referimo-nos à possibilidade de se ter utilizado mais do que um método de recolha de dados, o que produziria um conjunto mais amplo de informação que poderia ser então comparada através da sua triangulação. Por exemplo poder-se-ia ter introduzido a técnica de grupo focal, a ser utilizada com a finalidade de inferir como diferentes actores percebem a natureza do conceito de saúde mental que estaria subjacente ao PNSM. Desta forma, dispúnhamos de um número considerável de informantes e de fontes de comparação e confrontação com os dados que haviam sido codificados através da análise de conteúdo. Este método de aproximação múltipla confere sempre maior fiabilidade à investigação.

A validade refere-se à capacidade de um método medir ou descrever o que supostamente deve medir ou descrever. Em análise de conteúdo, a validade remete para a capacidade das unidades e das categorias analíticas estabelecidas medirem o fenómeno estudado. Refere-se portanto à *“adequação entre as variáveis escolhidas e o conceito a medir”*¹⁶⁰. A validade pode ser tomada em relação à natureza dos dados, aos resultados e à relação entre os dados e os resultados. A *validade em relação à natureza dos dados* representa a medida em que a informação recolhida contempla todas as dimensões descritivas do conceito que pretende medir. Inclui a *validade da*

¹⁶⁰ Landry, citado por Gauthier, *Op. Cit.*, 2003.

amostra e a validade semântica. A validade relativa aos resultados determina em que medida os dados recolhidos se associam com as regras de codificação e o critério de interesse que elas contemplam. Incluiu a *validade concomitante* e a *validade preditiva*. A *validade respeitante à relação entre os dados e os resultados* refere-se à validade teóricas das categorias e dos conceitos que elas representam. Inclui a *validade de construto*. Em relação ao critério de validade, e ainda que seja difícil de determinar a validade das análises de conteúdo, pensamos que o presente estudo cumpre este requisito de forma satisfatória. A análise qualitativa dos dados foi realizada com base na definição de categorias e subcategorias e em regras de codificação baseadas em paradigmas teóricos fortes. A utilização de uma configuração teórica para proceder a análise do corpus, isto é a utilização de um método dedutivo, para a determinação das categorias e subcategorias, deve ser entendido como fundamento da validade do presente estudo. Assim, a utilização do método dedutivo para a formação de categorias parece-nos ser capaz de assegurar a *validade relativa à natureza dos dados e a validade respeitante à relação entre os dados e os resultados do estudo*. A escolha do PNSM para constituir o corpus da análise parece-nos uma escolha capaz de garantir a validade da amostra na medida em que é um documento representativo das representações tácitas dos actores e portanto capaz de produzir elementos pertinentes para a análise conceptual. Ainda assim, a utilização do tema como unidade de análise e a consideração da presença e frequência como regras de enumeração, não deixa de comportar limites à validade de uma investigação baseada na análise de conteúdo. A utilização de outro tipo de análise, como é o caso, da análise baseada em proposições, ou da consideração da intensidade como regra de codificação traz uma maior validade para os estudos feitos com base nesta técnica. É claro que quanto mais tornarmos complexas as características da análise, maior validade será possível atingir. A diferença entre o tema e a proposição como unidade de análise revelam esta gradação, onde a proposição será capaz de considerar para a análise o peso valorativo que o emissor dota cada afirmação.

Não obstante, a construção do guia de codificação contempla a preocupação em determinar de forma válida as categorias e subcategorias, as unidades de análise e as regras de codificação das unidades de registo. Procurámos atingir os quatro objectivos identificados por Landry e assim podemos afirmar a nossa preocupação acerca da validade do estudo ainda que seja jamais possível determinar se as regras definidas para a análise de conteúdo são perfeitamente válidas ou não. Procurámos então atender às seguintes preocupações aquando da construção do guião de codificação:

- Verificação da definição das regras de codificação;
- Verificação da pertinência da unidade de análise das categorias;
- Verificação da exclusão mútua das categorias analíticas;

- Verificação da exaustividade das categorias analíticas.

Quanto à *validade dos resultados*, o estudo encontra algumas limitações na validade relativa aos resultados na medida em que não se relacionou os dados obtidos com informação proveniente de outros métodos para aferir a validade concomitante e na medida em que não se determinou o grau de predição dos resultados da análise para aferir a validade preditiva. Estas limitações decorrem das limitações referidas aquando da análise da fiabilidade dos dados associadas à ausência de triangulação da informação.

Em conclusão, quanto à validade, pensamos que a opções metodológicas inerentes à implementação da análise de conteúdo que foi realizada garantem a validade da estratégia utilizada para abordar o fenómeno em estudo de forma fidedigna. Pensamos também que as maiores limitações do estudo que foi implementado estão associadas à fragilidade dos critérios que corroboram a sua fiabilidade.

Em nosso entender, a amplitude das tarefas de investigação deve estar estreitamente dependente o tempo que se dispuser para levar a cabo um processo de investigação. É necessário que o investigador reconheça a necessidade de alcançar um determinado grau de fiabilidade e validade dos dados ao longo do processo que vai desde a formulação das questões até à discussão dos resultados. Mas é também necessário que conheça bem os limites impostos que lhe são impostos quando a investigação se compõem de uma natureza solitária. Neste caso, cabe ao investigador atento compreender e enunciar as limitações da sua própria investigação de forma a retirar implicações que lhe permitam aperfeiçoar novos desenhos metodológicos. Foi o que procurámos fazer.

17. NOVAS PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO

A linha de investigação em que está assente este trabalho encontra-se, como dissemos, muito próxima da missão da filosofia da saúde. Tal missão passa pelo desenvolvimento da matriz ideológica em que está assente o sistema de saúde enquanto aparelho de protecção e promoção da saúde colectiva.

Seria portanto interessante aprofundar os princípios ideológicos em que se baseiam as reformas do sistema de saúde, sendo do nosso interesse as reformas que têm sido desenvolvidas para o sector da saúde mental. Seria pertinente desenhar uma investigação capaz de traçar o rasto das reformas que têm sido feitas em Portugal do ponto de vista de uma mudança ideológica e portanto de uma mudança de conceitos. Pensamos que este trabalho poderia contribuir para o reconhecimento da influência que as definições mais ou menos conscientes da saúde mental têm tido nas políticas que são delineadas para o sector. Esta análise poderia passar pela exploração

teórica e empírica do conceito de alinhamento que foi proposto como produto da análise que levamos a cabo.

Assumindo a perspectiva holística da saúde mental como a que detém o maior potencial de oferecer um conceito logicamente coerente e verdadeiramente propositado, tornar-se-ia necessário explorar a natureza do conceito de habilidade concernente à saúde mental. Tomar-se-ia como agenda da investigação a compreensão de que recursos mentais devem constituir a natureza da habilidade global que é a saúde mental. Que habilidades de primeira ordem, na linguagem de Nordenfelt, seriam necessárias para considerar que o indivíduo tem a habilidade de segunda ordem que caracteriza a saúde mental? Que habilidades se pressupõem existir quando falamos de saúde mental? Que habilidades são necessárias e suficientes para que se possa considerar um indivíduo mentalmente saudável? O que deve ser considerado um estado de saúde mental aceitável? Ao colocarmos estas questões estamos a caminhar rumo ao esclarecimento aprofundado da natureza da saúde mental.

Ainda atendendo a uma perspectiva holística, pensamos que existem duas temáticas de investigação igualmente promissoras. A primeira está relacionada com o conceito de felicidade. Sendo a felicidade uma das noções centrais da teoria de Nordenfelt, será interessante equacionar mais isoladamente a associação entre a saúde e a felicidade e discutir as implicações que a consideração deste valor matricial poderá ter para a organização dos sistemas de saúde. A segunda temática que nos parece interessante explorar com base na teoria holística da saúde está relacionada com o conceito de qualidade de vida. Seria interessante poder analisar o conceito de qualidade de vida atendendo aos pressupostos da teoria filosófica da acção.

Por fim, a estruturação de um conjunto de indicadores que disponibilizem informação acerca do nível de saúde mental da população dos seus factores determinantes, onde a recolha de informação continuada cumpra o objectivo de monitorização das necessidades de saúde na área da saúde mental, de tal modo que a evidência produzida possa constituir um elemento integrante do processo de tomada de decisão ao nível da governação, rumo ao desenvolvimento de intervenções efectivas e à sua avaliação, é, segundo a nossa perspectiva, uma prioridade actual na área da saúde mental. Em nosso entender o desenvolvimento de tais indicadores devem assentar numa definição logicamente coerente de saúde mental próxima da proposta da teoria holística da saúde para que possam contribuir para produzir evidência pertinente para o processo de decisão em saúde.

Baseado na fenomenologia da vida diária, o exercício de análise conceptual contribui para a pesquisa teórica do bem-estar. E a disponibilidade de uma teoria do bem-estar permite-nos alinhar visão, princípios e valores do sistema com estratégias, planos de acção e sistemas de monitorização.

18. COMENTÁRIOS FINAIS

A política da saúde tem como finalidade a promoção da saúde. Através da política da saúde são constituídas oportunidades de concretização do potencial de saúde mental para os indivíduos e para os grupos. As populações poderão, através dos serviços que estão disponíveis, gerir e melhorar a sua saúde.

O entendimento da saúde mental, tal como está expresso no modelo holístico de Nordenfelt, representa, quanto a nós, um entendimento acerca da natureza da saúde mental *logicamente coerente e verdadeiramente propositado*. Tal entendimento poderá sustentar consensos relativamente ao desenvolvimento de novas estratégias em saúde que procurem maximizar o bem-estar e a felicidade dos indivíduos e dos grupos. Uma visão integral e holística da saúde leva-nos a acreditar numa actuação pertinente e efectiva no alcance de ganhos em saúde dentro e fora do sector da saúde; leva-nos a acreditar numa actuação integral e integrada na área da saúde mental; leva-nos a considerar o quanto deveríamos reinterpretar as políticas da saúde e a desejar incluir a saúde em todas as políticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELECTRÓNICAS

1. ABOUZHR, C. & BOERMA, T. (2005). Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, pp. 578-583.
2. APA (1996). **DSM-IV Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. Lisboa: Climepsi Editores.
3. ALFERES, V. (1997). **Investigação Científica em Psicologia**. Coimbra: Almedina.
4. BARDIN, L. (2003). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
5. BEAGLEHOLE, R. et al (2005). **Epidemiologia Básica**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
6. BELL, J. (2004). **Como realizar um projecto de investigação**. Lisboa: Gradiva.
7. BERENSSON, M. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International*, vol. 16, nº2: 187-195.
8. BOORSE, C. (1975). On the discrimination between diseases and illness, *Philosophy and Public Affairs*, 5, pp. 49-68.
9. BOK, S. (2008). WHO definition of health, Rethinking the. *International Encyclopedia of Public Health*, vol. 6, pp. 590-597.
10. BUSE, K. et al (2005). **Making Health Policy**. England: McGraw-Hill Education.
11. CCE – COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2005). **Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia da saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas: CCE.
12. CIHI (1999). **National Consensus Conference on Population Health Indicators**. Ontario: Canadian Institute for Health Information.
13. CHAMBERS, L. et al (2000). **Toward effective community based action: using epidemiology skills in health surveillance for local public health practice**. Ontario: Health Canada.
14. CHAMBERS, L. et al (2002). The art and science of evidence-based decision-making. Epidemiology can help!. *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 93, nº1, pp. 1-18.
15. CHAMBERS, L. et al (2006). Health Surveillance: an essential tool to protect and promote the health of the public. *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 97, nº3, pp. 11-18.
- DOUGLAS, M. et al (2001). Developing principles for mental health impact assessment. *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 23, nº2, pp. 148-154.

16. **CORREIA DE CAMPOS, A.** (2000). **Solidariedade Sustentada. Reformar a Segurança Social.** Lisboa: Gradiva.
17. **CSDH – COMMISSION OF SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH** (2007). **Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes.** Geneva: OMS.
18. **DORON, R. & PAROT, F.** (eds.) (2001). **Dicionário de Psicologia.** Lisboa: Climepsi Editores.
19. **EUROPEAN COMMISSION** (2004). **Building a European Health Survey System: improving information on self-perceived morbidity and chronic conditions.** Luxembourg: EC.
20. **EUROPEAN COMMISSION** (2008). **Mental Health in the EU. Key facts, figures and activities.** Brussels: EC.
21. **FHSR – FOUNDATION FOR HEALTH SERVICES RESEARCH** (2003). **Health Outcomes Research: a primer.** Washington DC: FHSR.
22. **FULFORD, K.** (2001). **Philosophy into practice: the case for ordinary language philosophy.** In Nordenfelt, L. (2001). **Health, Science and Ordinary Language.** Amsterdam – New York: Rodopi.
23. **GAUTHIER, B.** (2003). **Investigação Social. Da problemática à colheita de dados.** Loures: Lusociência.
24. **GERBER, A. ET AL** (2007). Can evidence-based medicine implicitly rely on current concepts of disease and does it have to develop its own definition?. *Journal of Medicine and Ethics*, 33, pp. 394-399.
25. **GOLDMAN, H.** (2006) Defining mental illness in mental health policy. *Health Affairs*, 25, nº 3, pp. 737-749.
26. **GUERRA, I.** (2008). **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo.** Cascais: Principia Editora.
27. **HABERMAS, J.** (2000). **Après l'Etat-nation. Une nouvelle constellation politique.** Paris: Fayard.
28. **HABICHT, J.** (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 28: 10-18.
29. **HARPHAM, T. et al** (2003). How to (or not to...) Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy and Planning*, 18 (3), pp. 344-349.

30. **HEALTH SCOTLAND** (2005). **Mental health improvement: evidence and practice evaluation guides**. Edinburgh: Scottish Development Center for Mental Health.
31. **HMN/WHO** (2008) **Framework and Standards for Country Health Information Systems**. Geneva: WHO.
32. **KAPLAN, G.** (2007). Health Inequalities and the Welfare State: perspectives from social epidemiology. *Norsk Epidemiology*, 17, N°1, PP. 9-20.
33. **KNAPP, M. et al** (Eds.) (2007). **Mental health policy and practice across Europe**. England: McGraw-Hill.
34. **KORKEILA, J. e al** (2003). Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, pp. 451-459.
35. **LAVIKAINEN, J., FRYERS, T. & LEHTINEN, V.** (Eds.)(2006). **Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the Mindful project**. Finland: Stakes and European Union.
36. **LESSARD-HÉBERT, M.** et al (2005). **Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas**. Lisboa: Instituto Piaget.
37. **MARMOT, M. & WILKINSON, R.** (2006). **Social Determinants of Health**. New York: Oxford University Press.
38. **MCDAID, D.** (2005). **Policy brief. Mental Health I. Key issues in the development of policy and practice across Europe**. WHO: European observatory on health systems and policies.
39. **MCEWAN, K. & GOLDNER, M.** (2001). **Accountability and performance indicators for mental health services and support. A resource kit**. Ontário: Health Canada.
40. **MCKINLAY, J.** (1997). Paradigmatic obstacles to improving the health of populations – Implications for health policy. *Salud pública de México*, Vol. 40, n°4, pp. 369-379.
41. **MINISTÉRIO DA SAÚDE/DGS** (2004a). **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
42. **MINISTÉRIOS DA SAÚDE/DGS** (2004b). **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. II**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
43. **MOREIRA, P. K.** (2007). **Public health policy in action. Framework for a new rhetoric of persuasion**. BookSurge Publishing.
44. **MOREIRA, P. K.** (2008). **Uma nova estratégia para a saúde**. Iprisverbis, n°1, publicação do Instituto Português de Relações Internacionais e Segurança.

45. **NORDENFELT, L. (1993). *Quality of Life, Health and Happiness*.** Institutionen för hälsa och samhälle.
46. **NORDENFELT, L. (1995). *On the nature of health. An action-theoretic approach*.** London: Kluwer Academic Publishers.
47. **NORDENFELT, L. (2000a). *Action, Ability and Health. Essays in the Philosophy of Action and Welfare*.** London: Kluwer Academic Publishers.
48. **NORDENFELT, L. (2000b). *Conversando sobre saúde. Um diálogo filosófico*.** Florianópolis: Bernúncia Editora.
49. **NORDENFELT, L. (2001). *Health, Science and Ordinary Language*.** Amsterdam – New York: Rodopi.
50. **NORDENFELT, L. (2003). Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 25, nº18, pp. 1078-1079.**
51. **NORDENFELT, L. (2006a). Establishing a middle-range position in the theory of health: a reply to my critics. *Health Care and Philosophy*, 10, pp. 29-32.**
52. **NORDENFELT, L. (2006b). On health, ability and activity: comments on some basic notion in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28 (23), pp. 1461-1465.**
53. **NORDENFELT, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Health care and Philosophy*, 10, pp. 5-10.**
54. **NUNES, R. (2005). *Regulação em saúde*.** Porto: Uniarte gráfica Lda.
55. **OMS (2002). *Active Ageing: a policy framework*.** Geneva: OMS.
56. **OMS (2005a). *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*.** Copenhaga: World Health Organization.
57. **OMS (2005b). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*.** Copenhaga: World Health Organization.
58. **OMS (2005c). *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*.** Copenhaga: World Health Organization.
59. **OMS (2005d). *Mental health information systems*.** Geneva: OMS.
60. **OMS (2008). *Health Information Systems. Toolkit on monitoring health systems strengthening*.** Geneva: OMS.
61. **PARKINSON, J. (2008). *Monitoring of mental health locally: sub-national availability of data for the national mental health indicators for adults*.** Health Scotland.

62. QUIVY, R. (2005). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva.
63. RYCHETNIK, L. et al (2004). A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, pp.538-545.
64. RUTMAN, L. (eds) (1977). **Evaluation Research Methods: a basic guide**. London: Sage Publication Ltd.
65. SÁ, E. (1997). **A maternidade e o bebé**. Lisboa: Fim de século.
66. SECKER, J. (1998). Current conceptualisations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research. Theory & Practice*, Vol. 13, nº1, pp. 57-66.
67. SEMPÉ (1992). **Marcelino Calhau**. Lisboa: Teorema.
68. SEN, A. (2002). Why health equity?. *Health Economics*, 11, pp. 659-666.
69. SIMÕES, J. (2004). **Retrato Político da Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Almedina.
70. TEIXEIRA, C. (1999). Epidemiologia e planeamento em saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 4 (2): 287-303.
71. TENGLAND, P. A. (2001). **Mental health: a philosophical analysis**. Netherlands: Kuwer Academic Publishers.
72. TENGLAND, P. A. (2007) A two-dimensional theory of health. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 28, pp. 257-284.
73. TONES & TILFORD (2001). **Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity**. UK: Nelson Thornes, LTD.
74. U. S. Department of Health and Human Services. **Centres for Disease Control and Prevention (2005). Introduction to program evaluation for public health programs: a self-study guide**. Atlanta, GA: Centres for Disease Control and Prevention.
75. WAHLBECK, K. (2006a). **Mental health in EU monitoring Systems**. LAVIKAINEN, J., FRYERS, T. & LEHTINEN, V. (Eds.)(2006). *Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the Mindful project*. Finland: Stakes and European Union.
76. WAHLBECK, K. (2006b). **MINDFUL. Mental health information and determinants for the European level**. Finland: STAKES
77. WILKINSON, R. & MARMOT, M. (Eds)(1998). **Social determinants of health. The solid facts**. Copenhagen: WHO.

GLOSSÁRIO

- **Actividade I:** Sequência de acções realizada por um agente
- **Actividade II:** Ocorrências ou acções implementadas no âmbito de um programa.
- **Atribuição:** Determinação da medida em que os resultados efectivos de um programa se devem às intervenções que foi implementada.
- **Avaliação:** Curso de acção estruturado para aferir o valor ou resultados de um determinado programa.
- **Avaliação da Efectividade:** Avaliação organizada para aferir em que medida um programa atingiu os resultados esperados previstos nos seus objectivos
- **Bem-estar:** Estado subjectivo marcado por emoções positivas que faz referência a todos os domínios da vida humana: físico, mental, social e espiritual. .
- **Capacidade (“Capability”):** Capacidade de acção ou capacidade de agência.
- **Circunstancias padrão (“standard circumstances”):** Características específicas de um determinado contexto.
- **Condições determinantes de saúde:** Factores individuais ou sociais que tem o poder de influenciar a saúde.
- **Contexto:** ambiente externo onde decorre a aplicação ao programa.
- **Determinante:** Factor que está associado à causa de uma doença ou problema de saúde e cuja presença é necessária, mas raramente suficiente, para o seu desenvolvimento e evolução.
- **Desvantagem (na definição do ICF):** Uma desvantagem é um prejuízo que um determinado indivíduo tem resultante de um dano ou de uma incapacidade e que o limita ou impede no cumprimento de um papel que é normal para aquele indivíduo (consoante a idade, sexo e os factores culturais).
- **Doença (“disease”, na teoria bioestatística):** Estado no corpo ou na mente causado pela alteração das funções físicas ou mentais de um indivíduo.
- **Doença (“disease”, na teoria holística):** Processo do corpo ou na mente de um indivíduo causado por alteração das funções físicas ou mentais de um indivíduo que tende a reduzir a sua saúde.

- **Efectividade:** *Relação entre os resultados (efeitos e impactes) de um programa e as actividades que constituem a estratégia de intervenção, envolvendo a eficácia dessas acções e a eficiência da utilização dos recursos que as sustentam.*
- **Efeito:** *Mudança na exposição a factores determinantes de um problema de saúde como resultado decorrentes das actividades de um programa.*
- **Eficácia:** *Propriedade de um recurso numa situação de utilização ideal que representa a sua capacidade em produzir o resultado a que se destina.*
- **Eficiência:** *Relação entre os resultados decorrentes das actividades de um programa e os recursos utilizados para a concretização das actividades (logo para produzir esses resultados).*
- **Epidemiologia:** *Estudo da distribuição e dos determinantes dos estados de saúde ou acontecimentos a ele associados, em populações específicas, e a aplicação desse estudo ao controlo dos problemas de saúde.*
- **Esperança de Vida sem Incapacidade:** *Utilizada como sinónimo de esperança de vida com saúde; é medida através do grau de dificuldade que uma pessoa tem em realizar as actividades vida diárias; o tempo que se possa viver sem incapacidade é especialmente importante para uma população a envelhecer.*
- **Estado de saúde:** *Nível global e integral de funcionamento de um indivíduo.*
- **Felicidade (na teoria holística):** *Uma pessoa P estará completamente feliz se P deseja que X seja o caso; se X constitui a totalidade dos desejos de P; se P constata que X é o caso.*
- **Funcionalidade:** *Capacidade de actuação de um indivíduo nos seus contextos de vida.*
- **Habilidade (“ability”):** *Propriedade individual que constitui um recurso para a acção.*
- **Holismo:** *Do grego “holos” que significa todo, refere-se ao paradigma que assume a ideia de que as propriedades de um sistema, quer se trate de seres humanos ou de outros organismos, não podem ser explicadas apenas pela soma dos seus componentes. É também denominado não-reducionismo e opõe-se ao atomismo e ao materialismo.*
- **Impacte:** *Mudança na situação de saúde colectiva e nos problemas de saúde associados como resultado decorrentes das actividades de um programa.*
- **Incapacidade (“disability”):** *Qualquer restrição no agir que é imposta pela falta de habilidade para desempenhar uma acção ou actividade.*

- **Independência:** capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com autonomia na comunidade, sem ajuda ou com a pequena ajuda de outrem.
- **Insaúde (“illness”na teoria bioestatística):** Percepção e interpretação subjectiva de um estado de doença como sofrimento ou um estado indesejável.
- **Insaúde (“illness”na teoria de Reznek):** Uma enfermidade só deve ser considerada uma doença se causar sofrimento ou prejuízo para o seu portador.
- **Insaúde (“illness”na teoria holística):** Estado de diminuição da saúde ou experiência de não saúde que decorre da incapacidade.
- **Indicador:** critério utilizado na avaliação de um programa, directamente relacionado com os objectivos do mesmo.
- **Inputs:** recursos utilizados num programa para possibilitar a implementação das actividades
- **Intervenção:** plano de acção organizado e sistemático
- **Meta vital:** Estado cuja realização é uma condição para a felicidade mínima de um indivíduo.
- **Monitorização:** Seguimento contínuo e sistemático das actividades ou resultados intermédios de um programa.
- **Objectivo:** conteúdo declarativo que expressa os resultados esperados de uma determinada acção, a serem alcançados por uma pessoa ou grupo de pessoas num determinado período de tempo.
- **Outcomes:** Mudanças esperadas como resultado da aplicação de um programa.
- **População Alvo:** Audiências a quem são dirigidas as actividades de um programa para produzir mudanças num problema de saúde colectiva.
- **Produto:** Resultados directos e tangíveis das acções de um programa
- **Programa:** Conjunto de actividades organizadas e sustentadas por um conjunto organizado de recursos para atingir um conjunto de resultados esperados (objectivos)
- **Qualidade de Vida:** Percepção individual positiva acerca da posição de vida.
- **Saúde biomédica:** Ausência de doença e portanto estado que implica que todas as funções físicas e mentais do individuo sigam os padrões normais da espécie.

- **Saúde holística:** *Uma pessoa P será completamente saudável se, e apenas se, P possuir uma habilidade de segunda ordem para alcançar metas vitais dentro de um conjunto de circunstâncias padrão.*
- **Saúde OMS:** *Estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.*
- **Saúde Pública:** *Esforço colectivo e organizado da sociedade, principalmente através das suas instituições de carácter público, para melhorar, promover, proteger e restaurar a saúde das populações por meio de acções de alcance colectivo.*

