



**[como vêm
as pessoas]
O que é
saúde?**

Um território em construção gradual

“Everyone who is born holds dual citizenship, in the kingdom of the well and in the kingdom of the sick. Although we all prefer to use the good passport, sooner or later each of us is obliged, at least for a spell, to identify ourselves as citizens of that other place.”

Susan Sontag

Tão eficiente e silencioso é o funcionamento do nosso organismo que dificilmente estamos aptos a articular sobre o extraordinário feito que é “ser saudável”; enquanto funciona, esse estado merece-nos pouca racionalização. Não é, portanto, de estranhar que o conceito de saúde surja como oposição à doença. Na verdade, o raciocínio de que o território da saúde termina onde começa o território da doença era expectável. [vide página 31 - “Significações de Saúde”].

Menos esperado era não haver correspondência entre o diagnóstico da doença e o reconhecimento da ocupação desse território. Há uma lacuna entre o acontecimento biológico da doença e o acontecimento humano que é a integração da figura de doente. Talvez esta ambivalência explique porque na língua inglesa se distingue doença (disease), do sentir-se doente (illness), do comportar-se como um doente (sickness).

A doença não basta para o rótulo. Só quem aceita o estatuto de doente, ou seja, assume a doença como um aspecto identitário, se coloca naquele território. Se a doença não interfere no desempenho das suas responsabilidades (profissionais, familiares, sociais) e, sobretudo, não compromete a sua autonomia, a tendência é que a pessoa se projecte no território da saúde, mesmo que admita viver numa condição de fronteira - uma espécie de limbo onde se tenta comportar como um doente razoavelmente saudável.

A transmutação para o território da doença só ocorre quando há uma falência de capacidade ou uma perda de identidade, em que o doente se sente “menos pessoa” e dependente de outros. Isso explica porque nem sempre há correspondência entre a visão dos médicos e a da pessoa e se torna menos óbvia a fronteira entre os dois territórios.

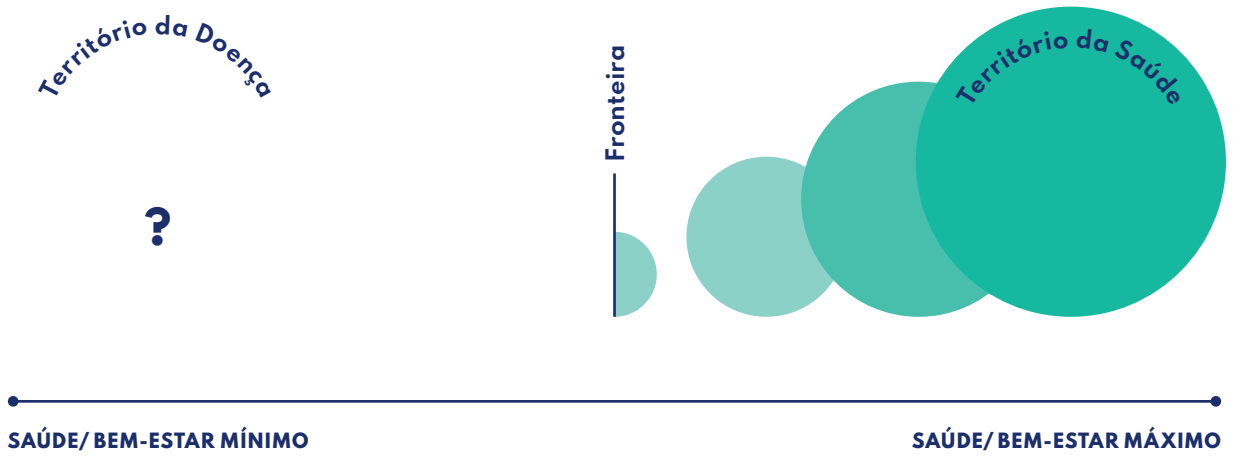
Se há consenso sobre a existência de dois territórios contíguos, o mesmo não pode dizer-se sobre as concepções que se fazem desses territórios. Quem nunca esteve (gravemente) doente, faz uma grande separação entre os territórios e revela maior dificuldade em dar significados à saúde, muitas vezes resumindo saúde a um compromisso de comportamentos que garantem a manutenção desse estado (como ter uma alimentação cuidada ou fazer exercício físico regularmente).

Quem passou por um processo de doença consegue fazer apreciações sobre saúde mais fundamentadas, tendo melhor integrada a noção de susceptibilidade desse estado. Nesta perspectiva, o território da saúde não se estabelece tanto por oposição à doença, mas pelo sentimento de controlo sobre o próprio estado de saúde. A fronteira entre os territórios é altamente subjectiva e estabelece-se no ponto a partir do qual a pessoa sente que a sua condição de saúde escapa ao seu controlo e depende de esforços que ultrapassam a sua possibilidade de acção (sejam tratamentos, medicamentos, alimentação ou outros).

É pela exploração que se percebe o território da saúde. Nos mapas internos, vão-se assinalando, pela experiência [ou biografia], os seus contornos, pontos altos e períodos críticos. Isto é válido tanto pela perspectiva da doença como da saúde. Quando, por exemplo, por alterações na alimentação, se melhora a sensação de bem-estar, é também um território novo que se explora. Perceber os territórios da saúde e da doença pelo olhar da pessoa e não pelo olhar do médico é o que nesta investigação se propõe.

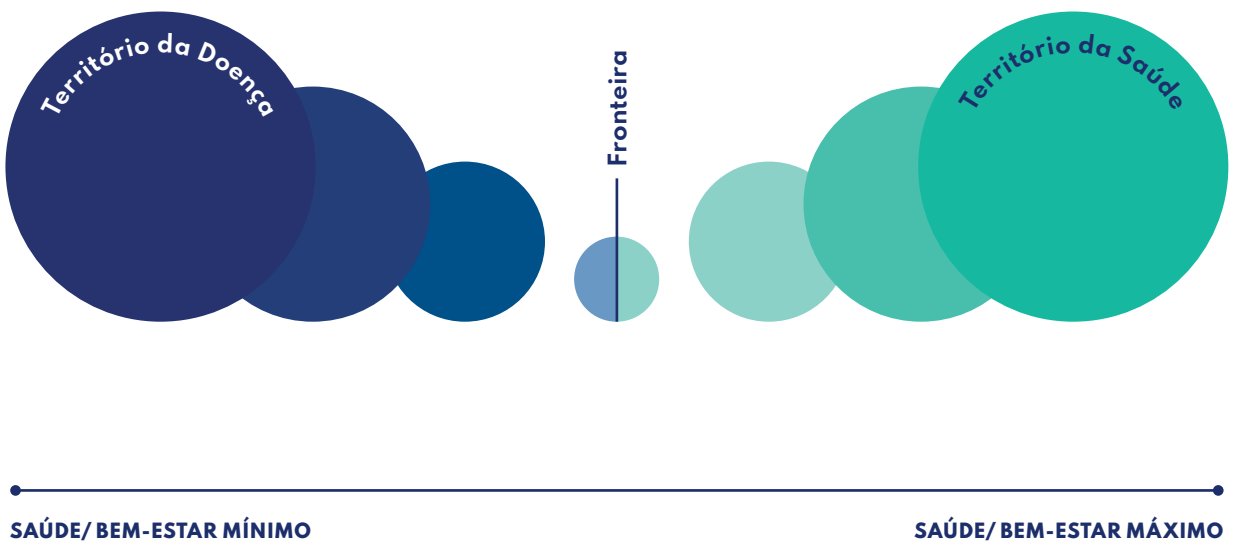
TERRITÓRIO DA SAÚDE

na percepção de quem só conhece a saúde

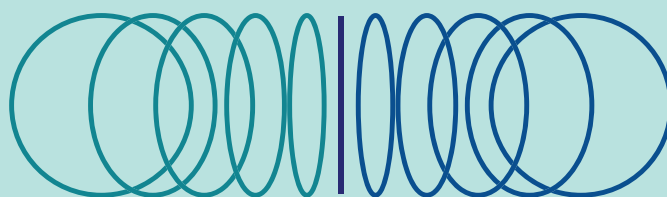


TERRITÓRIO DA SAÚDE

na percepção de quem habitou o território de doença



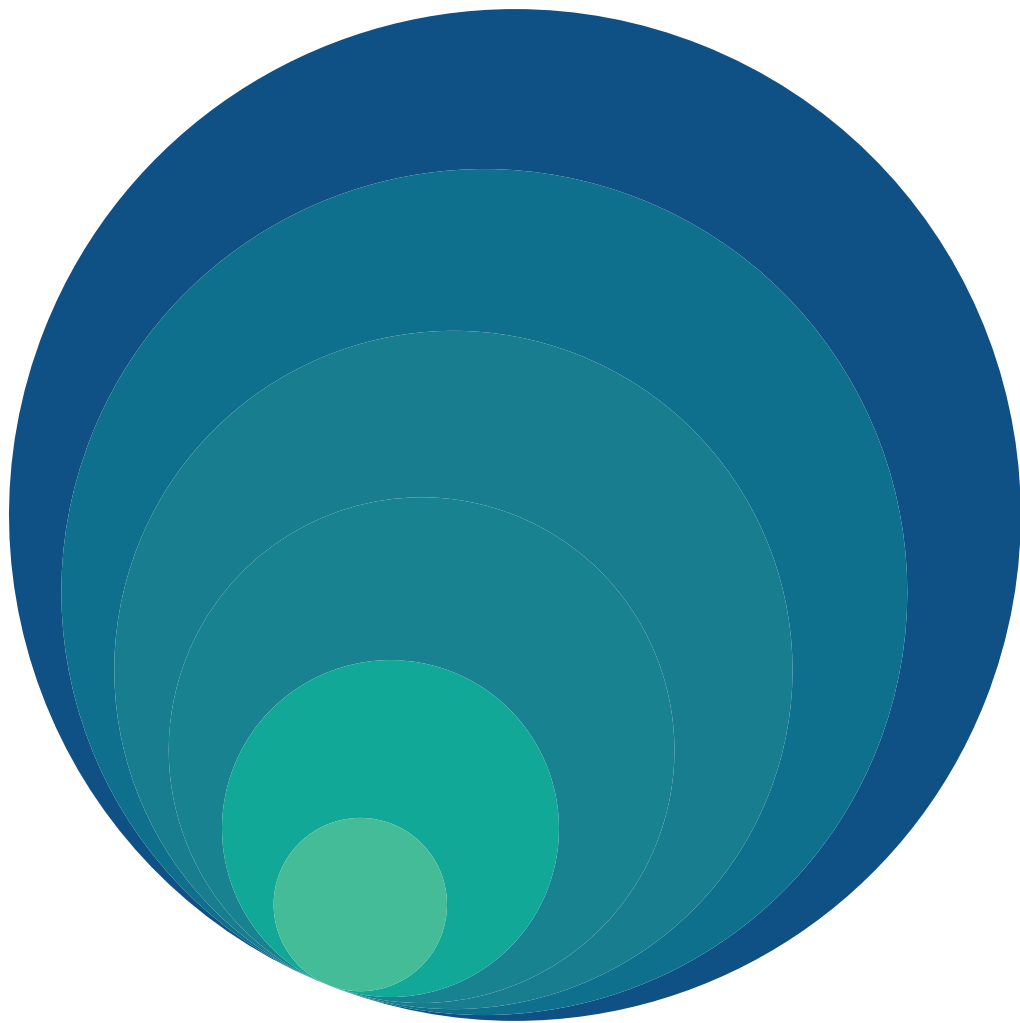
A perda de identidade em discurso directo



“Este meningioma foi crescendo, eu comecei a ter dores de cabeça alucinantes e comportamentos desviantes. No último ano, antes de ser operada, isolei-me bastante, coisa estranha em mim porque eu sou um ser iminentemente social... e não, meti-me em casa, desleixei-me fisicamente, desleixei-me a nível do meu vestuário, do meu aspecto e não me apercebi, eu não tinha consciência disso.”

“Também me desleixei na minha casa, na arrumação, na limpeza. Felizmente a minha filha já tinha 18 anos e ia fazendo as coisas. Várias vezes lhe disseram que eu estava deprimida e aquilo que a minha filha dizia era: Não, a minha mãe não é a minha mãe! – Ou seja, a minha mãe não está igual.”

M, 63 anos, Porto



A saúde vista de fora

A história da Saúde

O tempo e os recursos desta investigação não se compadecem com o que seria necessário ao retrato dos conceitos de saúde ao longo do tempo, nem tão pouco é essa a sua ambição. Em todo o caso, ela enriquece-se com a compreensão da história, na medida em que as concepções e os modelos de intervenção em saúde actuais representam a evolução desses conceitos. Do percurso histórico dos significados de saúde, que é também o da medicina, recuamos até aos três grandes períodos que marcam grandes inflexões na abordagem à saúde e, de certa forma, coexistem na actual conceptualização de saúde.

Modelo Biomédico (Sec. XVII) : Abordagem centrada na doença

Emerge de uma orientação científica que olha o universo a partir de um modelo mecânico. Neste período, o mundo e os seres vivos, tal como as máquinas, são entendidos como sendo formados por um conjunto de peças. O ser humano é um conjunto de peças que se encaixam ordenadamente e segundo um processo racional. A doença consiste numa avaria temporária ou permanente de um funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Nesta visão cartesiana do mundo, curar a doença equivale à reparação da máquina. São as características universais da doença, e não tanto o indivíduo, o centro da atenção médica. Nesta fase, consideram-se menos significativos os factores ambientais (morais, sociais, comportamentais) e a visão holística da pessoa é substituída pela tendência de reduzir os sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada separadamente. Este modelo centrava-se no corpo, menosprezando o ambiente e as emoções.

1ª Revolução de saúde (sec. XIX): Abordagem centrada na prevenção da doença

A revolução industrial teve graves consequências na saúde. Grandes epidemias decorrentes de mudanças sociais (aglomeração em cidades e fracas condições de salubridade) facilitavam a difusão de microorganismos causadores de grande morbidade e mortalidade e conduziram ao desenvolvimento das modernas medidas de Saúde Pública. Para prevenir as doenças era necessário controlar os agentes patogénicos, o que foi feito por iniciativas que vão desde a construção de sistemas de esgotos ao desenvolvimento de vacinas. Quando falhavam, intervinha a medicina curativa que, em meados do sec. XX, encontrou nos antibióticos um auxiliar eficaz na destruição desses microorganismos. Uma das evoluções para uma concepção mais actual passou pela aceitação de que a doença pode ter causas múltiplas.

2ª Revolução da Saúde (2ª metade do séc. XX) : Abordagem centrada na saúde

Nos países desenvolvidos, controladas que estavam as doenças infecciosas, as doenças que mais contribuem para a mortalidade têm origem comportamental. O equivalente ao germe é o comportamento individual. A vacina, agora, teria de ser a modificação do comportamento em sentido lato, tal como deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o stress, praticar exercício, dormir um número de horas adequado e verificar periodicamente o seu estado de saúde. A nova concepção de saúde é fixada pela OMS no documento “Metas de Saúde para todos”, com tradução portuguesa em 1986. Estabelece 2 conceitos centrais: i) promoção de saúde, pela capacitação das pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar e ii) promover estilos de vida saudáveis.

Significações leigas de saúde

Em 1973, o investigador Claudine Herzlich entrevistou 8000 pessoas da classe média de Paris e da região rural da Normandia para estudar os significados que as pessoas atribuíam à saúde e à doença. Na investigação, resume em três categorias a forma pela qual as pessoas leigas em medicina representam a saúde. Recuperamo-las aqui por ser ainda entre estas categorias que as pessoas flutuam.

SAÚDE NO VÁCUO

A saúde é concebida como ausência de doença.

A pessoa não tem consciência do próprio corpo ou, simplesmente, não é aborrecida por sensações corporais. Há uma espécie de “silêncio corporal”.

RESERVA DE SAÚDE

A saúde associado à capacidade de resistência à doença, ou seja, a fortaleza que permite a cada pessoa defender-se da doença ou accionar dispositivos que agilizem da sua recuperação. Assim posta, a saúde surge não como um estado, mas como um recurso intrinsecamente pessoal de que se dispõe, seja por factores genéticos, contexto familiar ou comportamentos que ao longo do tempo terão conduzido ao reforço do stock individual de saúde.

EQUILÍBRIO

A saúde aliada a uma concepção de bem-estar físico, emocional e psicológico que suplanta as questões funcionais. É um conceito holístico de saúde, em que corpo e mente estão interligados e, em conjunto, conduzem a um estado de harmonia. Enquanto nas primeiras definições a saúde se determina por ausência de doença ou por uma estrutura que lhe permite resistir, aqui supõe um equilíbrio susceptível de variações no dia-a-dia, sobre o qual o indivíduo considera poder actuar.

Fonte: Albuquerque, Carlos & Ferreira de Oliveira, Cristina
Saúde e Doença: significações e perspectivas em mudança

Saúde mental como reconfigurante

Há uma geografia no território da saúde só conhecida pelos que experimentaram uma perturbação mental. Como quem descobre a vertigem perante um precipício, percebem que a queda se pode atribuir a acontecimentos que estão além do seu controlo. As pernas funcionam, o corpo está seguro, mas há uma outra dimensão de saúde, cuja falência é difícil de explicar, que as coloca numa situação de profundo desequilíbrio.

A doença mental é descrita como algo particularmente sombrio. Embora se tenham entrevistado pessoas com episódios graves de doença (como oncológicas ou auto-imunes), só nos discursos de quem passou por uma doença mental surgiram expressões sobre a morte como um alívio que a dada altura se deseja.

Por ser uma situação em que as pessoas facilmente se sentem subtraídas de si próprias, a transição para o território da doença é muito mais óbvia nestes casos do que nas doenças físicas.

Ao contrário da doença do corpo – que é sempre específica na causa e objectiva na terapêutica - na doença mental os pontos de entrada e de saída não são óbvios. *“No corpo, a gente toma o comprimido e passa. [Na cabeça] quando tenho as coisas aflitas, é diferente. (...) Estas coisas sempre voltam, mas eu já não tomo os medicamentos. Dá-me vontade para chorar, vou para um sítio e choro.”* O desabafo de uma açoriana de 44 anos com histórico de depressão é bem a prova de como, em matéria de saúde mental, o processo de cura é difícil.

Quem, na sua trajectória, se cruzou com um diagnóstico de doença mental, sabe estar numa luta constantemente a ser travada.

Há uma noção de risco, uma maturidade na compreensão da fragilidade da sua condição de saúde, que leva a que as pessoas se coloquem numa situação de fronteira com a doença, mesmo quando estabilizadas.

Na amostra, 7% dos inquiridos tem uma doença mental diagnosticada. É possível (e provável) que o peso dos que têm problemas de saúde mental seja superior, já que muitas pessoas não atingem o limiar requerido para um diagnóstico de perturbação psiquiátrica e outras nem chegam a procurar ajuda. Sabemos que a saúde mental ainda vive na sombra de alguns preconceitos. Dos discursos, percebe-se a tentativa de fuga deste rótulo, também pelo estigma associado a esse tipo de doença. 66% dos inquiridos a quem foi diagnosticada doença mental reconhece ainda sentir discriminação da sociedade em relação a algumas doenças, como as mentais, e 75% admite resistência em pedir ajuda quando está doente (um número bastante superior ao dos que apresentam outro tipo de doenças).

Uma resposta inadequada por parte dos serviços de saúde dificulta na abordagem a uma doença difícil de diagnosticar, sendo muitas vezes entregue à própria pessoa a tarefa de resolver, como puder, os seus problemas mentais. Tudo sugere que, mesmo em termos de saúde pública, a relação entre a dimensão do problema e a atenção que lhe é afectada é desproporcional. Estudos sobre a prevalência de doença mental em Portugal (como o da Nova Medical School) registam intervalos de tempo muito alargados entre o aparecimento dos primeiros sintomas com impacto clínico e o recurso a qualquer forma de tratamento adequado (por ex., 4 anos para Depressão Major). Na nossa amostra, mais de metade das pessoas que reconhecem algum tipo de descontrolo do foro psicológico gostaria de ter mais acompanhamento na área da saúde mental.

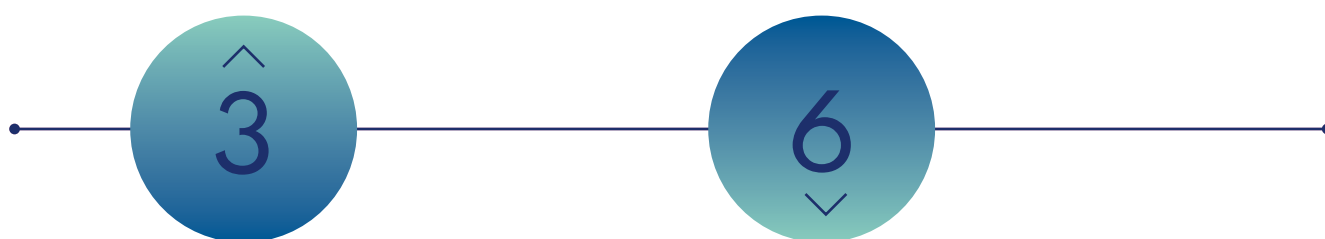
**Numa escala de 1 a 10,
como avalia o seu estado de saúde actual?**

“Ser saudável é não ter situações como eu tive ontem, uma crise descomunal de ansiedade. [Ontem] eu senti-me horrivelmente mal. Porque o nível de acumular de situações é tão grande, que rebenta com a nossa saúde. Tive um cancro, mas sei que o que me vai matar um dia vão ser os meus nervos. Porque isso é o que descontrola tudo isto.”

“Estou num 3, tenho claramente a noção. Por dentro, estou um caco. Sinto-me completamente descompensada da cabeça. (...) Já tive de chamar uma ambulância. Foi o primeiro caso efectivo de ansiedade, estava com a sensação que estava a ter um AVC. Foi há uns 3 anos.”

“Ontem na conversa com a enfermeira, ela disse que chegou a altura de ser acompanhada por alguém, um psicoterapeuta. Agora é o segundo passo, que é ganhar coragem para ligar.”

M, 44 anos, casada, com filhos, doença oncológica dada como curada, Rio de Mouro



“De 1 a 10... um seis. Tem a ver com um problema de ansiedade crónica que tenho. É uma doença que tem momentos melhores e piores e, neste momento, sinto-me mais ou menos tranquilo.”

“Não quero explicar o que é um ataque de pânico. Os mais graves são aqueles em que eu estou no chão, enrolado, e o único desejo que tenho é falecer. O sentimento de ansiedade, o medo, é tão grande, que a única coisa que desejo é terminar a vida naquele momento. Não se conseguem diminuir aqueles sentimentos. A pessoa não é capaz de fazer rigorosamente nada. Posso ter as melhores pernas, braços, coração do mundo, mas, se a minha cabeça não funcionar, não serve de nada porque não tenho sequer capacidade de me levantar de uma cadeira.”

“Agora percebo que a minha mãe, a família, têm o mesmo problema, mas não aceitam porque na sociedade vão ser vistos como uma pessoa fraca, que não presta. Eu próprio, tinha esse estigma. Esse é o grande problema, é uma doença escondida.”

H, 40 anos, casado, com filhos, doença mental diagnosticada, Faro

Tal como a física, a saúde mental não é apenas a ausência de doença mental. É um aspecto indissociável de bem-estar, que garante o funcionamento - familiar, social, profissional – no dia-a-dia.

A dificuldade em lidar com as pressões da vida, a menor flexibilidade emocional ou a baixa resiliência perante adversidades, deixam algumas pessoas numa zona cinzenta, difícil de delinear. 11% da amostra considera não ter controlo sobre a sua situação de saúde por motivos psicológicos, apesar de não ter qualquer doença diagnosticada (física ou mental). A instabilidade e o descontrolo emocional são os sentimentos que mais se associam a essa sensação (mais comum entre as mulheres).

O peso dos que se acham na zona cinzenta é muito desigual por idades, descrevendo uma linha decrescente entre os segmentos etários – de 25% entre os 18 e os 24 anos até ao 1% entre os 75 ou mais anos.

Uma vez que esta análise parte de um auto-diagnóstico, a distância etária levanta uma questão fundamental: a juventude é uma fase mais susceptível de desregulação psicológica e emocional, ou as novas gerações têm uma nova concepção de saúde e estão mais despertas para a saúde mental que as gerações mais velhas? A linha (no gráfico ao lado) descreve o problema ou a capacidade de reconhecer o problema?

Embora, em geral, seja conveniente à ciência separar a saúde mental da física, é uma separação fictícia. Vários estudos demonstram a relação entre as duas saúdes, sabendo-se que as perturbações de uma pressagiam a ocorrência de perturbações na outra – mesmo que os mecanismos específicos dessas relações não sejam totalmente conhecidos. Um estado emocional negativo pode desencadear uma cascata de alterações no sistema imunitário e cria maior susceptibilidade a uma série de doenças físicas.

A relação entre a saúde física e mental não se estabelece apenas (ou sempre) por efeitos fisiológicos, mas também por influenciar a adesão a comportamentos de saúde, seja na lógica da prevenção como da promoção. É sabido que um doente deprimido tem mais probabilidade de não aderir a recomendações do médico do que um não deprimido. Também neste estudo, a saúde mental surge profundamente vinculada aos esforços que as pessoas fazem para manter ou ganhar saúde.

Tanto na análise quantitativa como pelas entrevistas se detecta uma forte relação entre as vivências psicológicas e o esforço para se ser saudável. Por um lado, há visivelmente menos acção pró-saúde – em esforço para se ser saudável e adesão a um estilo de vida saudável - entre as pessoas que ocupam a dita “zona cinzenta”, ou seja, que reconhecem, neste momento, algum tipo de stress psicológico.

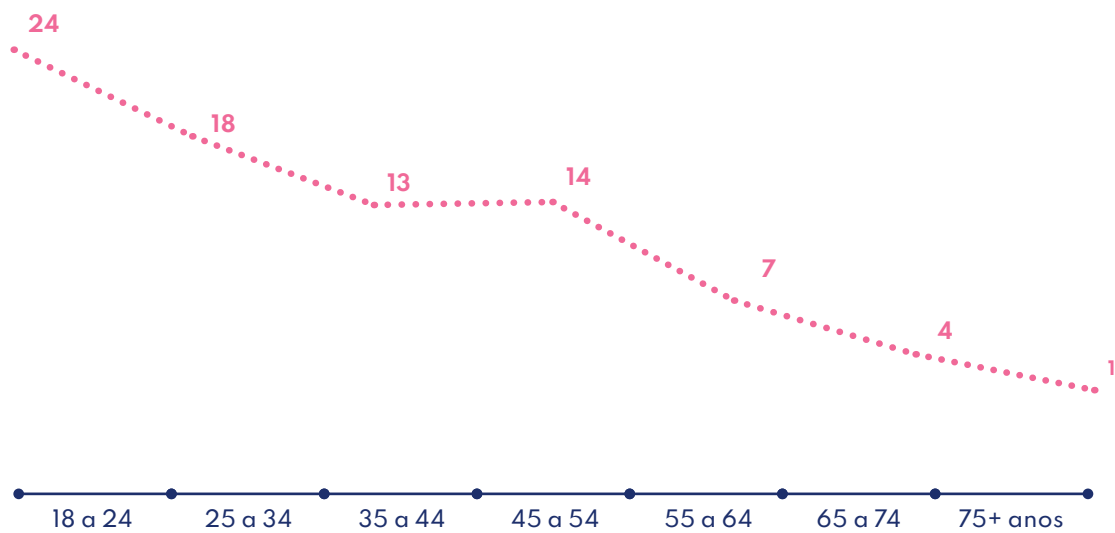
Por outro lado, se as pessoas admitem ter uma inclinação para problemas psicológicos (i.e., dificuldade em controlar pensamentos e sentimentos que provocam mal-estar), mas se encontram num ponto de equilíbrio, fazem um grande esforço para se manter nessa posição. Precisamente para evitar o desequilíbrio, são tendencialmente mais vigilantes e aderentes a comportamentos que possam segurar ou estimular a sua posição no eixo do seu bem-estar [vide Condição Itinerante].

ZONA CINZENTA NO TERRITÓRIO DA SAÚDE — %

11%

Sente não ter controlo sobre a sua saúde por aspectos do foro psicológico, embora não tenha nenhuma doença diagnosticada (física ou mental)

N=1029



O QUE LEVA AO SENTIMENTO DE DESCONTROLO?

64%

A instabilidade da forma como me sinto

61%

Não conseguir controlar as minhas emoções

O QUE CONSIDERA ESTAR NA BASE DESSE SENTIMENTO?

55%

O contexto de pandemia em que vivemos

36%

A minha natureza

43%

O meu trabalho

33%

O meu contexto económico

N=117

TIPOLOGIA DE DOENTE:

Uma Abordagem Psicológica à Doença

Nas últimas décadas, os investigadores apontam os factores psicológicos como peças determinantes no modo como o indivíduo experiencia a saúde. Tais factores explicarão as razões pelas quais pessoas com parâmetros biológico-fisiológicos muito semelhantes revelam experiências subjectivas de saúde muito distintas, e vice-versa. Numa dessas pesquisas (Stalpers, 2009), foi desenvolvido um modelo que descreve um padrão de relações entre a experiência subjectiva de saúde e três determinantes psicológicos: o controlo, a aceitação e o ajuste percebidos.

Em resumo, o controlo será a crença da pessoa de que a sua condição de saúde pode ser influenciada ou controlada por si mesma ou por outros; a aceitação será a sensação de que a sua condição de saúde e os possíveis constrangimentos ao seu funcionamento, são aceitáveis e adequados para si, como pessoa. O ajustamento corresponderá à medida em que a pessoa se disponha e seja bem sucedida na adequação dos seus comportamentos aos constrangimentos que percebe que lhe são impostos pelo seu estado de saúde. Sugere o mesmo estudo que, enquanto o controlo e a aceitação percebidos têm um impacto relativamente grande na saúde (subjectivamente) experimentada, o impacto do ajustamento é menos pronunciado, pelo menos na população em geral.

Com base nos dois principais determinantes psicológicos da saúde subjectiva - o controlo e a aceitação percebidos – foi desenvolvida uma tipologia de doente. A relevância desta segmentação é a de permitir melhor orientação de acções junto das pessoas, ou seja, apoiar na personalização dos cuidados.

Do cruzamento daqueles determinantes resultam quatro “estilos mentais” que constituem uma base teórica para explorar estratégias melhor adequadas às dificuldades que cada pessoa apresenta. Sobre os quadrantes, adiantam a formulação do quadro ao lado.

Os determinantes de percepção de controlo e aceitação são construções dinâmicas, ou seja, são construções que podem mudar ao longo do tempo e circunstâncias. Isto implica que as pessoas não têm posições fixas em termos dos quadrantes ao longo do tempo.

A tipologia de doente pode e deve servir como um quadro de referência para otimizar opções de tratamento – sejam serviços oferecidos, adesão a terapêuticas ou a auto-gestão de cuidados de saúde por parte de pessoas portadoras de doença.

Fonte: Subjective Experienced Health As A Driver Of Health Care Behavior - Sjaak Bloem, Joost Stalpers, Nyenrode Research Paper - July 2012

37,5%

É portador de pelo menos
uma doença

N=1029



Não sente ter controlo
sobre o estado de saúde

Sente ter controlo
sobre o estado de saúde

Aceita ou quer
melhorar
o seu estado
de saúde

14 %

Vontade de mudar, mas sem capacidade e visão para realizar mudanças. Necessidade de planeamento e estrutura, por exemplo, através de ajuda prática.

31%

Alto nível de auto-suficiência. Necessidade de informação, de forma a fortalecer um sentimento de orgulho e confiança.

Não acredita que
pode melhorar
o seu estado
de saúde

25%

Passivos e inertes, pouco dispostos para a luta, e com baixos níveis de aspiração. Necessidade de orientação pessoal e próxima, a fim de dar esperança.

30%

A doença é um inimigo. Desperdiçam energia e são resistentes. Necessidade de apoio emotivo, para reduzir a tensão e a resistência.

NOTA METODOLÓGICA:

O modelo teórico proposto tem no eixo vertical a aceitação da situação de doente e no eixo horizontal o sentimento de controlo. Para adaptar as respostas do presente estudo ao modelo, usou-se por aproximação:

- Ao eixo horizontal, a resposta à questão: considera que a sua saúde – isto é – a sua condição física ou psicológica – está sob o seu controlo?, distinguindo entre Sim e Não

- Ao eixo vertical: a resposta à questão: tem a ambição de melhorar a sua situação de saúde?, tendo colocado na parte superior da tabela quem se sente bem onde está ou quer melhorar a sua situação; na parte inferior, quem o considera difícil ou impossível.

Por não serem as questões fiéis às que estão na base do modelo teórico, a dimensão dos quadrantes é um mero exercício de aproximação, e não uma segmentação exacta da amostra.

Uma condição itinerante

Seja qual for a forma ou significado que lhe atribuíam, a saúde pode ser representada como um eixo contínuo que se estabelece entre dois pólos: a saúde máxima (sem limite objectivo), e a saúde mínima, que culmina na morte. Todas as pessoas se colocam algures entre estes dois pólos, não sendo essa posição firme no tempo. Por mais robusta ou exuberante que seja a saúde, todos experimentam oscilações no eixo de saúde ou bem-estar ao longo da vida. De modo comum, vai-se deslizando no eixo à medida que a idade avança.

A extensão do eixo resume aquilo que cada um acredita ser o seu potencial de saúde, novamente distinto entre pessoas e para a própria pessoa, em função da consciência que tenha acerca da sua saúde ao longo do ciclo de vida.

Embora o potencial de saúde sofra de uma degradação natural (pelo decurso da idade), ele pode em cada momento ser renovado e reconquistado pela integração de comportamentos que levem a maior vitalidade e tempo de vida (com qualidade). Nessa medida, o indivíduo pode ser um produtor de saúde.

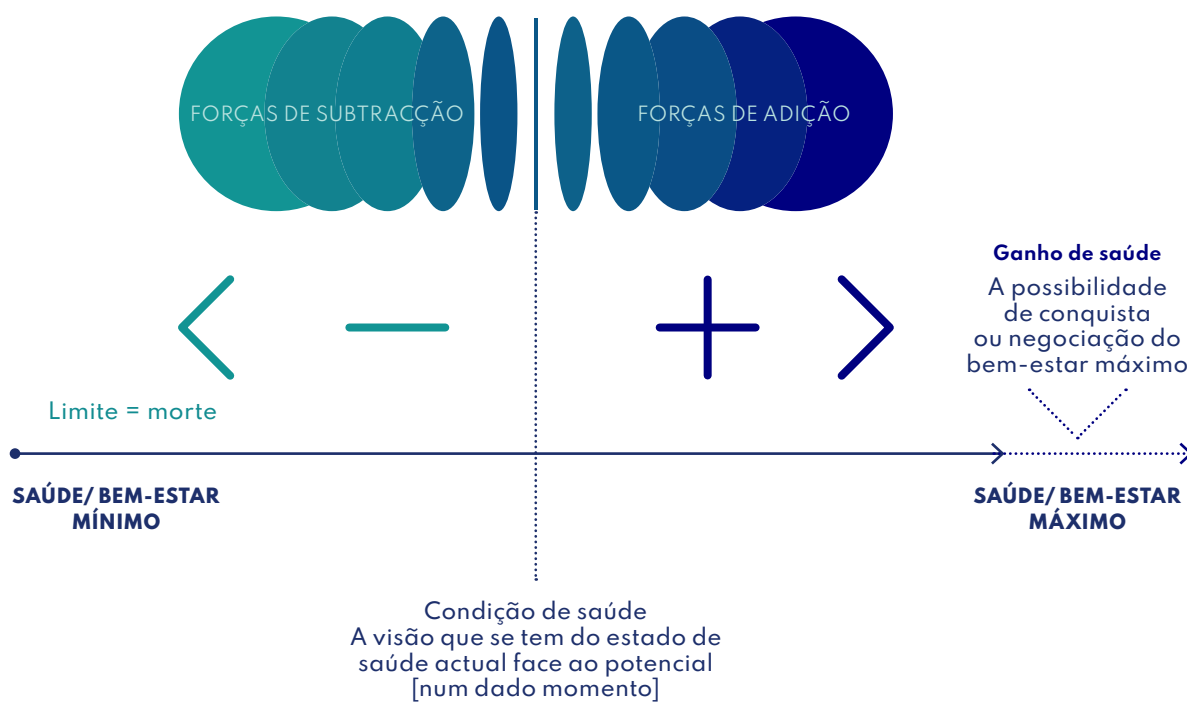
A posição no eixo é a apreciação que a pessoa faz da sua condição de saúde actual. É o reconhecimento de uma distância entre essa posição e a posição desejada ou ideal (dentro do possível), que induz comportamentos que conduzam a uma melhor posição no eixo. Quando a pessoa está satisfeita (ou não tem consciência da distância ao seu potencial de saúde), tende a manter-se nessa posição de equilíbrio, até sentir uma lacuna.

Os movimentos no eixo são sobretudo desencadeados por uma tensão entre forças de sentido contrário. De um lado, forças de sinal negativo, que subtraem bem-estar – sejam episódios de doença, acidentes, fases específicas do ciclo de vida (como a menopausa), ou outras, de carácter mais subjectivo, como traumas desencadeados por experiências de doença vividas. Do outro lado, a acção individual, mais ou menos apoiada por profissionais de saúde, que normalmente configura uma resposta. Estes movimentos no eixo são feitos a diferentes compassos. Há fases de paragem, há sprints, há provas de meio fundo e há marchas (mais) lentas. Metáforas para ilustrar picos de vitalidade, episódios de doença de gravidade e recuperação variável e o próprio envelhecimento, lento e gradual.

Assim sendo, o eixo tem três características chave:

1. É um segmento de recta, com limite superior (o potencial de bem-estar) teoricamente ilimitado, mas com um limite mínimo definido (que corresponderá à morte).
2. Tem uma extensão elástica, variável ao longo do tempo – na medida em que o potencial pode degradar-se ou ser negociado e melhorado pela integração de comportamentos – o que, em termos gráficos, significa a extensão do eixo.
3. Não garante lugares vitalícios (a não ser a morte). A condição de qualquer pessoa no seu eixo é sempre provisória ou itinerante, não sendo a maioria dos movimentos opcional. A permanência num determinado ponto do eixo estará sempre sob ameaça, é sempre não garantida.

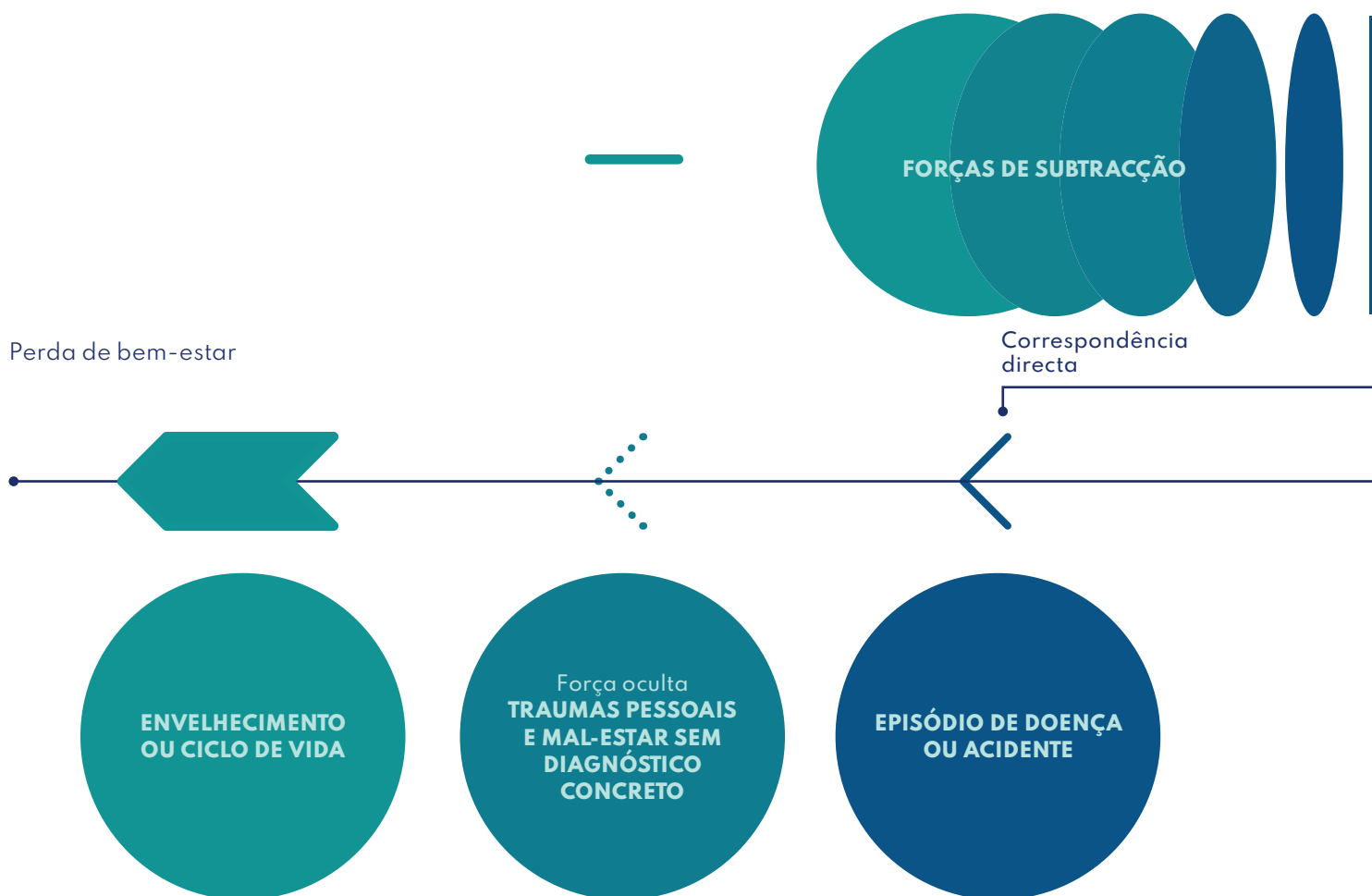
ILUSTRAÇÃO GRÁFICA DA CONDIÇÃO ITINERANTE NUM EIXO DE SAÚDE



Sabemos que o que induz movimentos no eixo de bem-estar é a tensão entre força(s) negativa(s) e forças positiva(s). Qual a escala e a natureza dessas tensões na sociedade? Como se manifesta ao longo do ciclo de vida? Que impulsos estão na base da acção individual?

Uma condição itinerante

Principais forças para a deslocação no eixo



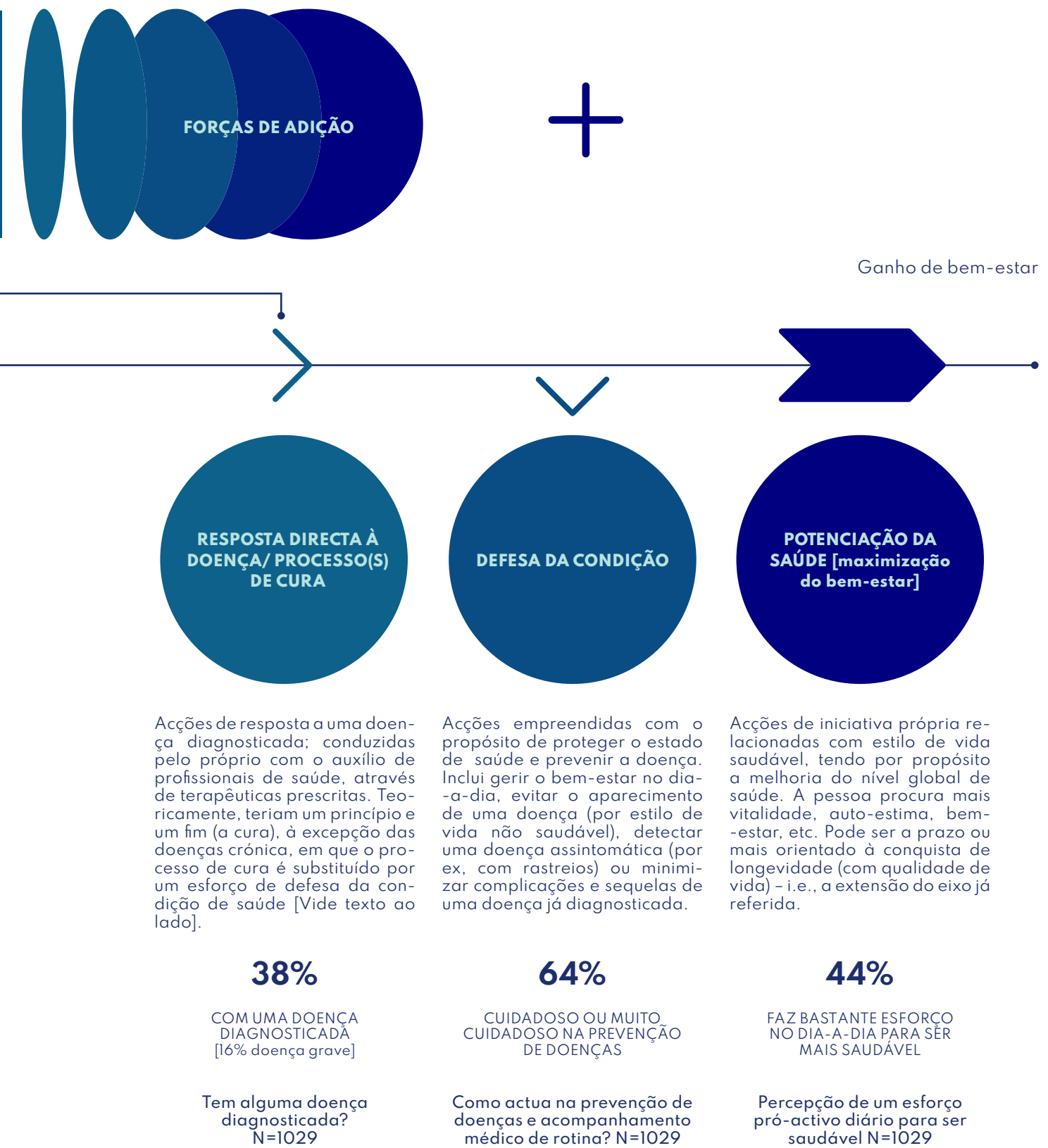
Do Ciclo de Vida resultam não apenas as exigências específicas de cada estadio de desenvolvimento humano - Criança, Adolescente, Adulto - como a força do envelhecimento - um processo de degenerescência do organismo, que decorre da natural passagem do tempo. Para além de eventuais doenças, a fase mais avançada acarreta disfunções, fragilidades e dependências.

Forças diversas, de carácter subjectivo. Podem ter sintomatologia (apesar da ausência de diagnóstico) ou ser simplesmente impulsos decorrentes de traumas relacionados com episódios de doença (do próprio ou de pessoas próximas); a consciência da herança genética - racional ou não - está nesta esfera do medo de uma patologia.

Doenças diagnosticadas ou acidentes diversos na natureza e gravidade que carecem de resposta evidente.

Força não previsível ou antecipável, ao contrário das que decorrem do processo natural de envelhecimento ou das que sejam relacionadas com etapas específicas do Ciclo de Vida.

Pela modelização - uma simplificação de wsubjectiva e extremamente complexa -, procura-se elencar forças de sentido contrário que desencadeiam movimentos no eixo de bem-estar ou saúde. Do lado esquerdo, os factores que podem retirar bem-estar; do lado direito, a acção da pessoa, mais ou menos induzida por profissionais de saúde



A expressão tripartida dos impulsos que, a cada momento, orientam a relação dos portugueses com o seu estado de saúde.

Subtraindo as acções de resposta a uma doença diagnosticada – na medida em que seguem um protocolo de resposta concreto e exigem uma análise nesse quadro de limites definidos (com uma motivação primordial de cura) –, procurou identificar-se, nos sub-

-grupos que reconhecem ter cuidados de prevenção e de potenciação, as forças negativas que motivam essa acção ou, no contexto da potenciação, as ambições ou as influências da sociedade para a adopção de comportamentos ditos saudáveis [que adiante se especificam].

MOTIVOS PARA O ESFORÇO DE PREVENÇÃO — %

É natural pela fase da vida em que estou 30

Deve-se muito ao desejo de longevidade com qualidade de vida 27

É da minha natureza ter a vida sob controlo, quero evitar problemas de saúde 54

Controlo da doença 2

Deve-se muito ao medo que tenho de determinadas doenças graves 22

Deve-se muito ao medo de recaídas de doenças que tive ou tenho 12

Q. O que leva a esse comportamento de cuidado ou acompanhamento médico preventivo (e de rotina)? N=658 (se reconhece ser cuidadoso na prevenção de doenças e acompanhamento de rotina)

A motivação que se destaca para auto-cuidados de prevenção é a necessidade de controlo, que os portugueses reconhecem como um traço da sua natureza (ou personalidade), semelhante entre idades. Igualmente transversal é o medo de doença grave, o que reforça a ideia das forças ocultas (ou medos infundados). Não se encontram também diferenças significativas entre géneros em nenhuma das opções.

Já como motivos de potenciação, envelhecer com saúde é mais pronunciado junto do segmento que começa a sentir os seus efeitos (entre os 45 e os 64 anos). A potenciação pura – melhorar a performance física ou intelectual (25%) – é mais vincada no segmento mais jovem, entre os 18 e os 24 anos. Também os homens declaram, mais do que as mulheres, a vontade de melhorar a performance física.

MOTIVOS PARA O ESFORÇO DE POTENCIAÇÃO — %

RESPOSTA AO ENVELHECIMENTO/ CICLO DE VIDA

Essencialmente, envelhecer com saúde 44

DEFESA DA CONDIÇÃO DE BEM-ESTAR / SAÚDE

Essencialmente, sentir-me bem no dia-a-dia 66

Manter controlados certos indicadores 23

Sentir-me em baixo de forma 9

FORÇAS OCULTAS/ MEDOS

Medo de determinadas doenças graves 20

Medo de recaída em doenças que tenho ou tive 9

POTENCIAÇÃO

Ter maior longevidade, ganhar anos de vida 26

Melhorar a minha performance física / desportiva 21

Melhorar a minha performance intelectual 13

Influência da minha família / amigos 5

Pressão da sociedade em geral 2

Q. Qual ou quais diria serem as principais motivações desse esforço (diário para ser saudável ou mais saudável)? N=879 (se reconhece algum esforço pró-activo para ser saudável)

Anti-Envelhecimento: esforço para que o eixo não encolha

A acção para evitar que o potencial de saúde se degrade

Os avanços na área de investigação dedicada à biologia do envelhecimento sugerem que o envelhecimento é um mecanismo biológico que pode ser travado e, eventualmente, revertido. Para os jovens, ser um centenário é uma proposta sedutora: 31% dos inquiridos entre os 18 e os 34 anos gostaria de viver, no mínimo, até aos 100 anos.

A ideia de um elixir de juventude não é nova. De resto, não faltam nos escaparates produtos que prometem, pelo menos, atrasar esse processo natural de desgaste do corpo. Vêm da mesma indústria que sugere normas estéticas que enaltecem a aparência jovem, submetendo a sociedade a um ideal de beleza que recusa o envelhecimento. Na nossa amostra, 46% sabe indicar a idade em que sentiu pela primeira vez que estava a envelhecer (sem distâncias entre os que têm entre 25 e 65 anos), e quase metade desses indica que terá acontecido entre os 20 e os 40 anos. Que o confronto com o próprio envelhecimento surja tão precocemente é bem revelador desse ideal de juventude.

A sociedade que durante anos resumiu a estética à aparência e à moda evoluiu. Hoje, dificilmente se cuida da beleza descolando da dimensão da saúde, razão pela qual se reprova transversalmente o excesso de peso e se recrutam para os cuidados pessoais segmentos tradicionalmente menos preocupados com a aparência, como os homens. Daí que se torne difícil distinguir-se na raiz de comportamentos ditos saudáveis – por exemplo, relacionados com a alimentação, a hidratação do corpo ou o exercício físico –, nasce primeiro uma preocupação estética ou pura de saúde.

A antecipação do envelhecimento como um processo em que se vai sendo privado do exercício de “ser pessoa em pleno poder” – de capacidades físicas, de autonomia, de participação social – explica o empenho em comportamentos pró-saúde.

É uma acção que pretende preservar o potencial de saúde durante mais tempo. Não visa apenas um movimento no eixo, mas impedir que o eixo encolha.

A saúde é cada vez mais um tema de preparação para maior longevidade com qualidade de vida, explicando porque se enfatiza a motivação nos segmentos entre os 45 e os 64 anos. As pessoas não pretendem apenas manter-se vivas, mas viver em boas condições durante mais tempo. Nesse aspecto, Portugal pode melhorar.

Se por um lado, a esperança média de vida evoluiu para os 81,6 anos, por outro, o número de anos de vida saudável depois dos 65 é de apenas 7,3 anos, menos 3 que a média europeia (10,3 anos, dados Eurostat). Ocupamos, igualmente, a 16ª posição do Active Ageing Index, abaixo da média europeia. O confronto com esse mau envelhecimento será, certamente, o que explica porque aos mais velhos seduz menos a ideia da vida até aos 100; a meta é viver até ter saúde, seja qual for a idade.

A relação com o envelhecimento e a própria morte altera-se ao longo do ciclo de vida. 34% reconhece dificuldade em lidar com o envelhecimento, mas se a partir dos 45 anos o tema é inquietante, depois dos 75 anos a perspectiva suaviza-se, crescendo o grau de reconciliação com essa realidade (por agora) incontornável.

46%

Sabe indicar a idade em que pensou pela primeira vez que estava a envelhecer

N=1029

45%

Pensou pela primeira vez que estava a envelhecer entre os 20 e os 40 anos

N=552

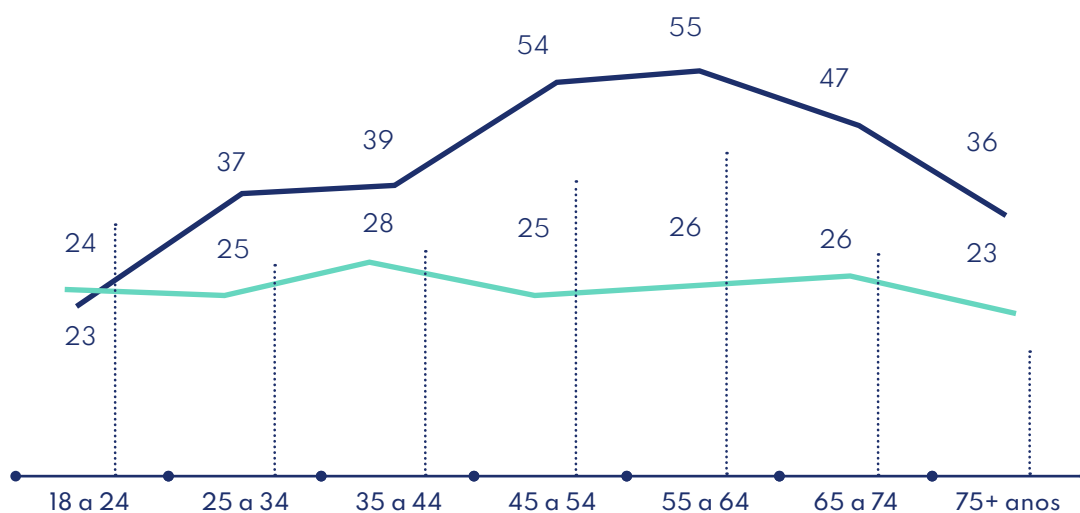
PENSANDO NOS PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO À SUA VOLTA, ATÉ QUE IDADE GOSTARIA DE VIVER? — %



N=515

PRINCIPAIS MOTIVAÇÕES PARA FAZER UM ESFORÇO PRÓ-ACTIVO PARA SER SAUDÁVEL? — %

N=879 (reconhece fazer algum esforço)

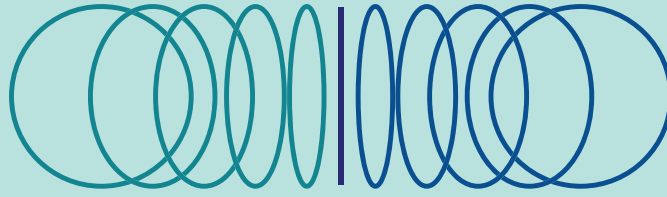


..... % que lida mal com o envelhecimento [N=552]

— Essencialmente, envelhecer com saúde

— Ter maior longevidade, ganhar anos de vida

Retardar o envelhecimento em discurso directo

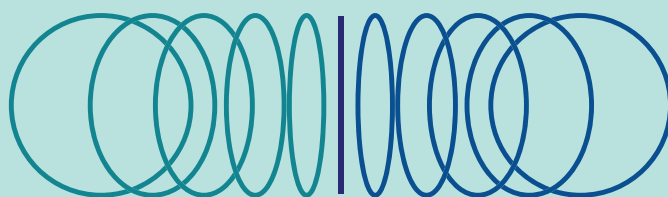


“Também tem a ver com a idade. Eu, desde que vou sendo mais velho, vou-me preocupando com coisas para as quais o meu filho de 17 anos não está nem aí. (...) A pessoa começa a ver-se ao espelho, a ter a percepção de que está a envelhecer. Como nunca tive nenhum problema grave de saúde, acaba por ser um bocado a nível estético, querer adiar o envelhecimento precoce ou o envelhecimento natural.”

“Relativamente aos cuidados pessoais, tenho o cuidado de hidratar a pele diariamente após o banho, de pôr creme todas as noites na cara... esses cuidados acabo por ter sempre e vêm com a idade. Estou a tentar retardar o inevitável.”

H, 45 anos, Lisboa

O medo de “ser um fardo” em discurso directo



“Eu gostava de viver, pelo menos, até aos oitenta e tal. Depois a pessoa pensa, se a cabeça não funciona como deve ser e estou aqui a dar chatices... acho que é uma boa meta. Já vejo os rapazes [netos] crescidos, já é uma boa meta.”

“A gente tem sempre aquela coisa do que é a morte e do que vai ser. O meu único medo é ficar numa cama sem responder... a pessoa não sente, mas quem está a acompanhar sofre mais. De resto, não tenho medo. Nesse aspecto [da doença], acho que sou forte.”

M, 66 anos, Lisboa

Potenciação: Até onde se pode estender o eixo?

A acção para expandir o potencial de saúde

O potencial de saúde é determinado, por natureza, pelo ADN que herdamos. Todos estamos sujeitos a uma lotaria genética que estabelece, à nascença, um determinado risco de saúde e uma determinada capacidade de resistir à deterioração das funções fisiológicas (i.e., ao envelhecimento). Para além dessa carga genética (e, naturalmente, de eventuais doenças ou acidentes), o potencial de saúde de cada pessoa depende do estilo de vida e de comportamentos que, ao longo da vida, tanto o podem estimular como prejudicar.

Apesar de a estrutura genética ter um grande peso, o potencial de saúde pode ser melhorado. Qualquer desportista de alta competição joga para o campeonato da superação do seu potencial, ou seja, procura, por trabalho e estímulo permanente, expandir a sua resistência, a sua força, a sua flexibilidade, a sua velocidade e mesmo a sua capacidade de concentração de partida, desafiando os limites do coração, dos pulmões e dos músculos geneticamente atribuídos.

Bem assim, contradizendo teorias que até há algum tempo avançavam que a estrutura do cérebro humano seria estática, as neurociências defendem que o cérebro (dentro de certos limites) é plástico, sendo essa propriedade vitalícia. Cada acto de aprendizagem modifica fisicamente o cérebro, sendo precisamente ao facto de se manter plástico durante toda a vida que se deve a notável evolução do cérebro humano.

Há evidência que o corpo e o cérebro podem ser reprogramados pela integração de comportamentos, que vão desde o exercício físico e a meditação, até às dietas alimentares.

Essa plasticidade preconiza um potencial de saúde superior ao que é determinado para cada um por natureza, ou seja, sugere que o eixo pode ser estendido, negociando não só qualidade de vida como anos de vida.

Embora a ideia de que é possível manipular o organismo e influenciar o material genético com que nascemos seja estimulante, ela não é comum.

Ainda que em Portugal cresça a adesão ao exercício físico e a actividades semelhantes, e na alimentação haja melhorias importantes, é difícil dizer que existe uma cultura do trabalho do corpo e da mente. Mesmo entre os que reconhecem algum tipo de esforço para ser saudável (85%), a maioria tem por motivação o bem-estar no dia-dia (66%), ou seja, a defesa ou a melhoria da posição no eixo da saúde e não a melhoria da sua performance física (21%) ou intelectual (13%). Mesmo ganhar anos de vida (26%) fica atrás da intenção de envelhecer com saúde (44%).

A discussão que talvez importe ter é se a baixa mobilização para a melhoria da saúde está na falta de motivação ou na falta de consciência. Para a maioria das pessoas, o seu 'stock individual de saúde' é algo que lhe foi destinado à partida, não sendo negociável. O esforço de saúde deve, por isso, centrar-se na preservação do que herdou, sendo esse esforço mais norteado pelo medo da perda do que pelo sonho da conquista.

Quantas pessoas, sendo magras e saudáveis, não poderiam aderir a mais cuidados na alimentação se conseguissem antecipar grandes melhorias na sua performance intelectual? Que espaços de melhoria em saúde podemos estar a perder ao não sugerir o sonho?

O potencial desafiado

Como o ser humano pode superar o que está destinado a ser



Joseph Pilates nasceu na Alemanha em 1883, de um pai ginasta e uma de mãe naturopata, com uma saúde debilitada, sofrendo de asma, febre reumática e raquitismo. A filosofia de estímulo natural do corpo que herdou dos pais, aliada a experiências de bullying durante a infância, terão levado ao interesse pelo corpo e à vontade de desafiar os seus limites. A desvantagem física de partida, e a ameaça de uma vida dependente de uma cadeira de rodas, levaram o autodidata ao estudo da anatomia e de tudo o que se referia ao funcionamento do corpo humano.

Reza a história que se baseou na comparação entre bebés e gatos; o que o intrigava era como o gato conseguia sempre fazer melhores movimentos, não necessariamente usando todas as partes do corpo, mas sempre de uma maneira económica.

Ao longo do tempo, depois de várias experiências também na área do desporto, foi evoluindo para o que viria a ser um sistema de cerca de 500 exercícios feitos em colchão ou a partir de aparelhos que foi concebendo especificamente pensando em problemas que reconhecia no corpo.

O seu método supõe uma abordagem personalizada, totalmente adaptada às necessidades e limitações de cada pessoa, desafiando sempre, pelo aumento do grau de dificuldade, a força e a flexibilidade. A partir desse método, que trabalha não só o corpo como a mente (pela respiração), Pilates conseguiu redesenhar o seu próprio corpo e a condição de saúde que lhe estava destinada.

Um perfeito exemplo de como se pode estender o eixo da saúde para além do seu potencial natural.



Uma equação do dia-a-dia

Saindo da esfera macro, e afunilando no quotidiano, a saúde surge como uma manifestação de melhor ou pior bem-estar que pode ser diariamente gerido. Há um cumulativo de experiências que levam a acção no dia-a-dia, seja porque a pessoa sente que precisa de actuar sobre algum tipo de mal-estar, por não admitir descer abaixo de um determinado nível de bem-estar ou por querer cumprir certos objectivos de saúde a que se propôs. Na verdade, ‘sentir-me bem no dia-a-dia’ é a primeira razão invocada para o empenho em ser saudável, declarado por 66% das pessoas que fazem algum tipo de esforço pró-saúde.

Esta equação quotidiana de saúde é composta de comportamentos que podem ter efeitos positivos ou negativos na saúde. A correspondência positiva ou negativa tem, implicitamente, uma avaliação ‘pensada’ (do foro cognitivo) e outra ‘sentida’ (do foro físico).

Fumar um cigarro pode só induzir prazer, mas quem o fuma sabe estar a infligir mal à saúde. Comer uma refeição muito pesada, além do juízo associado (pensado), pode efectivamente gerar mal-estar. A equação funciona para quem se dispõe à vigilância e à acção para manter o bem-estar num determinado ponto de equilíbrio.

Embora não possamos dizer, pelo números, que este modelo de gestão quotidiana da saúde é universal (apenas 29% se reconhece inteiramente), também não podemos ignorar que cerca de metade da amostra de alguma forma se identifica com a afirmação “relativamente à minha saúde, penso que uns comportamentos menos bons são compensados por outros em que tento fazer um esforço maior.”

Neste jogo de compensações, sobressaem a alimentação e o exercício físico, tanto como sendo as lacunas como as compensações. Percebe-se até uma tendência para uma compensação simétrica, ou seja, contrabalançam-se abusos na alimentação com actividade física e o sedentarismo com uma alimentação mais saudável.

Esta lógica de relação com a saúde é accionada por diferentes mecanismos psicológicos. Nalguns casos, a equação funciona como um processo de reparação de danos: as asneiras despoletam um sentimento de culpa que leva a acções de restauro, num ciclo de repetições entre estragos e arranjos.

Quando a tendência para comportamentos com consequências negativas é grande (e há a consciência do prejuízo), a compensação é mais exigente. No caso da alimentação e do exercício físico, esse ciclo está contaminado pelas preocupações com o excesso de peso que, como vimos, transpõe para a saúde preocupações estéticas. Nalgumas mulheres [vide capítulo 4 – Equilibristas] é particularmente visível este jogo de somas e subtracções.

Noutros casos, o mecanismo responde a uma preocupação extrema com a saúde, muito toldada pelo medo de doenças, que leva a juízos permanentes acerca do que pode estar a preservar ou prejudicar a própria saúde. Há uma inquietação na relação com a saúde que não permite relaxar na vigilância dos seus sintomas, e instaura um processo permanente de regulação, mais suportado na vontade de controlar todos os aspectos que podem influenciar a saúde do que em sentimentos de culpa por mau comportamento.

É precisamente no segmento de pessoas altamente preocupadas com a sua saúde [vide capítulo 4 – Potenciadores Reféns da Saúde] que esta equação mais é reconhecida.

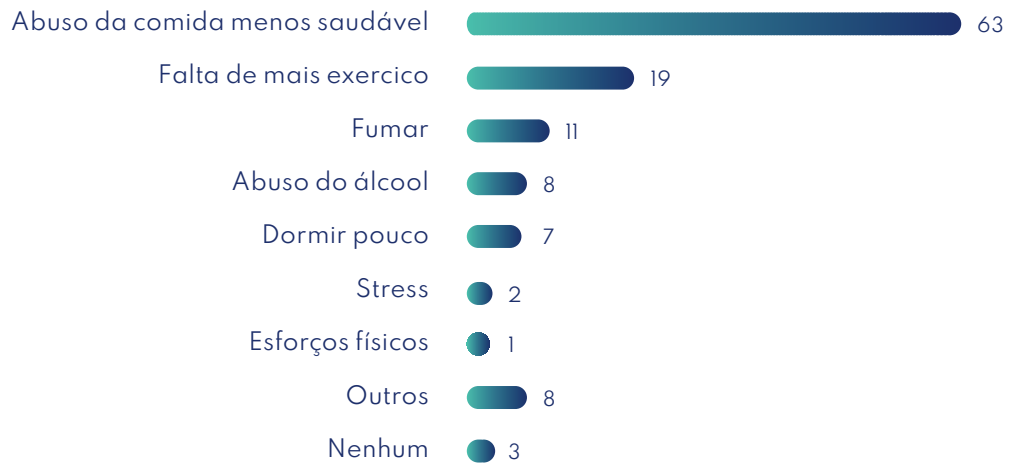
56%

Identifica-se de algum modo na afirmação

“Relativamente à minha saúde, penso que uns comportamentos menos bons são compensados por outros em que tento fazer um esforço maior”

Respostas TOP 5 | N=1029

COMPORAMENTOS MENOS BONS, ASNEIRAS OU OMISSÕES — %



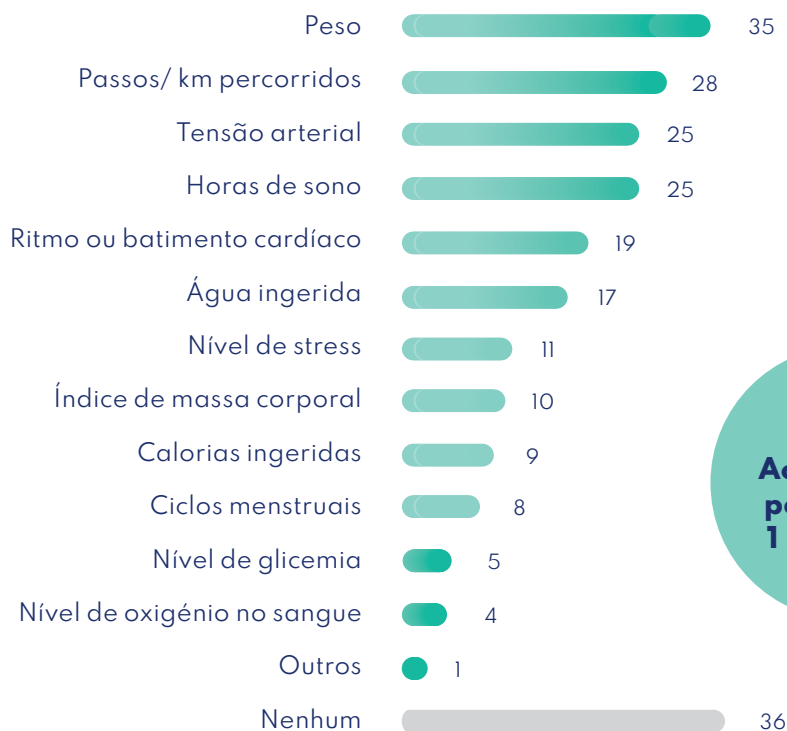
COMPENSAÇÕES — %



Base Identifica-se (6 a 10): N=655

AS MÉTRICAS: MICRO-GESTÃO QUOTIDIANA

Indicadores de saúde que procura acompanhar no dia-a-dia através de dispositivos próprios — %
N=514



64%
Acompanha
pelo menos
1 indicador

Com que finalidade? — %
N=328 (se indica pelo menos 1)



Cumpra esclarecer que, embora os cuidados com a alimentação sejam declarados pela grande maioria – 78% dos inquiridos refere ter cuidados no dia-a-dia -, estamos perante pessoas muito díspares em termos de sofisticação e exigência alimentar. O percurso exige aprendizagem e experiência, até que se consiga avaliar funcionalmente o que se come e integrar rotinas alimentares saudáveis. Não obstante terem-se generalizado alguns princípios como o consumo de frutas e legumes, a dieta depende do tempo que lhe é dedicado, da disponibilidade financeira, da informação e das motivações – uns querem perder peso, outros procuram evitar doenças; uns procuram ingredientes com funções específicas, outros apenas evitam o consumo de determinados produtos, como o sal ou o açúcar. Não caberia aqui, portanto, a escalpelização de um comportamento que, cada vez mais, se arbitra em cima de regras e motivações altamente individualizadas.

Sendo certa uma enorme concentração do discurso nos temas da alimentação, da vida activa e do exercício físico [ou não fôssemos herdeiros de uma narrativa de saúde pública que há décadas exorta esses comportamentos como fundamentos da vida saudável], há uma multiplicidade de factores que hoje são vigiados diariamente pela própria pessoa.

Nos últimos anos, a evolução tecnológica – entre smartphones, aplicações, smartwatches, pulseiras e outros dispositivos de uso pessoal - banalizou o acesso a estatísticas que medem o desempenho diário em diferentes dimensões de saúde, sejam relacionadas com indicadores puros de saúde (como o nível de oxigénio no sangue ou a tensão arterial), sejam as que resultem de comportamentos. O facto de algumas destas aplicações existirem por defeito nos telemóveis favorece, naturalmente, a experimentação e a adesão.

São, por isso, cada vez mais os portugueses que se prestam a uma vigilância voluntária dos seus indicadores e comportamentos de saúde: 35% acompanha diariamente o peso, 28% os passos ou quilómetros percorridos, 25% as horas de sono, 19% o ritmo cardíaco, 17% a água ingerida, entre outros.

Mais interessante do que olhar os aspectos de medição, é perceber a sua motivação: forçar comportamentos saudáveis surge imediatamente a seguir ao peso (o candidato natural ao pódio), logo seguido da prevenção de doenças. Na lógica da potenciação e da melhoria da performance, estas estatísticas auxiliam também na definição e cumprimento de objectivos de actividade física.

As métricas são uma forma de auto-regulação para bons comportamentos, funcionando não só como formas imediatas de auto-diagnóstico mas, sobretudo, como estímulos diários à concretização de metas. A sua objectividade facilita na compreensão da distância aos objectivos a que cada um se propõe, sendo até uma alavanca para a sua superação.

Como estatísticas individuais quotidianamente produzidas, permitem algo totalmente novo: perceber a biografia de saúde em métricas, identificando o ponto de partida, a evolução e a progressão ao longo do tempo.