



REVISTA INTERNACIONAL DE  
HUMANIDADES  
MÉDICAS

VOLUMEN 3  
NÚMERO 2

**REVISTA INTERNACIONAL  
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

**VOLUMEN 3, NÚMERO 2**



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS  
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2016 en Madrid, España  
por Global Knowledge Academics  
[www.gkacademics.com](http://www.gkacademics.com)

ISSN: 2254-5859

© 2016 (revistas individuales), el autor (es)

© 2016 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <[soporte@gkacademics.com](mailto:soporte@gkacademics.com)>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

# REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

## Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

## Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Juan C. Hernández-Clemente, Universidad Autónoma de Madrid, España

## Consejo editorial

Alarcón, Renato D., Humanidades Médicas y Psicopatología, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Arce Cordón, Rosario De, Psicopatología, Universidad Autónoma Madrid, España

Asúnsolo del Barco, Angel, Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá, España

Balaguer, Emilio, Historia de la Medicina, UMH, España

Camps, Victoria, Filosofía, Bioética, Universidad Autónoma Barcelona, España

Cantero, Josefa, Derecho Administrativo, Asociación Juristas de la Salud,

Universidad de Castilla-La Mancha, España

Comelles, Josep M., Antropología Médica, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

Lolas, Fernando, Bioética, Universidad de Chile, Chile

Morgado Pereira, José, Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Coimbra, Portugal

Pandiella, Andrés, Filosofía, Comunicación, Universidad Autónoma Madrid, España

Pereira, Ana Leonor, Historia da Cultura, Universidad de Coimbra, Portugal

Pérez-Rincón, Héctor, Humanidades Médicas, UNAM, México DF, México

Ramírez Bermúdez, Jesús, Narrativa, México DF, México

Vieira Villela, Wilza, Humanidades Médicas, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

## Editores asociados

Dante Marcello Claramonte Gallian

Thelma Patricia Cortez Bendfeldt

María Alejandra Dellacasa

Thiago Gomes Barbosa

Mario de Marco

Laura Giron Uzunian

Elizabeth Gothelf

Carmen Estela Núñez

Edna Maria Peters Kahhale

Jacqueline Izumi Sakamoto

César Luis Seibt



# Índice

<b>Programa de apoio à vida (PRAVIDA): integrando pesquisa, intervenção e ensino para a prevenção do suicídio.....</b>	<b>1</b>
<i>Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa, Bárbara Carvalho de Souza, José Mourão de Aquino Neto, Maria Hortencia Ribeiro Gomes, Inis Stella Lacerda Borges de Sá Luidianne Karokine Araújo Teixeira</i>	
<b>Antropologia dos afetos em Nelson Rodrigues no laboratorio de humanidades: uma experiencia humanizadora na saúde.....</b>	<b>13</b>
<i>Carla Cristine Souza de Almeida</i>	
<b>O enfrentamento às condições crônicas sob a ótica do estoicismo: lições de Sêneca e Epicteto.....</b>	<b>23</b>
<i>Gerson Luis Schwab, Simone Tetu Moysés, Beatriz Helena Sottile França, Renata Iani Werneck, Samuel Jorge Moysés</i>	
<b>Gripe A y el rol de los medios de comunicación en una pandemia: ¿qué representaciones sociales crean los medios sobre las epidemias sanitarias?.....</b>	<b>37</b>
<i>Nahia Idoiaga</i>	
<b>La Psicología de la Salud: una propuesta integradora a la salud del ser humano.....</b>	<b>49</b>
<i>Marilis Cuevas</i>	



# Table of Contents

<b>Program to Support Life (PRAVIDA): Integrating Research, Intervention and Education for Suicide Prevention.....</b>	<b>1</b>
<i>Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa, Bárbara Carvalho de Souza, José Mourão de Aquino Neto, Maria Hortencia Ribeiro Gomes, Inis Stella Lacerda Borges de Sá Luidianne Karokine Araújo Teixeira</i>	
<b>Anthropology of Affections in Nelson Rodrigues at the Humanities Laboratory: A Humanizing Experience in Health.....</b>	<b>13</b>
<i>Carla Cristine Souza de Almeida</i>	
<b>Coping with Chronic Conditions from the Perspective of Stoicism: Lessons from Seneca and Epictetus.....</b>	<b>23</b>
<i>Gerson Luis Schwab, Simone Tetu Moysés, Beatriz Helena Sottile França, Renata Iani Werneck, Samuel Jorge Moysés</i>	
<b>Influenza A and the Role of the Media in a Pandemic: What Social Representations Create the Media about Health Epidemics?.....</b>	<b>37</b>
<i>Nahia Idoiaga</i>	
<b>Health Psychology: A Holistic View of the Human Health.....</b>	<b>49</b>
<i>Marilis Cuevas</i>	



# Programa de apoio à vida (PRAVIDA): integrando pesquisa, intervenção e ensino para a prevenção do suicídio

Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa, Barbara Carvalho de Souza, José Mourão de Aquino Neto, Maria Hortencia Ribeiro Gomes, Inis Stella Lacerda Borges de Sá, Luidianne Karoline Araújo Teixeira, Fábio Gomes de Matos e Souza  
Universidade Federal Do Ceará, Brasil

**Resumo:** O suicídio constitui um importante problema de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a mortalidade global de suicídio aumentou cerca de 60% nos últimos 45 anos. No Brasil, a taxa de suicídio cresceu 29,5% entre 1980 e 2006. Entre os 27 estados brasileiros, o Ceará ocupa a 9ª posição nos índices de suicídio, e Fortaleza, capital do estado, teve a 4ª maior taxa de suicídio entre as capitais brasileiras, entre 2004 e 2006. O objetivo do PRAVIDA (Programa de Apoio à Vida) é prevenir o suicídio por meio de assistência terapêutica, divulgação de informações e pesquisas sobre o tema. O PRAVIDA foi criado em Fortaleza (CE), em 2004, e faz parte da Universidade Federal do Ceará, sendo constituído por médicos, professores de psiquiatria e psicologia, bem como alunos de graduação de medicina e psicologia. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência pioneira de PRAVIDA sobre o cuidado terapêutico de pacientes com ideação suicida ou tentativa de suicídio, além de apresentar outras estratégias utilizadas no programa. O PRAVIDA acompanhou, por no mínimo três meses, 345 pessoas com histórico de tentativa de suicídio de 2010 a 2013, não ocorrendo casos de suicídio durante esse período. Existe ainda a necessidade de expansão das atividades do programa em outras instituições para permitir uma ação mais representativa na cidade de Fortaleza. Portanto, o PRAVIDA pretende estabelecer parcerias para facilitar novas estratégias de prevenção do suicídio e melhorar o conhecimento sobre o tema, estimulando a valorização da vida, o acolhimento e a escuta do sujeito que busca atendimento no Programa.

**Palavras-chave:** suicidio, prevenção, interdisciplinaridade

**Abstract:** Suicide constitutes an important global public health issue. The World Health Organization (WHO) estimates that global suicide mortality increased about 60% in the last 45 years. In Brazil, the suicide rate increased 29.5% from 1980 to 2006. Among all 27 Brazilian states, Ceará occupies the 9th position in rates of suicide and Fortaleza, its state capital, had the 4th highest suicide rate among Brazilian capitals, between 2004 and 2006. The aim of PRAVIDA (Programa de apoio à vida - Program to support life) is to prevent suicide through therapeutic assistance, dissemination of information and research about suicide. PRAVIDA was created in Fortaleza (CE), in 2004. This program is part of the Federal University of Ceará constitute by medical doctors, professors of psychiatry and psychology, as well as students undergraduates of medicine and psychology. The objective of this work is to present the pioneering experience of PRAVIDA regarding the therapeutic care of patients with suicidal ideation or attempted suicide, as well as to present other suicide prevention strategies used in the program. PRAVIDA follow up subjects for at least three months - 345 people with a history of suicide attempts we followed from 2010 to 2013. No cases of suicide occurred during this three month period. Furthermore, there is a need of expansion of the program activities in other institutions to allow for a more representative range of their interventions in the city of Fortaleza. Therefore, PRAVIDA intends to establish partnerships to facilitate new strategies to prevent suicide and improve the knowledge on the topic, stimulating appreciation of life, the host and the listening subject who seek medical treatment in the program.

**Keywords:** Suicide Prevention, Interdisciplinarity

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), quase um milhão de pessoas morrem de suicídio por ano. Uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000, ou uma morte a cada 40 segundos. Nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo (WHO, 2002).





No Brasil, entre 1980 e 2006, foi registrado um total de 158.952 casos de suicídio, e foi observado um aumento do índice de suicídio de 29,5% nesses 26 anos. Os índices mais altos de suicídio foram registrados na faixa etária de 70 anos ou mais, enquanto que os maiores aumentos aconteceram na faixa etária dos 20 aos 59 anos (Lovisi, 2009). Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde (SUS), de 2000 a 2008, ocorreram 73.261 mortes por suicídio, o que corresponde a 22 mortes por dia. A prevalência de mortes por suicídio para o triênio 2005-2007 foi 5,1 mortes para 100 mil habitantes (Botega, 2010). Este dado, no entanto, varia de acordo com sexo, raça, gênero, classe socioeconômica e faixa etária. Além disso, pela diversidade de nosso país, a taxa de mortes por suicídio também varia entre as regiões brasileiras (Lovisi, 2009).

Entre os 27 estados brasileiros, o Ceará ocupa a 9ª posição nos índices de suicídio (Ministério da Saúde, 2009), sendo este a 14ª causa de morte em números absolutos (4108) no Estado entre 1998 e 2004 (Oliveira *et al.*, 2010). A cidade de Fortaleza, que possui cerca de 2.452.185 habitantes, (IBGE, 2010), por sua vez, teve a 4ª maior taxa de suicídio entre as 27 capitais dos estados brasileiros entre 2004 e 2006 (Lovisi, 2009).

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde lançou um Programa de Prevenção do Suicídio (SUPRE), com o objeto de alertar o mundo. A prevenção envolve o treinamento de equipes especializadas em suicídio, integrando serviços de emergências, ambulatorios especializados, linhas de telefone e outros serviços comunitários. No Brasil, ainda falta muito para um programa de prevenção de suicídio integrado (Souza, 2010).

Reverendo as diversas estratégias preventivas, a melhor para populações de alto risco, como pessoas com histórico de tentativa de suicídio, é melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas, como oferecer acompanhamento adequado para os sobreviventes de tentativas prévias (Pajonk, 2002).

É nesse contexto que foi desenvolvido o Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA) visando uma atuação voltada para a prevenção do suicídio. O Programa foi criado no ano de 2004, com finalidade de oferecer atendimento à grande quantidade de clientes com histórico de tentativa de suicídio encaminhados ao Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza (CE). Surge assim um programa de extensão universitária pioneiro na capital cearense no acompanhamento de indivíduos com este perfil.

O PRAVIDA é vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC) e ao Departamento de Medicina Clínica. É alicerçado na tríade de sustentação do ensino superior (ensino-pesquisa-extensão), sendo composto por acadêmicos de Medicina, Psicologia e uma Doutora em Saúde Coletiva, totalizando atualmente 22 membros sob a coordenação de um Doutor em Psiquiatria Professor associado da UFC.

## **Estrutura do PRAVIDA**

O programa possui divisão funcional interna para garantir a coordenação e realização das atividades desenvolvidas. Os cargos são renovados anualmente, sendo eles: presidente, vice-presidente, secretário, tesoureiro, coordenadores de capacitações, extensão, atendimentos, pesquisas e bancos de dados. Uma reunião administrativa é realizada semanalmente com o intuito de discutir pautas pertinentes para a evolução do Programa, como organização de cursos, simpósios, atos públicos, pesquisas, capacitações, participação em eventos, entre outros.

A cada semestre é realizada uma seleção para a adesão de novos membros ao PRAVIDA, para que haja uma contínua rotatividade de funções e mais pessoas integrem a equipe de trabalho necessária para os atendimentos e desenvolvimento das demais atividades. Além disso, é realizada, ao final de cada semestre, uma reunião de planejamento com o intuito de avaliar as atividades realizadas nos seis meses anteriores e planejar novas possibilidades de atuação para o semestre seguinte.

## **Atuação do PRAVIDA na prevenção do suicídio**

O PRAVIDA é pautado na tríade acadêmica: ensino, pesquisa e extensão, atuando por meio da promoção de atos públicos e cursos, que visam esclarecer à população sobre a prevenção do suicídio. O PRAVIDA também acompanha ambulatorialmente pessoas com risco de suicídio e histórico de tentativas prévias, que foram contactadas em sua maioria na principal emergência médica do Ceará, Instituto Dr. José Frota, mantendo um vínculo durante o período mínimo de 3 meses, tempo estimado pelas pesquisas como o de maior risco para uma nova tentativa (Flaherty, 1990).

### ***Ensino***

As atividades do PRAVIDA relacionadas ao Ensino objetivam o aprofundamento teórico dos integrantes do Programa e a disseminação do conhecimento acerca da temática do suicídio para acadêmicos e profissionais da área de saúde.

Internamente, são realizadas capacitações quinzenais ministradas pelos próprios membros do Programa ou convidados. Neste momento, há discussão de assuntos recorrentes na prática ambulatorial do PRAVIDA, discussão de casos clínicos atuais e artigos relacionados ao tema proposto.

O Programa também realiza anualmente o “Curso de Prevenção do Suicídio”, que aborda os aspectos multifatoriais que envolvem a temática do suicídio, discorrendo desde sua dimensão teórica: a epidemiologia (com dados locais e mundiais, diferenciados para cada faixa etária), relação do suicídio com transtornos mentais e doenças crônicas, espiritualidade e luto vivenciado pelos familiares, aspectos legais do suicídio e a relação das mídias com o tema; até seu ângulo mais prático: como prevenir e como lidar com esse tipo de cliente. O evento é direcionado para profissionais de saúde e acadêmicos. São organizados ainda simpósios e palestras com temas mais específicos, onde são visadas principalmente unidades da atenção básica à saúde. (Anexos 1 e 2)

### ***Extensão***

#### ***Assistência terapêutica***

A assistência terapêutica é realizada no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Walter Cantídio, às quintas-feiras, no horário de 14h às 18h, onde o cliente é acompanhado por, no mínimo, três meses. Os atendimentos são realizados semanalmente, sendo cada cliente atendido por acadêmicos do PRAVIDA e de residentes em Psiquiatria do Hospital, ambos sob a supervisão de um psiquiatra e uma psicóloga, professores da Universidade Federal do Ceará.

O PRAVIDA atende clientes que dão entrada no ambulatório por encaminhamento de outros serviços de saúde e por demanda espontânea. Após o período de acompanhamento, é realizada uma avaliação para possível encaminhamento para outros serviços conforme a necessidade do cliente, inserindo-o em redes de apoio e na rede de atenção básica de saúde.

Os atendimentos se estruturam como entrevistas psicoterapêuticas que visam acolher o sofrimento do cliente e trabalhar as questões norteadoras da(s) tentativa(s) de suicídio. Sendo assim, tomando como referência o tempo mínimo de três meses, o trabalho terapêutico é estruturado.

#### ***A estrutura do atendimento***

Na primeira sessão, é realizada a entrevista de triagem, visando ouvir a queixa do cliente de modo empático, estabelecendo o vínculo terapeuta-cliente. A triagem é uma entrevista clínica semi-estruturada (Marques, 2005) na qual o entrevistador busca avaliar o risco suicida para definir uma conduta apropriada para o caso em questão, realizando um levantamento de dados relevantes à tomada de decisões quanto ao tratamento farmacológico e psicoterápico.

Além disso, é fundamental verificar quem o(a) trouxe ao serviço, identificando se veio espontaneamente ou conduzido(a) por outras pessoas, quais suas expectativas, conhecer sua história de vida

e avaliar o risco suicida. O risco será avaliado em baixo, médio ou grave, integrando-o(a) à lista de clientes em atendimento no PRAVIDA, sendo firmado o contrato (verbal e escrito) e preenchido o prontuário do cliente com as informações colhidas na entrevista.

O contrato constitui um recurso importante no trato desses indivíduos, na medida em que representa um compromisso entre o terapeuta e o cliente, servindo ao propósito de prevenir o suicídio. Quando o risco é médio ou baixo, é feito acompanhamento ambulatorial semanal conforme já descrito. Já nos casos em que o risco é grave, a conduta consiste no internamento clínico. No entanto, quando o cliente não apresenta risco suicida, providencia-se seu encaminhamento a outro serviço de saúde que possa dar conta de sua demanda (Bertolote, 2010).

Desse modo, a partir da primeira sessão, é estabelecido um projeto terapêutico a ser desenvolvido nas sessões subsequentes. Esse projeto objetiva trabalhar os sentimentos e os conflitos relacionados à tentativa ou ideação suicida, fortalecer os vínculos sócio-afetivos do cliente, auxiliando-o(a) a vislumbrar novas perspectivas, bem como propiciar que aprenda a lidar de forma mais adaptada com suas perdas (Bertolote, 2010). Nessas sessões, preenche-se o questionário de pesquisa do PRAVIDA e aplica-se o MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (Sheehan, 1998) para realizar a triagem de algum transtorno mental de acordo com o DSM-IV.

A investigação diagnóstica constitui um aspecto importante, pois o tratamento adequado pode contribuir de modo significativo para a prevenção do suicídio, já que alguns medicamentos parecem estar associados à redução das taxas de óbito por esta causa, como o lítio em clientes portadores de transtorno afetivo bipolar e a clozapina em esquizofrênicos (Abreu, 2006).

Por volta da décima sessão, trabalha-se com o cliente o encerramento do processo terapêutico no PRAVIDA. Assim, nas últimas sessões pontuam-se os aspectos trabalhados no decorrer do processo, dando contorno à experiência vivenciada na relação terapeuta-cliente, bem como às mudanças percebidas nas suas relações fora do setting terapêutico. Nesse momento, avaliam-se demandas que não puderam ser acolhidas e prepara-se o(s) encaminhamento(s) para psicoterapia ou outras necessidades de saúde apresentadas.

Logo, a assistência terapêutica realizada no PRAVIDA consiste em uma estratégia de prevenção do suicídio no nível terciário, uma vez que atua oferecendo suporte àqueles que já apresentam planos suicida e/ou tentaram suicídio.

### *Caminhada PRAVIDA*

O dia 10 de setembro foi instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP) como o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio. Em referência a esta data, o Programa de Apoio à Vida organiza, anualmente, um ato público intitulado “Caminhada PRAVIDA”, objetivando ampliar a atuação do PRAVIDA para toda a população da cidade de Fortaleza.

Trata-se de uma caminhada que se estende por 1,5 km de uma das avenidas mais importantes de Fortaleza, para a qual são convidados todos os habitantes da cidade. Ao final do percurso, existe um ponto de apoio onde se localizam *stands*, nos quais representantes das principais instituições da rede de apoio à prevenção do suicídio – SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), Corpo de Bombeiros, CAPS (Centro de Atuação Psicossocial), ONGs - expõem sua atuação na prevenção desse agravo.

A divulgação antecedente ao evento, no qual se convidam os fortalezenses para a Caminhada, tem ampla aceitação na mídia, garantindo grande alcance na propagação do conhecimento de que prevenir o suicídio é alcançável, sendo possível explicitar a gravidade da situação e gerar reflexão sobre a questão do suicídio por grande parte da população local.

A Caminhada PRAVIDA, com seu amplo impacto populacional, contribui para desmitificar crenças sobre o suicídio e desfazer o tabu em torno do tema, propiciando uma discussão saudável e com fins preventivos sobre esse assunto. Além disso, o serviço ambulatorial do PRAVIDA é divulgado para aqueles com plano suicida ou histórico de tentativa (Anexo 3).

## Pesquisas

O Programa de Apoio à Vida atua em três frentes de pesquisa: Instituto dr. José Frota, Hospital Universitário Walter Cantídio e Perícia Forense do Ceará. Cada frente possui um campo diferente de fonte de dados.

### ***Instituto Dr. José Frota (IJF)***

O IJF é o maior hospital terciário de Urgência e Emergência do Estado do Ceará, sendo referência no atendimento aos clientes traumatizados, queimados e intoxicados. Possui uma capacidade instalada de 425 leitos e realiza, em média, 15.500 atendimentos por mês. Há uma parceria entre o PRAVIDA e o IJF, que permite a coleta de dados sobre clientes atendidos no hospital em decorrência da tentativa de suicídio.

### ***Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)***

O Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC) é um centro de referência para a formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas na área da saúde e assistência médica no Ceará, sendo integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os 29 ambulatórios de clínica médica do HUWC, a equipe de pesquisa do PRAVIDA atua no Ambulatório de Psiquiatria coletando informações sobre clientes que apresentam plano suicida e/ou tentaram suicídio.

As informações são obtidas por meio do preenchimento de uma ficha com 86 itens, que abordam identificação, desenvolvimento psicossocial, dados referentes à tentativa de suicídio, tratamento psiquiátrico, história familiar de doenças psiquiátricas, relacionamentos, hábitos, aspectos sobre ciclo reprodutivo da mulher e história de doenças clínicas. Na análise dos dados, utiliza-se o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0.

### ***Perícia Forense do Ceará (PEFOCE)***

A Perícia Forense do Ceará (PEFOCE) tem como função coordenar as atividades desenvolvidas pelas perícias criminais do estado, através dos seus respectivos órgãos, e é responsável pela notificação de todos os casos de morte violenta ocorridos no Ceará.

O PRAVIDA possui uma parceria com a PEFOCE, tendo acesso a informações sobre casos de mortes decorrentes de suicídio no estado. Tais informações são codificadas no banco de dados por meio das seguintes variáveis: turno, hora, dia, semana, mês e ano da morte, método utilizado para cometer suicídio, idade, sexo, estado civil, grau de instrução e profissão do indivíduo, além do bairro e município em que residia.

Em decorrência da produção científica das três frentes de pesquisa, o PRAVIDA tem participado de vários congressos e simpósios, onde inúmeros trabalhos sobre suicidologia foram apresentados, tornando o PRAVIDA um importante gerador de conhecimento no assunto.

Segue a lista dos eventos que o PRAVIDA participou nos últimos cinco anos:

- Congresso Brasileiro de Toxologia realizado em Outubro de 2009 em Minas Gerais;
- XXV Outubro Médico realizado em Outubro de 2010 em Fortaleza;
- 15º Congresso Mundial de Psiquiatria realizado em Buenos Aires em Setembro de 2011;
- 16º Congresso Mundial de Psiquiatria realizado em Praga em 2013;
- XXVI IASP World Congress realizado em Beijing em Setembro de 2011;
- IASP 2013
- XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria em outubro de 2010 em Fortaleza (Anexo 4);
- XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria em novembro de 2011 no Rio de Janeiro,
- XXX Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em Natal em 2012;
- XXXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em Curitiba em 2013;

- III Congresso Internacional sobre Humanidades Médicas realizado em São Paulo em 2013;
- VIII Congresso Norte-Nordeste de Psicologia realizado em Fortaleza em 2013
- XXVII IASP World Congress realizado em Oslo em setembro de 2013.

## Considerações

Evidências científicas mostram que o risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas. Segundo a OMS, dentre os clientes atendidos em setores de emergência por tentativa de autoextermínio, estima-se que de 30% a 60% tiveram tentaram previamente, e que de 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano (Bertolote, 2005). Isso tem uma importância especial, pois tanto a prevenção de recidivas quanto o tratamento dos transtornos mentais que usualmente os clientes apresentam deveriam ser intensificados nesse período.

O PRAVIDA acompanhou, por no mínimo três meses, 345 pessoas com histórico de tentativa de suicídio de 2010 a 2013. Não houve casos de suicídio durante esse período crítico em que receberam atendimento. Após a intervenção no período de crise, os clientes são encaminhados para serviços de clínica especializada existentes na cidade, para acompanhamento a longo prazo (CAPS, Clínicas Escola de Psicologia da UFC, Universidade Estadual do Ceará e da Universidade de Fortaleza). Nenhum desses serviços notificou ao PRAVIDA óbitos de clientes previamente acompanhados no mesmo.

Estudos comprovam que esta abordagem de intervenção no período após a tentativa de suicídio seja eficaz na prevenção de novas tentativas. Uma revisão mostrou cinco estudos em que houve redução estatisticamente significativa no comportamento suicida devido ao acompanhamento (Luxton, 2013). Um outro estudo na Espanha mostrou que um programa de gerenciamento de telefone para pessoas que receberam alta de um serviço de emergência após uma tentativa de suicídio é uma estratégia útil, pois a intervenção reduziu a taxa de clientes que tentaram suicídio na população experimental em relação ao ano anterior e à população controle (Cebrià, 2013). Assim, tal estudo embasa o princípio de que o acompanhamento após tentativa é um fator protetor.

Uma revisão indicou que são poucos os estudos que avaliam sistematicamente o impacto de ações públicas de sensibilização e educação sobre o suicídio na redução das taxas de óbito por esta causa. Entretanto, estudos realizados na Nova Zelândia, Reino Unido e Austrália indicaram que houve um benefício modesto, mas significativo, nessa abordagem (Mann, 2005). O PRAVIDA também visa a atingir a população de Fortaleza de maneira mais abrangente com estratégias de prevenção primária, por meio de cursos e da caminhada realizados anualmente. O objetivo é melhorar o reconhecimento da população sobre o risco de suicídio, esclarecer sobre as possíveis causas implicadas no comportamento suicida, reduzir o estigma relacionado ao tema e indicar os serviços de apoio existentes às pessoas que estejam em risco suicida.

## Limitações

O PRAVIDA é um serviço de um Hospital Universitário que atende, em média, 110 pessoas por ano, o que pode não ser representativo em uma cidade que em 2010 tinha 2.452.185 (IBGE, 2010) a qual até 2006 ocupou a quarta posição entre as capitais brasileiras com maiores índices de suicídio (Lovisi *et al.*, 2009). Entretanto, este trabalho necessita ser replicado em outras intuições para que possa haver uma maior abrangência resultando redução nas taxas de suicídio na cidade de Fortaleza.

Analisando exclusivamente os clientes atendidos pelo PRAVIDA, pode-se hipotetizar que houve efetividade a curto e médio prazo no serviço desenvolvido, pois não houve casos de suicídio durante os três meses de atendimento (curto prazo) nem foram relatados óbitos ao projeto após encaminhamento para outras redes de apoio (médio prazo). Um obstáculo encontrado é a perda de contato com indivíduos atendidos em longo prazo.

Outra dificuldade é a quantidade limitada de estudos que recomendem escalas eficazes para avaliar o risco suicida e possibilite determinar a evolução do risco durante esse breve período de acompanhamento ambulatorial. A escassez de estudos nacionais e internacionais sobre o assunto

obsta o desenvolvimento de estratégias de intervenções específicas para pessoas que tentaram suicídio e procuram nosso serviço.

A reforma da assistência psiquiátrica no Brasil necessita de significativos avanços quanto a essa problemática, sendo imperativa a elaboração de planos municipais, estaduais e nacionais de prevenção do suicídio, bem como a articulação dos serviços de assistência psiquiátrica em seus diversos níveis (emergências, unidades psiquiátricas, hospitais gerais, CAPS, SAMU, rede de atenção básica de saúde).

## **Conclusão**

Visto a importância da temática suicídio, o PRAVIDA surge como primeiro projeto especializado no estado do Ceará para atuar na prevenção do suicídio com foco na prestação de auxílio terapêutico gratuito e divulgação de informações acerca das implicações do suicídio para o indivíduo e para a sociedade.

O programa também insere o cliente nas redes de apoio de saúde mental, a fim de gerar uma posterior assistência a estes indivíduos com comportamento suicida. Para isso, o PRAVIDA vem buscando parcerias com diversas instituições no intuito de viabilizar novas intervenções e pesquisas para aprimorar o conhecimento sobre a temática. Ressalta-se ainda que o objetivo mais buscado no PRAVIDA é a valorização da vida, o acolhimento e a escuta do sujeito que busca atendimento no Programa.

## **Anexos**



Anexo 01: V Curso de Prevenção do Suicídio, 2012.



Anexo 02: Palestra Faculdade de Medicina, 2012.



Anexo 03: Caminhada PRAVIDA, Fortaleza (CE), 2012.





Anexo 04: Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Fortaleza, 2010.



## REFERENCIAS

- Abreu, C. (2006). *Síndromes psiquiátricas: diagnósticos e entrevista para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Bertolote, J. M. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência Psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), pp. 87–95.
- Cebrià, A.I. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*, 147(1-3), pp. 269–276.
- Botega, N (2010). Comportamento suicida em números. En: *Debates*. Ano 2. Nº1. pp.11–15.
- Flaherty, J. A. (1990). *Psiquiatria – Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- IBGE (2010) - Brazilian Institute of Geography and Statistics. Demographic Census of 2010.
- Lovisi G. M. (2009). “Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006”. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(2), pp. 86–94.
- Luxton. (2013). “Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence.” *Crisis*, 34(1), pp. 32–41.
- Mann. (2005). “Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review.” *JAMA*, 294(16), pp. 2064–2074.
- Marques, N. (2005) “Entrevista de triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica”. En: Macedo, M. M. K., Carrasco, L. K. (Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde – Brasil (2009). *Prevenção do Suicídio: manual dirigido para profissionais da saúde da atenção básica*. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu\\_prevencao240111.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf)>.
- Oliveira, M. A. (2010). *O suicídio no estado do Ceará: estudo de epidemiologia ecológica* [dissertation]. Fortaleza, Ceará, Brazil: Universidade Estadual do Ceará.
- OMS (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: OMS.
- Pajonk, F. G. (2002). “Suicides and suicide attempts in emergency medicine.” *Crisis*, 3(2), pp. 68–73.
- Sheehan D. V. (1998). “The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10”. *J Clin Psychiatry*, 59(20), pp. 22–33.
- Souza, F.G.M. (2010). “Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer.” En: *Debates*. Ano 2. Nº5, pp.6–8.
- Tavares, M. (2000). “A entrevista clínica”. En: Cunha, J. *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.
- WHO. (2005). “Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPREMISS community survey.” *Psychol Med*, 35, pp. 1457– 1465.

## SOBRE OS AUTORES

**Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa:** Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina. Integrante do Programa de Apoio a Vida.

**Barbara Carvalho de Souza:** Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Psicologia. Integrante do Programa de Apoio a Vida.

**José Mourão de Aquino Neto:** Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina. Integrante do Programa de Apoio a Vida.

**Maria Hortênciá Ribeiro Gomes:** Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina. Integrante do Programa de Apoio a Vida.

***Inis Stella Lacerda Borges de Sá:*** Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina. Integrante do Programa de Apoio a Vida.

***Luidanne Karoline Araújo Teixeira:*** Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Psicologia. Integrante do Programa de Apoio a Vida.

***Fábio Gomes de Matos e Souza:*** Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1979), mestrado em Medicina Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (1987) e doutorado em Psiquiatria pela Universidade de Edimburgo (1992). Atualmente é professor adjunto da Universidade Estadual do Ceará, professor adjunto da Universidade Federal do Ceará, membro do corpo editorial da revista brasileira da Associação Brasileira de Psiquiatria, membro do corpo editorial do jornal brasileiro da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e membro do corpo editorial da revista de psiquiatria da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria.



# Antropologia dos afetos em Nelson Rodrigues no laboratório de humanidades: uma experiência humanizadora na saúde

Carla Cristine Souza de Almeida, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Resumo:** Este trabalho integra o Projeto de Pesquisa Regular FAPESP *As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades: investigação e experimentação*. E pretende demonstrar como os excessos do racionalismo na Modernidade pode ser compreendido como patologia, e desta maneira, desumanizadora. Assim, procuraremos demonstrar de que maneira a experiência humanizadora da Literatura, através de uma Antropologia dos Afetos presente em Nelson Rodrigues, pode ser considerado um “remédio” possível, humanizador, no âmbito da Saúde.

**Palavras chave:** laboratório de Humanidades, humanização na saúde, antropologia dos afetos, Nelson Rodrigues

**Abstract:** This work integrates the FAPESP Regular Research Project “The Pathologies of Modernity and the Medicines of Humanities: investigation and experimentation”. It intends to show how the excess of rationalism in Modernity might be understood as pathology, and thus, dehumanizing. Therefore, we seek to demonstrate in which way the humanizing experience of Literature, through an Anthropology of Affections, as seen within the work of Nelson Rodrigues, might be considered a possible “medicine” in Health.

**Keywords:** Humanities Laboratory, Humanization in Health, Anthropology of Affections, Nelson Rodrigues

## Introdução<sup>1</sup>

É preciso ir ao fundo do ser humano. Ele tem uma face linda e outra hedionda. O ser humano só se salvará se, ao passar a mão no rosto, reconhecer a própria hediondez. (Rodrigues, 1997: 152)

Este trabalho é parte integrante do Projeto de Pesquisa Regular FAPESP *As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades: investigação e experimentação*, sob a coordenação do Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian *et al.* (2010), que pretende problematizar os pressupostos teórico-filosóficos que fundamentam as políticas e programas de humanização propondo uma abordagem em duas vertentes: a) uma análise arqueológica dos conceitos de humanismo procurando investigar as diversas concepções antropológicas produzidas na Modernidade que determinaram as diferentes perspectivas da humanização; b) investigar o papel das Humanidades enquanto meio de humanização efetiva no âmbito da saúde, partindo da análise qualitativa de uma experiência educacional concreta: o Laboratório de Humanidades. E na confluência entre investigação e experimentação procura compreender em que medida a desumanização pode ser vista como sintoma patológico da Modernidade e até que ponto a experiência das Humanidades – nesta pesquisa privilegiando a Antropologia dos Afetos presente em Nelson Rodrigues – pode ser apresentada como remédio ou caminho de humanização no âmbito da saúde.

O sentido real da paixão é inconfessável. Quem confessaria que deseja o aniquilamento? (Vicente, 2000: 1)

---

<sup>1</sup> Texto inédito. Resultado parcial de mestrado em andamento pelo CeHFi, Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde, EPM/ UNIFESP.



Na sociedade moderna existe uma grande busca por um alívio imediato dos sintomas, uma fuga do ser humano ao sofrimento, sendo possível constatar que a cada dia mais pessoas depositam sua confiança em receitas infalíveis que venham eliminar quase por completo o mal estar sem a preocupação pelo sentido desse sofrimento. Como se existisse uma forma de medicalizar a vida e o sofrimento. Conforme Gallian (2012) torna-se corriqueira a busca de remédio para tudo, como se fosse possível uma panaceia eficaz para todos os sofrimentos.

Na vida a experiência estética é primária por ser apreensiva aos órgãos dos sentidos, uma experiência humana por excelência, porque reconstitui a unidade da vida comportando os afetos humanos. A ciência, ou o modo científico de pensar, acaba fragmentando esta experiência, idealizando a vida, fragmentando a experiência estética quando direciona o modo de pensamento com base simples nas causas e efeitos. Esta busca por explicações biológicas, fisiológicas, dos comportamentos com objetivo de evitar o sofrimento deixa de fora a complexidade humana.

Em contrapartida, na tradição literária ocidental percebemos a riqueza de pensamentos onde ocorrem diversas metamorfoses e a cada texto novas reflexões se somam a gama infinita de mutações que percebemos em nossa humanidade. Franz Kafka (1999) em seu *Um Relatório para a Academia*, nos conta a história de um símio que consegue tornar-se humano, com o corpo de símio, mas com comportamentos humanos. Em seu relatório conta aos senhores da academia, como se dá o processo de “humanização”, sua luta para aprender como imitar o comportamento humano e conseguir sair da condição pura de animal: “Era tão fácil imitar as pessoas! Nos primeiros dias já sabia cuspir”. Como exemplo de metamorfoses do homem, Nelson Rodrigues escreveu:

O ser humano é o único que se falsifica. Um tigre há de ser tigre eternamente. Um leão há de preservar, até morrer, o seu nobilíssimo rugido. E assim o sapo nasce sapo e como tal envelhece e fenece. Nunca vi um marreco que virasse outra coisa. E assim o bode de charrete, com sua barbicha flamenga e os chifres em caracóis. Só o homem pode deixar de ser homem e repito: - só o homem pode se desumanizar. (Rodrigues, 1997: 152)

Somos seres desejanter e o seremos sempre. Fugimos a todo tempo de forma desenfreada e impensada da dor. E este movimento humano pode ser encontrado na literatura que demonstra como as experiências de vida se dão através do tempo. Ainda que não de forma linear e crescente:

Esses meus progressos! Essa penetração por todos os lados dos raios do saber no cérebro que desperta! Não nego: faziam-me feliz. Mas também admito: já então não os superestimava, muito menos hoje. Através de um esforço que até agora não se repetiu sobre a terra, cheguei à formação média de um europeu. Em si mesmo talvez isso não fosse nada, mas é alguma coisa, uma vez que me ajudou a sair da jaula e me propiciou essa saída especial, essa saída humana. (Kafka, 1999: 12)

Quanto de macaco ainda resta em nós? Em algumas atitudes de nossas vidas profissionais terminamos na imitação por necessidade, quase uma obrigação, de nos tornarmos “humanos melhorados”. Cartilhas que vêm com o silêncio da lei invadem não só o espaço público, mas também nossa esfera da vida privada.

A consciência de sermos mortais, desejanter, constituídos por uma falta infinita e necessidades contínuas, já pode ser considerada como uma experiência humanizadora na Saúde ou em qualquer outra área. Pois comporta nossa experiência real com o mal humano, reconhecendo nossa dupla tendência de fuga da dor e da busca da realização plena de nossos desejos. Confessar o aniquilamento não acontecerá assim de maneira tão transparente.

Os instintos não passam de um lapso indesculpável da natureza. Assim como o cirurgião esquece uma toalha na barriga operada, assim a natureza esqueceu os instintos nas nossas entranhas. (Rodrigues, 1997: 90)

A problemática da desumanização que envolve toda a dinâmica da própria Modernidade é marcada por um grande desenvolvimento das ciências, e tal visão de mundo fundamentalmente científica traz consequências que permeiam as relações humanas. Contemporaneamente, e de maneira particular no campo da Saúde, nota-se que a discussão sobre a humanização emerge como um discurso constituído nas esferas das políticas públicas. No caso do Brasil hoje temos a Políticas Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2003); que vem sendo desenvolvida e discutida no âmbito da Saúde por mais de uma década e se confronta com uma realidade na qual sua aplicabilidade acaba de certa forma se chocando fundamentalmente com uma realidade empírica prática onde geralmente os programas, protocolos e projetos de humanização acabam tendo como resultando o inverso daquilo que lhes é proposto (Gallian, 2009, 2010, 2012).

Na prática observamos que o programa humanizador tende a desumanizar porque é compreendido, em grande medida, como uma questão de competências e habilidades partindo de uma perspectiva eminentemente racionalista e cognitivista (Gallian, 2012). Deste ponto de vista o ser humano é a sua Razão, que por sua vez, funciona a partir de conteúdos e métodos. Ou como um cérebro sedento de conhecimentos e informações, os quais deverão ser preenchidos de conteúdos, de competências e habilidades, dentro de uma perspectiva “tecnicista” e “cientificista”. E percebemos neste momento da história atual que esse excesso de informação e conhecimentos técnicos científicos gera um efeito colateral que é o que chamamos de desumanização.

Os protocolos de programas humanizadores onde o profissional é submetido a um “treinamento”, um “condicionamento”, é um contrassenso porque não se treina e nem se condiciona o “humano” do ser. Nesta perspectiva os profissionais da Saúde, além das competências e habilidades técnicas inerentes a sua especialização, ainda devem incorporar uma série de competências e “habilidades humanísticas”. Humanização compreendida numa articulação entre assistência e avanços tecnológicos.

O problema da humanização deve ser compreendido a partir de sua raiz filosófica e antropológica. Caso contrário será tratada como mais um conteúdo a ser incorporado para poder atender a demanda do mercado e a demanda social. O resultado desse processo é identificado como “patologização” e que afeta diretamente o profissional da Saúde, vítima dos programas e protocolos de humanização (Gallian, 2010). Porque a resultante dos excessos da racionalização moderna desconsidera nossas entranhas, como apontava Nelson Rodrigues. Conteúdos humanísticos racionais não correspondem aos sofrimentos e alegrias reais da vida. Nela fracassos e fragilidades, vícios e virtudes, deverão ser considerados.

Assim, nesta pesquisa procuramos identificar de que maneira a experiência estética da literatura, vivenciada por profissionais e formandos da área da Saúde no contexto do Laboratório de Humanidades da EPM-UNIFESP à luz da leitura e discussão de obras de Nelson Rodrigues, pode ser entendida como uma abordagem humanizadora, segundo a perspectiva da *Antropologia dos Afectos* reivindicada pelo próprio Nelson Rodrigues.

## **A antropologia da perfectibilidade como patologia da modernidade**

O homem não nasceu para ser grande. Um mínimo de grandeza já o desumaniza. (Rodrigues, 1997: 76)

Vivemos hoje mergulhados e envoltos na era do super desenvolvimento, a modernidade a cada segundo deseja e pretende ultrapassar limites gerando por um lado uma grande produção científica, e por outra levando a desumanização do homem.

Jonh Passmore, em a *Perfectibilidade do Homem* (2004) apresenta em sua obra uma arqueologia sobre o tema da perfeição humana e seus desdobramentos conceituais e práticos. Percorre três mil anos de história intelectual da humanidade englobando teologia, filosofia, religiões ocidentais e orientais, ideais políticos e sociais, ciências biológicas, literatura e teatro. Durante seus estudos percebeu que as palavras **perfeição** e **perfectibilidade** tinham uma variante de acepções, observando três fundamentais. Em primeiro a **perfeição técnica** que era

fundamentada no talento e destreza, que consiste em ser competente num determinado ofício, cargo, trabalho ou projeto. Conceito esse que está presente no senso comum, porém isento de qualquer conotação moral. Como nos diz Passmore (2004: 20): “[...] o homem é perfectível se, e apenas se, possuir talentos e habilidades que o capacitem para o desempenho de uma atividade que lhe seja destinada numa sociedade ideal”. Em segundo pontua a **perfeição obedecente** (ou vocacional), sintetizada por teólogos cristãos como Lutero. Tratava-se da obediência a Deus e Seu projeto para o homem. De certa maneira tem como objetivo formar o cristão para utilizar sua vocação para servir aos seus semelhantes. De certo modo vem englobar a perfeição técnica, mas ela é apenas o meio para se atingir a finalidade.

Na verdade, o desempenho do homem em sua vocação é importante para Lutero apenas porque demonstra sua obediência a Deus para o homem, da mesma forma que, para Platão, demonstra a sua disposição em submeter-se ao governo dos reis-filósofos. [...] a perfeição obedecente, contudo, tem ainda os seus problemas: que garantia há de que a submissão à vontade de Deus não conduzirá os homens à imperfeição? (Passmore, 2004: 24-25)

Em terceiro a **perfeição teleológica**, cujo patrono é Aristóteles a partir do conceito de *eudemonia* (felicidade ou bem-estar). Parte do princípio que se deve alcançar uma finalidade natural. O ser humano é perfectível, se e apenas se, for capaz de atingir o bem estar. São Tomás de Aquino aprimorou o conceito com a “perfeição” de cada coisa, onde tudo se move por natureza própria em direção a uma condição particular. Desta maneira o conceito de perfeição natural pressupõe que toda e qualquer coisa, incluindo os seres humanos, possuem uma finalidade natural, na qual se pode alcançar a satisfação perfeita. Cada elemento detém potenciais não realizados e a perfectibilidade consistiria na concretização destas potencialidades.

Aperfeiçoar-se tecnicamente é tornar-se útil, mas não necessariamente tornar-se perfeito. [...] Tomás de Aquino escreve que “tudo é perfeito desde que real”, ou Spinoza: “por perfeição... deverei entender... a realidade”. O real é “perfeito” na medida em que seja a concretização de uma potencialidade, ou a realização de sua forma. (Passmore, 2004: 32)

Feitas estas conceituações, pretendemos nesta pesquisa focar a perfeição técnico-cientificista e seus efeitos na Modernidade. Como nos diz Gallian (2012): ” [...] convivemos com os efeitos da “cientificização” e “tecnificação” da vida e das relações humanas, que enfeixa uma série de patologias associadas à desumanização: a solidão, a depressão, o pânico, o desespero”. Ao se tornar cada vez mais técnico os afetos humanos são deslocados somente para o lado “patológico” e deixam assim de serem constitutivos da própria vida.

Michael Oakshott, representante expressivo da Filosofia Crítica anglo saxônica do século XX, demonstra em sua obra *El racionalismo en la política y otros ensaios*, que a grande parte das experiências humanas não podem ser consideradas apenas “resumos” da razão. Os hábitos de afeto e os sentimentos são espontâneos e estão nas vísceras do ser humano.

Como todos los mitos profundos, éste [La Torre de Babel] representa un proyecto cuya fascinación no se limita a la infancia de la humanidad, sino que es uno que constantemente sugieren las circunstancias de la vida humana y que ningún fracaso puede privar de su atracción. [...] La búsqueda de la perfección en línea recta es una actividad a la vez impía e inevitable en la vida humana. [...] Porque para un individuo que se ve impulsado a realizarla, la recompensa puede superar al castigo y a la derrota inevitable. [...] La actividad que nos interesa es la que se llama actividad moral; es decir, actividad que puede ser buena o mala. La vida moral es efecto y compartimiento humano, determinados no por la naturaleza sino por el arte. (Oakshott, 2000: 427-428)

Neste ensaio Oakshott (2000) apresenta a atualidade do Mito da Torre de Babel, e nos mostra a atividade moral em duas formas: a primeira como sendo um hábito de afeto e

comportamento, não um hábito de pensamento reflexivo, mas um hábito de afeto e conduta que persiste no tempo. E o segundo como contrário à primeira sendo determinada não pelo hábito de comportamento, mas pela aplicação reflexiva do critério moral. Assumindo assim duas vertentes comuns: a busca autoconsciente de ideais morais, e a observância reflexiva de regras morais.

Retomando as “Patologias da Modernidade”, a racionalização excessiva somada a uma Antropologia da Perfectibilidade nos leva à desumanização porque a razão sozinha não serve como um instrumento para fundar a moral. A razão muitas vezes funciona como um ácido dissolvendo a própria moral: a racionalização “patológica” é capaz de deformar e corromper todas as formas de vida (Oakeshott, 2000). O comportamento humano não está ligado a regras e leis que determinem como funcionar melhor, não se ensinam afetos e nem se delimita o que compreendemos por sentir. O comportamento humano está ligado diretamente aos hábitos de afetos.

Nelson Rodrigues foi um pensador/escritor que conta com uma disposição conservadora é aquele que faz uma anatomia da alma, olha diretamente para as sombras do humano e nos mostra como o homem age de verdade, com as vísceras transparecendo no seu corpo. Longe das utopias perfectibilistas o homem em suas histórias ficcionais age de verdade, não faz de conta, mente menos porque idealiza menos, e por isso não busca justificacões a todo o momento.

Para Oakeshott os hábitos de afeto são equalizados no uso considerando a natureza humana. A moda do racionalismo extremista é a dissolução da vida humana. Hábitos e afetos são passados a nós com o tempo, de nossos antepassados, e perpetuam aos que virão, garantindo a vida como uma forma de amor. A Modernidade estaria destruindo o humano (a desumanização) ao aderir a uma racionalidade que tudo calcula, onde somos cada dia mais norteados por protocolos criando desta maneira um homem mais artificial.

## **Antropologia dos afetos: Nelson Rodrigues o anjo pornográfico do século XXI**

E o pior é que, pouco a pouco, o copy desk vem fazendo do leitor um outro idiota da objetividade. A aridez de um se transmite ao outro. Eu me pergunto se, um dia, não seremos nós 80 milhões de copy desk. Oitenta milhões de impotentes do sentimento. Ontem, falava eu do pânico de um médico famoso. Segundo o clínico, a juventude está desinteressada do amor, ou por outra: - esquece antes de amar, sente o tédio antes do desejo. Juventude copy desk, talvez. (Rodrigues, 2007: 141)

O que será que existe na Obra de Nelson Rodrigues que mobiliza tantos afetos? Em suas próprias palavras (1997: 49): “O desejo não tem nada a ver com alegria e nada a ver com a multidão. O desejo é triste e exige o pudor, o segredo, o mistério, a exclusividade do casal”. Se o amamos provocamos insinuações e poderíamos ser nomeados como pornográficos como o intitulavam; se odiarmos, sempre haverá alguém que questionará o porquê de tanta rejeição.

Nelson Rodrigues dizia que somente no subúrbio se morria por amor, lá ainda existiam os amores verdadeiros sem máscaras. Navegando em um universo de traições, amores impossíveis, morte, sexo e o subúrbio carioca provocou e provoca até hoje paixões que assustam as pessoas. O homem quando se depara com um dos personagens de Nelson Rodrigues e se identifica sente-se amedrontado por reconhecer suas próprias mazelas nos palcos. Estes personagens eram retirados da vida real, apalpados e farejados por Nelson em cada esquina ou no próprio jornal onde trabalhava. Um escritor visceral que de alguma forma interpretou o povo brasileiro na sua visceralidade, e transbordou nos palcos e nos livros temas que o tornaram o dramaturgo que ainda lota teatros até os dias atuais. Em alguns momentos ver a realidade nua e crua, *A vida como ela é*, nos traz desconforto e o ser humano tem grande tendência a escolher sempre o modo de sofrer menos. Fugir da dor é um movimento intrinsecamente humano.

Nelson Rodrigues foi também considerado um frasista e é de sua autoria aforismos espetaculares que conhecemos até hoje. Não há quem não se afete quando ouve, por exemplo: “Toda mulher gosta de apanhar, porém só as neuróticas reagem”. Ainda que de forma negativa



provoca afeto. Com um primor inigualável Nelson Rodrigues escreveu a pornografia dos outros, a imoralidades dos outros; homem de escuta privilegiada transformou histórias verdadeiras, casos de amor e morte, em contos ficcionais durante muitos anos em suas colunas jornalísticas.

Como disse o próprio dramaturgo (Rodrigues, 2012: 105): “Não sou pornográfico. Pelo contrário, me chamo moralista. O único lugar onde o homem sofre e paga pelos pecados é em minhas peças”. Nelson Rodrigues escreveu sobre morte, amor e sexo, molas propulsoras das paixões humanas. Alguns leitores enfrentam e outros fogem.

Nesta pesquisa será central o conceito de “idiota da objetividade” de Nelson Rodrigues. Ele nos diz que quanto mais objetivos e descritivistas formos mais idiotas e desumanos nos tornaremos. Podemos perceber que quanto mais nos movemos mergulhados na “cientificização” e “tecnificação” baseando nossas vidas em cálculos e descrições, ou permitindo que leis externas e protocolos nos ensinam afetos nos adestrando a uma maneira estabelecida de como conviver com outros seres humanos, mais nos tornaremos “idiotas da objetividade”.

A disposição conservadora é explícita nas obras de Nelson Rodrigues e nos possibilita aproximá-lo ao filósofo Oakeshott, que em seus ensaios nos mostra que a racionalização excessiva quando desconsidera os hábitos e afetos e aceita somente princípios baseados na “cientificização” e na “tecnificação”, nos torna mais desumanizados.

O hábito do afeto é elástico como é a vida afetiva dos seres humanos, ele nunca é estático, como pensa a nossa vã filosofia racionalista. Encontra-se sempre pronto para se adaptar, seja de forma silenciosa, mesmo que dolorosa, seja através de dramas causados pelas dores das inquietações práticas da vida comum. Como não há manias idealistas construídas por argumentos e debates articulados em frases eloqüentes, o afeto moral não é fixo numa fórmula moral clara, mas nem por isso ele é menos ativo ou ágil, pelo contrário. Por isso Oakeshott vê nele a nuance que não existe nos modos racionais da controvérsia moral. O costume “é cego como o morcego”: não vê através de princípios, se movimenta pelo toque concreto dos fatos que demandam resposta moral. Aqui encontramos um dos erros mais comuns e que caracteriza grande parte da reflexão moral ou ética na modernidade: a ideia de que não há mudanças no hábito ou no costume. Na há mudanças movidas por controvérsias acerca de definições morais (e há mesmo quase uma desconfiança atávica quanto a esse tipo de mudança). O costume se adapta de modo tão sutil que parece um movimento invisível – o tato parece pressenti-lo melhor do que a visão. Nele sobra o espírito de finesse que falta no racionalismo moral, obcecado pelo espírito de geometrie, como diria Pascal. (Pondé, 2008: 10)

A proposta desta Antropologia dos Afetos em Nelson Rodrigues no Laboratório de Humanidades é a de verificarmos em que medida a presença dos hábitos de afetos na Literatura de Nelson Rodrigues tem potencial humanizador para os profissionais da Saúde e alunos em formação acadêmica. Potencial humanizador porque ao identificar a racionalização excessiva com base em princípios utilitários (do “idiota da objetividade”) desconcerta o leitor, ou melhor:

Enfim, conhecer a Antropologia de Nelson Rodrigues espanta. Seja pela fama que construiu com sua obra teatral e com a própria vida, seja porque o seu pensamento é um resumo daquilo que muitos chamarão de “quintessência do obscurantismo”. Mas talvez essa seja a vantagem de um outsider: fugindo de pré-conceitos, ele desconcerta, faz-nos refletir e dá novas luzes sobre velhos temas. (Perez, 2009: 10)

## **A experiência do laboratório de Humanidades**

Só os romancistas fracassados, os ensaístas fracassados, os poetas fracassados, que nunca tiveram nada a dizer e, portanto, nada a escrever, é que acreditam que o romance está morto, que a poesia está morta, que o teatro está morto e que a linguagem escrita está morta. (Rodrigues, 1997: 99)

O Laboratório de Humanidades é uma atividade que vem sendo desenvolvida desde 2003, na Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Nela a literatura e a experiência estética apresentam-se como meio de formação humanística e de humanização. Basicamente a discussão se encontra dentro de um escopo evidenciado em função da problemática da desumanização na área da Saúde. E está vinculado ao Projeto Regular de Pesquisa intitulado “*As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades: investigação e experimentação*”, que conta com o financiamento da FAPESP e congrega mais de uma dezena de pesquisadores em nível de iniciação científica (dos cursos de Medicina e Enfermagem), mestrado e doutorado dos programas de Saúde Coletiva e Ensino em Ciências da Saúde da EPM/Unifesp.

A proposta do Laboratório de Humanidades parte de um pressuposto antropológico que leva em consideração a experiência humana. Experiência humana que não se limita fundamentalmente a experiência racional cognitiva, mas considera outros aspectos da existência, a vivência que envolve outros conteúdos como o Afeto, a Inteligência propriamente dita e a Vontade. De maneira sintética entendemos humanização como toda e qualquer experiência que abre a possibilidade do desenvolvimento das potencialidades humanas no seu sentido mais amplo e sem fragmentações.

O Laboratório de Humanidades cria situações que desencadeiam a experiência estética ou experiências interpelativas. Interpelativas no sentido de impactar e despertar a dimensão da afetividade que após cinco séculos de puro racionalismo não conseguimos alterar. Pelo contrário, toda tentativa insistente e cada vez mais sofisticada de mudar nossa forma de relação com o mundo e com o outro, tentando desativar o “botão de afeto” acaba provocando o que chamamos de patologias modernas. Patologias da modernidade que entendemos ser a própria desumanização e se dão pelo fato de tentarmos negar que somos primariamente afetivos. A experiência estética é por si só uma experiência humanizadora, porque parte desse conteúdo primário que é a experiência afetiva.

Quando o Laboratório de Humanidades propõe uma experiência estética trabalha na perspectiva de expor o sujeito a algo que não se pode precisar um resultado. As pessoas são expostas a uma experiência estética literária, através da leitura de livros clássicos, leituras individuais e posteriormente encontros semanais de uma hora e meia, para que haja um processo de experimentação e compartilhamento dessa experiência estética. Com metodologia própria e de forma coordenada o processo de reflexão parte daquilo que foi lido e compartilhado. Organicamente a experiência intelectual, ou seja, a reflexão se desenvolve de uma forma absolutamente natural a partir dos conteúdos e dos repertórios mais distintos de cada participante. Não se trata de crítica literária, não se instrumentaliza a leitura, porque assim incorreria no mesmo equívoco inscrito no treinamento de competências e habilidades.

A experiência da leitura, discussão e compartilhamento de sentimentos, impressões e ideias suscitados pelas obras literárias entre o público formado por estudantes de medicina e por graduandos de outros cursos da área da saúde, por pós-graduandos e até por docentes e funcionários da Unifesp mostrou, de forma patente, o quanto as humanidades podem ser um efetivo meio de humanização (Bittar *et al.*, 2013). O trabalho com um grupo heterogêneo, em termos de idades e interesses, ainda que identificado com o campo das ciências da saúde, desenvolve uma dinâmica que gira em torno do compartilhamento de experiências. Não há, portanto, uma preocupação, por parte da coordenação do Laboratório, quanto a abordagens acadêmicas características da crítica literária ou das ciências humanas em geral. A cada início de ciclo, quando se começa a discutir uma obra que todos já tiveram a oportunidade de ler, os coordenadores convidam a cada um dos participantes do grupo a fazerem a sua história de leitura, ou seja, falar sobre as emoções, sentimentos, afetos, impressões que a leitura da obra suscitou. Posteriormente, incentiva-se também o levantamento das ideias mais representativas

que serão ao longo do ciclo de discussão que em geral duram de 6 a 8 encontros semanais para cada obra retomadas e debatidas.

Explorar e aprofundar a experiência afetiva que se produz ao nos depararmos com uma obra literária, é o objetivo principal do Laboratório de Humanidades, pois sabemos que sem o envolvimento integral do sujeito, enquanto ser dotado de sentimento, inteligência e vontade, não pode haver uma efetiva experiência de humanização. Por isso, antes de adentrarmos em discussões filosóficas, sociológicas ou históricas mais profundas que não apenas são desejáveis, mas inevitáveis incentiva-se, antes de tudo, a manifestação e compartilhamento das sensações, das emoções. Tal dinâmica não apenas amplia a própria experiência da leitura individual do sujeito, como abre novas possibilidades de leitura para os outros que o escutam. Começa a experiência da “ampliação da esfera do ser”, como bem colocava Teixeira Coelho. (Gallian *et al.*, 2010)

O caminho da humanização que se dá através da experiência estética do Laboratório de Humanidades e que entendemos como humanizadora é uma aposta institucionalizada que entende o processo de humanização através da leitura de clássicos como formação:

Inovar, renovar, ampliar a esfera sensual, afetiva, intelectual e mesmo volitiva do ser. Interagindo e envolvendo este ser não apenas enquanto ser pensante, mas enquanto ser afetivo, volitivo, ser difuso e indeterminado, as humanidades a experiência da cultura através das artes, da literatura, da filosofia possibilitam não só um novo e mais amplo olhar conhecimento sobre a realidade, como desencadeiam um processo de profunda transformação no próprio sujeito que olha, que conhece. Em suma, as humanidades apresentam-se como meio privilegiado de humanização do ser, na medida em que amplia as esferas da sua presença, da sua experiência, da sua consciência. As humanidades ajudam-nos a sermos mais humanos. (Gallian *et al.*, 2012)

Assim, acreditamos que esta pesquisa em andamento - numa abordagem Qualitativa de cunho Etnográfico (Facina, 2004; Geertz, 2009) - encontra campo concreto privilegiado no Laboratório de Humanidades onde a Literatura de Nelson Rodrigues, em especial, sua Antropologia dos Afetos poderá demonstrar seu potencial humanizador reintegrando o afeto a vida.

## REFERÊNCIAS

- Bentham, J. (1979). *Uma introdução aos princípios da moral e da legislação* (Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural.
- Bittar, Y.; Gallian, D. M. C.; Sousa, M.S.A. (janeiro-março, 2013). A Experiência Estética da Literatura como Meio de Humanização em Saúde: O Laboratório de Humanidades da EPM/UNIFESP. *Revista Interface*, 17(44).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Facina, A. (2004). *Santos e Canalhas: uma análise antropológica da obra de Nelson Rodrigues*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gallian, D.M.C. et al. (2010). *As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades: investigação e experimentação*. Projeto de Pesquisa Regular FAPESP (n.2010/ 50448-0), 2010. Disponível em <<http://www.bv.fapesp.br/pt/projetosregulares/27591/patologias-modernidade-remedios-humanidades-investigacao/>>. Último acesso em: 08 de abr. 2013.
- Gallian, D.M.C.; Pondé, L.F.; Ruiz, R. (2012). Humanização, Humanismos e Humanidades: Problematizando Conceitos e Práticas no Contexto da Saúde no Brasil. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(1), 5-15.
- Gallian, D.M.C.; Reginato, V. (2009). Relação assistencial e sua humanização. In Ramos, D.L.P. (Org.). *Bioética, Pessoa e Vida* (pp.117-133). São Caetano do Sul: Difusão Editora.
- Geertz, C. (2009). *Obras e Vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Kafka, F. (1997). *A metamorfose*. São Paulo: Companhia das Letras.
- (1999). Um Relatório para uma academia. In *Um Médico Rural: Pequenas Narrativas* (pp. 59-72). São Paulo: Companhia das Letras.
- Oakeshott, M. (2000). *El racionalismo em lá Política*. México: Fondo de Cultura.
- Passmore, J. (2004). *A Perfectibilidade do Homem*. Rio de Janeiro: Topbooks.
- Perez, M.D. (2012). *Antropologia Rodrigueana*. Disponível em: <http://www.dicta.com.br/edicoes/edicao-4/antropologia-rodrigueana>. Último acesso em 17 nov. de 2012.
- Ponde, L. F. (2008). O vôo do corvo sobre os jardins da Torre de Babel. *Ide (São Paulo)*, São Paulo, 31(47). Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-1062008000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-1062008000200006&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em 15 nov. 2012.
- Revista dEsEnrEdoS - ISSN 2175-3903 - ano IV - número 12 - Teresina - Piauí - janeiro fevereiro março de 2012 - <http://desenredos.dominiotemporario.com/doc/12-ensaio-LenitaBentes-N-Rodrigues.pdf>
- Rodrigues, N. (2007). *A cabra vadia: novas confissões*. Rio de Janeiro: Agir.
- (1997). *Flor de Obsessão: as 1000 melhores frases de Nelson Rodrigues*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Rodrigues, S. (2012). *Nelson Rodrigues por Ele Mesmo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Vicente, S. (2000). Ser mulher é ser nada. Em Laurent, E., *As paixões do ser* (p. 108). Salvador: EBP - Bahia Ed.

## SOBRE A AUTORA

**Carla Cristine Souza de Almeida:** Psicanalista, Bacharel em Direito, Especialista em Educação e suas interfaces com a Religião.



# O enfrentamento às condições crônicas sob a ótica do estoicismo: lições de Sêneca e Epicteto

Gerson Luis Schwab, Simone Tetu Moysés, Beatriz Helena Sottile França,  
Renata Iani Werneck, Samuel Jorge Moysés,  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Brasil

**Resumo:** Esta pesquisa tem um enfoque teórico, baseada no princípio estoico de que felicidade e realização pessoal são consequências naturais de atitudes corretas. É possível alterar a vontade para se adequar ao mundo e viver doente e feliz, em perigo e ainda assim feliz, afirmando um desejo individual completamente autônomo e determinista. Isto não pressupõe um fatalismo apático, mas sim uma resistência moral para melhor enfrentar as agruras da vida. Ao deparar-se com os revezes do destino um estoico acredita em sua extrema liberdade pessoal para aliar-se a esse determinismo quase absoluto. Tais princípios são coerentes com modelos de atenção à saúde para o fortalecimento e apoio às pessoas em condições crônicas. Foi realizada uma revisão bibliográfica de três importantes obras da Escola Estoica (*Encheiridion* e *The Discourses*, de Epicteto, e *Moral Letters to Lucilius*, de Sêneca). Foram utilizadas as palavras de busca “saúde, doença, escolha, disciplina”, com suas correspondentes em inglês, para a seleção dos textos, interpretados por análise do discurso. Buscou-se uma contribuição para a Saúde Coletiva, direcionada para o manejo das condições crônicas, a epidemia silenciosa do século XXI. Como resultados são apresentados alguns princípios convergentes com noções de autocuidado e cuidado compartilhado, focados principalmente na autonomia e disciplina da pessoa usuária para monitorar a sua saúde. Propõe-se a aplicação desses princípios aos programas de atenção às condições crônicas, seja para portadores de doenças ou pessoas em condições especiais de saúde, tais como adolescência, incapacidades, gravidez, etc. Sob este ponto de vista esses princípios poderiam ser estendidos aos profissionais de saúde, pois sua rotina de trabalho também caracteriza uma condição crônica. Disso poderiam beneficiar-se indivíduos, sistemas de saúde e a sociedade como um todo.

**Palavras-chave:** condições crônicas, Ciências Humanas, filosofia, autocuidado, disciplina

**Abstract:** This research has a theoretical approach based on the stoic principle that happiness and self-fulfillment are natural consequences of right attitudes. It is possible to change the will to suit the world and live sick and happy, in peril and yet happy, stating an individual desire completely autonomous and deterministic. This presupposes not an apathetic fatalism, but a moral resistance to better face the hardships of life. When faced with setbacks of destiny a stoic believes in an extreme personal freedom to ally with this almost absolute determinism. These are congruent principles to health care models for strengthening and supporting people in chronic conditions. A literature review of three important works of the Stoic School (*Encheiridion* and *The Discourses*, by Epictetus, and *Moral Letters to Lucilius*, by Seneca) was performed. The search words "health, disease, choice, discipline," with its English correspondents, were utilized for the selection of texts, interpreted by discourse analysis. It was sought a contribution to Public Health towards the management of chronic conditions, the silent epidemic of XXI century. As results some principles are presented converging to notions of self-care and shared care for chronic conditions, primarily focused on the autonomy and discipline of users to manage their health. It is proposed the application of these principles to treatment planning in programs for chronic conditions, whether for ill patients or in special conditions of health, such as adolescence, disabilities, pregnancy, etc. Under this point of view these principles could be extended to health professionals because their work routine also features a chronic condition. That could benefit individuals, healthcare systems and society as a whole.

**Keywords:** Chronic Conditions, Human Sciences, Philosophy, Self-Care, Discipline



## Introdução

A contribuição das Ciências Sociais e Humanas para a saúde coletiva percorreu uma trajetória epistemológica e política. Em diversos países essas ciências estiveram presentes na saúde desde a década de 1930, mas na América Latina só começaram a ser incorporadas nos anos de 1960. A instituição da Saúde Coletiva, representando uma ruptura com o paradigma biomédico então hegemônico, incorporou as Ciências Sociais ao estudo do processo saúde-doença. Depois disso esse paradigma passa a ser interrogado a partir de novos referenciais, e o corpo biológico transforma-se também em corpo social. O reconhecimento de que o processo saúde-doença não pode ser considerado apenas um fenômeno objetivo e mensurável, pelo fato de que acontece em um complexo mundo social, foi a principal justificativa para a necessidade das Ciências Sociais e Humanas na saúde (Minayo, 1992).

Esta necessidade aliou-se, no Brasil, às lutas pela redemocratização, centradas nas políticas de saúde que subsidiaram a Reforma Sanitária, e na década de 1980 viriam a se consubstanciar no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos anos de 1990 uma vertente de cunho socioantropológico enriqueceu a Saúde Coletiva com diferentes temas, tais como as representações sociais de saúde-doença, as racionalidades médicas alternativas, os aspectos simbólicos e culturais das práticas em saúde, o enfoque qualitativo da pesquisa social, o corpo e seus significados, entre outros. Embora persistam alguns conflitos, hoje as Ciências Sociais e Humanas estão mais consoantes com as novas exigências do conhecimento em saúde e a complexidade da vida humana. Essas convergências produzem demandas e informações aproveitadas por ambas as partes, com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como caminhos para sua compreensão (Nunes, 2003).

Parte dessa compreensão está baseada em análises macroestruturais, com apoio da sociologia e da ciência política, que passaram a predominar nos programas das ciências sociais incorporadas aos departamentos de medicina preventiva e social. Essas ciências encontraram um fértil terreno para a produção teórica nos cursos de pós-graduação e na saúde coletiva, com a definição de uma subárea denominada Ciências Sociais em Saúde. O ponto de partida foi uma concepção ampla do processo saúde-doença, enfatizando os determinantes socioeconômicos, a partir das condições de vida e trabalho; a discussão para definir um sistema de saúde baseado no conceito de cidadania; e a preocupação com o apoderamento deste sistema pela sociedade civil organizada. Um estudo realizado em quatro instituições de ensino e pesquisa de São Paulo apresentou os temas “emergentes” mais abordados pela produção dos pós-graduandos: questões relativas à saúde e trabalho, e à qualidade de vida e ambiente (Marsiglia *et al.*, 2003).

Saúde, com qualidade de vida, é um campo complexo que objetiva a preservação da vida sem sofrimento, segundo normas e padrões de conduta, alguns originários de crenças religiosas ou opções filosóficas. Filosofia aqui não deve ser entendida como atitudes de benevolência e solidariedade, e nem ter uma perspectiva relativista, mas sim como formadora de conduta. Talvez a melhor forma de interação entre saúde e filosofia seja a filosofia da medicina, estabelecendo uma conduta filosófica específica para a saúde. É muito difícil generalizar uma conduta positiva, pois é impossível ser preciso e isento. Quando defendemos um ponto de vista, somos levados por um senso subjetivo oriundo de padrões e normas. Neste sentido, a assistência em saúde tem sido orientada para que a terapêutica seja equânime e que respeite as individualidades, mas sem conflitar com o coletivo na gestão do processo saúde-doença (Pellegrino, 1976; Leopardi, 2013).

Esse processo deveria significar viver em uma sociedade esclarecida, em que o poder e a autoridade não estejam mais concentrados apenas no governo. Cada vez mais cidadãos bem informados, empresas conscientes, agências independentes e órgãos especializados vêm tendo um papel de destaque. Nas últimas décadas aconteceu um despertar da sociedade civil e o terceiro milênio vem demonstrando que cidadãos recentemente empoderados por novas

tecnologias e formas de comunicação se tornam gestores de sua saúde, exigindo mais de governos, indústrias e profissionais de saúde. Cada vez mais a saúde é parte de uma crescente economia de conhecimento, que exige usuários esclarecidos e organizações que aprendam, para produzir resultados favoráveis. A maioria das terapêuticas apenas é aceita quando veiculada por tecnologia de ponta. Modelos e métodos ancestrais que não sejam baseados na visão biomédica da saúde são vistos com desconfiança, quando não como conhecimento obsoleto, inútil ou mentiroso (WHO, 2012; Leopardi, 2013).

Com isso cria-se um impasse para a gestão dos sistemas de saúde. Do ponto de vista administrativo, governos e ministérios da saúde continuam a ser importantes em gerenciar a governança em saúde, estabelecendo normas, provendo evidências e fazendo das escolhas saudáveis as melhores escolhas. Individualmente devemos escolher, entre as alternativas possíveis, aquelas que produzam melhores resultados para todos, ainda que tenhamos uma filosofia ou teoria que oriente nossas ações em outra direção. É um exercício cotidiano, pela escolha de um caminho, o que significa ter uma conduta individualmente assumida a partir de uma reflexão filosófica (WHO, 2012; Leopardi, 2013).

Cada indivíduo deve estar consciente de suas escolhas e consequente responsabilidade sobre a própria saúde. Os caminhos para uma boa ou má saúde podem não ser lineares, entendendo-se a saúde como um produto de complexas e dinâmicas relações entre diferentes determinantes. Porém os sistemas de saúde, isoladamente, não têm mais capacidade para resolver todos os desafios que se impõem. A educação em saúde, pela reflexão filosófica da cidadania, deve ser projetada no processo saúde-doença para fundamentar escolhas pelo livre arbítrio, de forma preventiva e proativa (Mendes, 2011; WHO, 2012).

Livre arbítrio é tema central da filosofia e se identifica com a possibilidade teórica da autodeterminação pessoal. A ideia intuitiva é que ter livre arbítrio significa poder controlar ações e coisas apenas pela vontade. Nem sempre é assim, pois muitos eventos não podem ser controlados e não são frutos do livre arbítrio. Um exemplo é a maciça propaganda envolvendo *junk food*. Individualmente não controlamos sua veiculação, porém podemos controlar ou mesmo evitar seu consumo pelo livre arbítrio, que desempenha um papel central na vida. Isto não deve ser entendido como uma inflexível imposição de virtudes, pois é necessário possibilitar negociações, principalmente diante de conflitos de interesses como custos, oportunidade e tempo. Se uma lista de virtudes parecer arbitrária, é preciso lembrar que somos dotados de uma capacidade singular que nos permite investir sobre determinados aspectos para que haja um mínimo de subjetividade (Leopardi, 2013).

Seguindo esse raciocínio, cabe aqui um exemplo: os mais importantes fatores de risco para o diabetes tipo 2 são obesidade, sedentarismo, dieta calórica e baixa em fibras, e tabagismo, que interagem com outros fatores como idade, genética e nutrição na primeira infância. Teoricamente os quatro primeiros seriam facilmente evitáveis por escolhas pessoais, porém oportunidade, autoafirmação, meio social, etc., têm grande influência na escolha final. O exercício retórico da filosofia pode ser um poderoso aliado para a pessoa posicionar-se e recuar de sua posição diante dessas imposições sociais. Com isso adquire conhecimentos para que se torne protagonista de sua condição de saúde, baseada não só em teorias, mas contextualizando esse saber de forma dialética. É claro que com a doença já instalada, e principalmente em seus estágios terminais, filosofia não substitui terapêutica, mas serve como apoio moral para exercitar a disciplina e a paciência (WHO, 2012; Leopardi, 2013).

Em uma observação superficial da vida moderna, a doença, enquanto forma aceita de vida, não existe mais. Como se fosse impossível o indivíduo conviver com uma doença de maneira saudável, com isso transformando o ser humano em um caso social quando, por doença, velhice ou qualquer outra condição se torna completamente desamparado (De Salazar, 2011). Ele passa por uma lenta e contínua desintegração social quando diagnósticos e terapêuticas o deixam debilitado pela disciplina institucional, pela autoentrega na internação. A própria palavra



“internação” perdeu seu sentido original, em uma dubiedade que encobre a perda da autonomia, pois internar significa excluir do exterior. Segundo Leopardi (2013), “como se além das instituições de saúde ficasse não a vida daquele corpo atendido, mas o drama de uma personagem que não entra em cena porque o ator está impedido de atuar”.

Para o entendimento desse complexo processo a filosofia pode fornecer valiosos *insights*. Dentre diversas correntes filosóficas o estoicismo prega a necessidade de estar em consonância com a natureza para atingir a sabedoria. O único bem que existe é a virtude e o único mal o vício. O que não é virtude nem vício é indiferente, alheio. Para poder agir racionalmente é fundamental a tomada de consciência de situações alheias à nossa vontade. Entre os filósofos estoicos de maior proeminência estão Sêneca e Epicteto, para quem felicidade e realização pessoal são consequências naturais de atitudes corretas. O intuito de suas obras não era apenas afetar as pessoas através de ideias, mas fazer com que essas ideias fossem aplicadas às suas vidas. Não se destinavam a figuras abstratas, mas visavam àquele que tem o corpo como um instrumento e que deseja ser um genuíno ser humano. Ou seja, o cidadão comum e esclarecido. Estoicismo e filosofia não podem ser generalizados como panaceia para a saúde, mas passíveis de aplicação em situações específicas. Não são as coisas que inquietam os homens, mas as opiniões sobre as coisas. A doença e a morte nada têm de terrível, mas a opinião a respeito delas (de que são terríveis) é que é terrível (Dinucci & Julien, 2012).

Novamente enfatizamos que estoicismo não significa fatalismo apático, pois a não aceitação da doença fomenta pesquisas e impulsiona avanços científicos. Mas a opinião, ou percepção do processo saúde-doença, pode ser modificada. Da mesma forma que esse processo vem se modificando nas últimas décadas, com uma crescente prevalência de condições crônicas (CC), que ameaça não só a saúde humana, mas também o desenvolvimento econômico. As doenças crônicas, principais causas das CC, são responsáveis por 63% das mortes no mundo e por 75% nas Américas, com prevalência em países de baixa e média renda, e em pessoas abaixo dos 60 anos. A população das Américas, de forma semelhante ao restante do mundo, passa por um acelerado processo de envelhecimento, e pessoas acima de 60 anos perfazem hoje 10% da população, cujo número deve subir para 25% até 2050. Porém a epidemia de CC não pode ser atribuída somente ao envelhecimento, pois mudanças de estilo de vida são os maiores determinantes de risco e doença, graças à industrialização, urbanização e globalização de produtos e padrões de consumo. Embora as CC não sejam transmissíveis, os fatores de risco que as predis põem são transmitidos culturalmente e se espalham em proporções alarmantes (PAHO, 2011; WHO, 2011).

Buscando uma forma de interferir nesse processo transmissor de fatores de risco em comum, bem como atrair e persuadir pessoas em condições crônicas de saúde a aderirem a programas específicos, para que possam aceitar e exercitar melhor o autocuidado e o cuidado compartilhado, essa pesquisa procurou identificar pensamentos de Sêneca e Epicteto sobre saúde, que pudessem contribuir para melhor qualidade de vida e atendimento mais humanizado no enfrentamento às condições crônicas e ocorrências adversas.

## Método

Este estudo é uma revisão sistemática de bibliografia com análise do discurso em uma abordagem qualitativa. Foram consultadas duas obras de Epicteto (*Encheiridion* e *The Discourses*) e uma de Sêneca (*Moral Letters to Lucilius*), e por meio de análise do discurso buscaram-se teorias e pensamentos referentes à saúde. Para a busca avançada foram utilizadas as palavras, e suas derivadas, “saúde, doença, escolha, disciplina”, com as correspondentes em inglês “health, illness, disease, choice, discipline”. Sendo o discurso uma prática social ele só pode ser analisado em seu contexto histórico-social e reflete uma determinada visão do mundo vinculada à sociedade da época. Por isso alguns resultados foram descartados, por não se adequarem aos padrões contemporâneos. Alguns excertos continham palavras de busca distintas em seu conte-

údo, sendo considerados apenas uma vez na redação. Outros ainda foram descartados porque continham a palavra de busca fora do contexto pesquisado.

## Resultados e discussão

Nas três obras consultadas (uma em português e duas em inglês) foram encontradas as seguintes palavras de busca: saúde não foi detectada, doença aparece duas vezes, escolha nove e disciplina cinco; health quarenta e uma, illness vinte e sete, disease setenta e duas, choice vinte e duas e discipline cinco.

Certas pessoas só encontram satisfação após a restauração da saúde, embora a saúde que nunca sofreu qualquer ameaça seja mais valiosa que a saúde restaurada. Ninguém deseja que tais coisas aconteçam, porém é louvável o tipo de resignação que algumas pessoas demonstram, em momentos de saúde abalada, grave sofrimento e mesmo em seus últimos dias de vida. (Sêneca, L 9; LXVI 40, 47)

Pessoas saudáveis poucas vezes têm consciência de sua boa saúde, apenas dando o devido valor a práticas saudáveis depois que adoecem.

Neste sentido a filosofia pode auxiliar, pois é preciso perceber que as pessoas, em sua maioria, buscam saúde, felicidade e tranquilidade não onde elas estão, mas onde elas não estão. “Quem estabelece uma disciplina de adquirir apenas as coisas essenciais, sem render-se ao consumismo, será sempre mais saudável e livre de perturbações. Não é difícil perceber quais são seus métodos, como consegue a cura e como se mantém com saúde em um ambiente saudável e com qualidade de vida” (Epicteto, *The Discourses*, p. 149).

Sêneca relata que quando escapou do opressivo e mal cheiroso ambiente da cidade percebeu que sua saúde estava se recuperando. Por isso, dizia, é melhor que a carruagem esteja pronta para partir o mais breve possível. O mestre Gallio, acometido por uma febre em Achaia, de imediato tomou o primeiro barco, insistindo que a doença não está no corpo, e sim no ambiente em que estamos. “Durante o tratamento uma pessoa não é ajudada pela esperança da saúde que virá, da mesma forma que um atleta não se revigora ao vislumbrar o subsequente período de repouso. Compreendemos a saúde do corpo e deduzimos a existência da saúde mental, como também conhecemos o vigor físico e dele inferimos a existência da força mental” (Sêneca, C 1; CIII 6; CXVII 26; CXX 5). Essa força mental é que pode ser o mais poderoso aliado no acompanhamento e tratamento de condições crônicas.

Assim, devemos encarar a doença como entrave para o corpo, mas não para a escolha. Rejeitar a doença ou a morte, além de tolice, nos torna infelizes. Alguém que vai aos banhos públicos deve considerar o que acontece na sala de banhos: pessoas que espirram água, empurram, insultam, roubam. Essa pessoa empreenderá a ação com mais segurança se pensar prontamente que quer banhar-se e manter a sua escolha. Do mesmo modo para qualquer ação, pois se houver algum entrave ao banho, saberá que não queria unicamente banhar-se, mas também manter sua escolha. E não a manterá se irritar-se com os acontecimentos adversos que escapam à sua governabilidade. (Epicteto *Encheiridion*, pp.17, 19, 21)

Causa estranheza que alguns tabagistas, após uma vida com o hábito de fumar, surpreendam-se quando diagnosticados com problemas pulmonares.

Quando alguém usa um traje adequado, ou caminha de acordo com o costume, ou janta como deve, não é a roupa, a caminhada ou o jantar que são bons. Boa é a escolha deliberada e racional que faz, e que é apropriada aos esforços humanos, pois o homem é, por natureza, um animal bem adequado. Portanto o bom não está na coisa escolhida, mas na qualidade da escolha. E isto nos é facultado, pois a natureza, de forma geral, nos produz em saúde e liberdade. É de bom preceito para a saúde abandonar os conselheiros da loucura e escapar para bem longe de companhias mu-

tuamente funestas. Entretanto, hoje em dia, como aumentam os males da saúde! Esse é o preço que pagamos por prazeres que extrapolam tudo que é sensato e correto. (Sêneca, XCII 11; XCIV 56, 69; XCV 23)

Já no século I Sêneca apontava para os fatores de risco amplamente disseminados pela liberalização dos costumes.

Ao exercitarmos a escolha devemos comportar-nos como em um banquete. Uma iguaria que está sendo servida chega a nós? Estendendo a mão, tomemos nossa parte disciplinadamente. Se ela passa ao largo, não a persigamos. Se ainda não chegou, não projetemos o desejo, mas esperemos até que venha a nós. É preciso ser disciplinado, submeter-se a regime alimentar, abster-se de guloseimas, exercitar-se obrigatoriamente na hora determinada, tanto no calor quanto no frio. (Epicteto Encheiridion, pp. 25, 39)

Essas escolhas devem ser racionais e permear todo o percurso da vida. “Porém aqueles cuja escolha é livre desde o início e começam a elucubrar sobre outra questão, ou seja, admitem a possibilidade de sucumbir a algo irracional, neste caso não há livre escolha” (Sêneca XIX 3). A escolha deve fundamentar-se em crenças próprias, ainda que contrárias a uma corrente hegemônica, para que não se torne causa de infelicidade.

A mente deve fundamentar sua escolha na virtude. O homem tolo ou preguiçoso, seduzido por maus hábitos, deve constantemente polir a mente enferrujada para aumentar sua resistência. Pergunte-se voluntariamente o que você escolheria se algum deus lhe desse esta chance: uma vida em uma agitada cidade ou uma vida na tranquilidade do campo? (Sêneca, XCV 36; XCVI 5)

Porém é possível optar por escolhas saudáveis vivendo em uma grande cidade e também optar por escolhas não saudáveis vivendo no campo.

Dentre as opções que a vida apresenta coisas que não trazem grandeza para a mente não são boas. A bainha não torna a espada boa ou ruim. Com o corpo acontece o mesmo. Claro que se houver opção eu escolho saúde e força, contanto que o sentido implícito do bom seja resultado de meu arbítrio em relação a essas coisas, e não das coisas em si. Por isso é loucura dizer a um homem doente o que ele deve fazer, como se ele estivesse bem, quando o que deve ser feito, prioritariamente, é restaurar sua saúde. Depois disso, aí sim, estabelecer uma disciplina baseada em preceitos específicos. Mas se os preceitos de saúde não forem estabelecidos de forma preventiva, de nada valeu o tratamento. (Sêneca, LXXXVIII 35; XCII 13; XCIV 22)

Isso nos remete aos conceitos atuais de promoção da saúde, adequação de meio, controlar a doença e mudança consentida de hábitos.

Um estoico altera sua vontade para se adequar ao mundo e permanecer doente e feliz, em perigo e ainda feliz, morrendo e ainda assim feliz, no exílio e feliz, na desgraça e feliz, dessa forma afirmando um desejo individual completamente autônomo e, ao mesmo tempo, um universo que é um todo rigidamente determinista. (Epicteto, The Discourses, p. 67)

Se esse indivíduo, ainda por cima, observa a moderação, com certeza terá boa saúde física.

Sem esses preceitos filosóficos a mente não é saudável, e tampouco o corpo o será, ainda que seja vigoroso como é o corpo de um louco. Esta é a principal forma de saúde a ser cultivada. O resto é consequência e envolve menor esforço, se o objetivo é apenas sentir-se bem fisicamente. (Sêneca, XIV 15; XV 1)

Saúde não é apenas ausência de doença, mas uma relação muito mais complexa.

Em saúde, o saber produzido e ensinado não parece vincular-se imediatamente a uma intenção assistencial de referência à totalidade e integralidade, e a maioria dos modelos de atenção

à saúde não alcança esse objetivo. Mas seria insano creditar à falibilidade médica o insucesso no tratamento e recuperação de uma saúde negligenciada. Para chegar ao sujeito múltiplo que é o objeto da atenção em saúde é necessário um saber múltiplo, em uma perspectiva de integralidade, e não em uma mera redução holística, que ao contrário de dar conta da totalidade humana, torna-a massa homogênea e virtual, desconsiderando suas emoções e existindo tão somente como produto de nosso imaginário (Gorowitz & Macintyre, 1976; Leopardi, 2013; Mendes, 2011). “Se as emoções são corpóreas, também o são as doenças do espírito, tais como ganância, crueldade e todas as culpas que envenenam a mente, até se transformarem em algo incurável. A cura física é impossível sem a cura do espírito” (Sêneca, CVI 6). Conceitos absolutamente compatíveis com somatização e as novas concepções sobre saúde mental.

O tratamento e a cura, mesmo que aconteçam em nível coletivo, devem levar em consideração as individualidades de cada sujeito. Este sujeito social e complexo não é dado, mas além de sua natureza, é construído pela ciência e pela consciência e não participa espontaneamente na vida social, seja por agregação ou por justaposição. Fatores de determinação interferem profundamente na condição social e de saúde do indivíduo, que requer autorização tácita ou explícita dos pares. Mesmo assim o alter social quase sempre é apreendido em uma interpretação mal feita e fragmentada, não alcançando nem tangencialmente o caminho da integralidade do outro. Esta situação dificulta a interação de muitos profissionais da saúde, tornando-os meros assistentes (Leopardi, 2013; Mendes, 2011).

Para uma atenção integral é necessário um conhecimento substancial da mente do outro. Muitas vezes quem sofre tortura está com a mente mais calma que o torturador. Com a doença ocorre o mesmo. Se for uma doença crônica alguns intervalos irão permitir períodos de descanso, concedidos pelo benefício do tempo; mesmo quando agudiza, esses breves períodos de tranquilidade ainda permanecem.

Já uma doença aguda produz uma de duas coisas: ou se extingue espontaneamente ou é extinta por algum tratamento. E que importância tem isso, se em ambos os casos a dor termina? Em verdade é o corpo que é prejudicado pelos problemas de saúde, e não a mente. A doença tolhe os pés do corredor e dificulta o trabalho do artesão. Mas se a mente estiver bem é possível advogar e ensinar, ouvir e aprender, pesquisar e meditar. Que mais é necessário? Quem possui controle sobre sua doença simplesmente demonstra que ela pode ser vencida ou superada em qualquer grau. (Sêneca, LXXI 5; LXXVIII 17, 20)

Pessoas em condições crônicas podem e devem, em um processo de inclusão, ser participantes do meio social e em atividade nas suas condições laborais.

É notável como algumas pessoas são autosuficientes, como se mostram felizes com parte de si mesmas. “Se acaso perdem um membro, por doença ou pela guerra, ou se algum acidente lhes rouba um ou ambos os olhos, ficam felizes com o que permanece, conseguindo a mesma qualidade de vida com as restrições impostas ao seu corpo. Embora não esmoreçam pelas partes que perderam, com certeza prefeririam não perdê-las. Essas pessoas reinventam estilos de vida, alterando hábitos há muito tempo estabelecidos” (Sêneca, IX 4). Esse nível de superação é alcançado por uma disciplina bem treinada, que traz felicidade e realização pessoal como consequências naturais de atitudes corretas.

É difícil alterar hábitos ou estilos de vida que nunca existiram anteriormente, ou que não foram fortalecidos por mente bem trabalhada.

Quando alguém enraivece deve conscientizar-se de que não apenas a raiva está sobrevindo, mas também a instalação do hábito da raiva, o que maximiza o problema. Assim crescem as doenças do corpo ou da mente. Mas o racional (controle) e o irracional (descontrole) se manifestam em diferentes formas para diferentes pessoas, tais como o bem e o mal, o útil e o inútil. Exatamente por isso precisamos de disciplina, para aprender como adaptar esses conceitos em suas diversas formas temporais. (Epicteto Encheiridion, p. 64; The Discourses, p. 3)

Conceitos sofrem mudanças consideráveis ao longo do tempo, como a inversão observada nos últimos anos sobre imposições sociais que levaram ao aumento do consumo de álcool e ao decréscimo no uso de tabaco.

O mal que nos aflige não é externo, está dentro de nós. Por isso é difícil atingir a plena cura, pois muitas vezes nem sabemos que estamos doentes. Às vezes nem mesmo consultamos o médico, cujo trabalho seria muito facilitado se ele fosse procurado quando a enfermidade estivesse em seu estágio inicial. Quando iniciamos um tratamento, buscamos a cura. Mas quando realmente começa a cura? Quando jogamos fora os maus hábitos com toda sua virulência. Com as doenças da mente o caso é ainda mais grave: quanto mais severas, menos são percebidas, pois não envolvem sintomas físicos. (Sêneca, L 4; LIII 7; LXVIII 7)

Em geral pessoas mais disciplinadas são mais predispostas a mudarem seu comportamento para aliviar a doença que as aflige e colaboram no tratamento.

Quando alguém é acometido por qualquer mal, deve praticar um estilo de vida semelhante ao de um homem saudável. Evitar excesso de comida, beber água, procurar inclusive evitar o desejo, mesmo que algumas vezes esse desejo esteja baseado na razão. Saúde é uma coisa boa, e doença é algo ruim? Não necessariamente. Ser saudável, e saudável da forma correta, é bom; ser saudável da forma ruim é que é ruim. Dessa forma é possível tirar vantagem da doença para manter uma vida saudável. (Epicteto, *The Discourses*, pp. 96, 101)

Saúde é algo temporário que um médico não pode garantir. A mente, entretanto, uma vez curada, é bem curada e para sempre. Quando a boa saúde é comprometida ocorre uma mudança para a “saúde doente”. Aparecem latentes sintomas que precedem a doença: lentidão, tremores, calafrios, uma lassitude que não é fruto de qualquer esforço. (Sêneca, LXXII 6; LXXIV 23, 32)

Mudança de hábitos ou formação de novos hábitos (cura da mente) é um processo complexo e lento, mas quando acontece de forma racional e consentida perdura por toda a vida.

Um touro não se desenvolve rapidamente, e tampouco um homem de valor. É preciso estabelecer, sem pressa, uma séria disciplina no inverno para aproveitá-la no verão. E qual é o objetivo da disciplina? Antes de tudo, o maior e principal, que deveria figurar como palavras de pórtico: se nos apegamos profundamente a alguma coisa, e se essa coisa desaparecer, que possamos lembrá-la sem perturbações. (Epicteto, *The Discourses*, pp. 4, 118)

Atividades, físicas ou não, que sacodem a preguiça para fora do corpo, são vantajosas tanto para a saúde quanto para os estudos. Um homem com febre, ainda que leve, não está bem de saúde, pois boa saúde não combina com doença moderada. Mas o homem sábio, seja ele comandante ou soldado, pode desenvolver virtudes em meio à riqueza ou à pobreza, em seu país ou no exílio, com saúde ou doente. Qualquer que seja o destino que encontre, ele irá usá-lo para construir algo de valor e enfrentar os desafios que surgirem. (Sêneca, LXXV 1, 4; LXXXV 40)

Essa disciplina pode ser extremamente útil no manejo de CC, que estão ligadas, principalmente, a quatro fatores de risco, aspectos nocivos da rápida urbanização e transição econômica: uso de tabaco, dieta não saudável, atividade física insuficiente e uso abusivo de álcool. Estes fatores estão classificados entre os determinantes sociais da saúde. Sistemas de saúde desgastados não conseguem atender satisfatoriamente às pessoas nessas condições, que necessitam mais de intervenções em escala populacional do que individual. O cuidado inadequado aumenta em muito os riscos associados às CC, inclusive gerando incapacidades de longa duração e reduzidas chances de sobrevivência. Há evidências de que o autocuidado e o cuidado compartilhado, associados a mudanças de hábitos, diminuem esses riscos, tornando a pessoa usuária corresponsável pela gestão de sua condição (Bloom *et al.*, 2011; Mendes, 2011).

Para o desafio que se impõe ao manejo das condições crônicas, a governança inteligente propõe como as pessoas e os governos podem abordar a atenção à saúde em cinco dimensões estratégicas: colaboração; compromisso; regulação/persuasão; agências independentes e associações de experts; e políticas flexíveis, estruturas resilientes e previsão. Governança inteligente pode ser entendida como a aplicação inteligente do poder, ou seja, a combinação do forte poder financeiro de coação com o brando poder da persuasão e da atração (WHO, 2012).

Não desanimar de tratar alguém doente, mesmo quando a doença for crônica, desde que seja possível convencer esse alguém a certas mudanças. É preciso empenho para livrá-lo da doença e usar o tempo para construir uma mente sólida. É tolice pensar na morte para evitar a doença, pois esta é curável e não embarça a mente. Isto seria uma derrota. Mas se a situação for extrema e a dor insuportável, a morte é uma saída digna, não por causa da dor, mas porque ela é um obstáculo a todas as razões para viver. Quem sai da vida só porque sente dor é um fraco, um covarde; mas quem vive apenas para enfrentar essa dor é um tolo. (Sêneca, XXV 2, LIII 9, LVIII 36)

Há que se evitar interpretações precipitadas sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia para identificar o valor implícito de honra e dignidade.

Todo bem é desejável? É bom ser corajoso mesmo sob tortura, ir para o patíbulo com coração forte, enfrentar a doença com resignação. É melhor que nunca aconteça uma guerra, mas se ela sobrevier é mais nobre desejar poder suportar os ferimentos, a fome, e tudo que a guerra traz. Seria insano desejar a doença, mas se ela se instalar, é mais nobre um comportamento que não demonstre covardia ou fraqueza. (Sêneca, LXVIII 3, 4)

Novamente, não o fatalismo apático, mas o enfrentamento com nobreza, coragem e força.

Tal qual um doente enfraquecido por longo tempo, e que esteja em uma situação que não pode ser removido de casa sem ter uma recaída, assim também uma pessoa é afetada quando sua mente está se recuperando de uma prolongada doença. As doenças da mente são vícios, como ambição ou cobiça que endurecem e tornam-se crônicas. Em resumo, por doença da mente entende-se uma contínua perversão do juízo, de forma que o que não deveria ser desejável passa a ser altamente desejável. (Sêneca, VII 1, 7; LXXV 11)

Concepções hedonísticas levaram a uma liberalização dos costumes com consequências desastrosas para a saúde.

Não importa quão insignificantes as doenças pareçam de início, elas evoluem em ritmo acelerado. Às vezes o menor progresso da doença se deve a um corpo debilitado. A medicina começa a mostrar-se útil quando um leve toque faz o corpo doente formigar. Isto é o início da cura. E há um conselho que é a própria cura, não só da doença, mas de toda a vida: “Desprezem a morte”. É possível superar o sofrimento que a doença traz se considerarmos os resultados com desprezo. (Sêneca, LXXXV 12; LXXVIII 5, 12; LXXXIX 19)

Comprovadamente um organismo debilitado facilita a instalação de doenças, mas encarar a morte como algo natural e inevitável fortalece a mente.

Tal como sofisticados banquetes e roupas luxuosas falam de um estilo de vida doente, igualmente um comportamento desregulado mostra que a mente perdeu seu equilíbrio. Quando a doença gradualmente devorou o caráter, e hábitos irregulares penetraram na medula e nos nervos, como a alma lamenta a visão dos membros que, por sua indulgência, tornaram-se inúteis! Em vez de seus próprios prazeres, o indivíduo passou a almejar os alheios; tornou-se intermediário e testemunha de paixões que, como resultado da própria insatisfação, já deixou de sentir. (Sêneca, CXIV 11)

Isso remete diretamente à disseminação de hábitos que favorecem a instalação dos fatores de risco.

Entre a insanidade das pessoas em geral e a insanidade daqueles em tratamento médico não existe diferença, exceto que os últimos sofrem de doenças e os primeiros sofrem de falsas opiniões. E nem mesmo a medicina pode dominar doenças incuráveis; quando muito, algumas vezes atua como remédio, outras vezes apenas como alívio. A mente doente deve ser tratada cuidadosamente para libertar-se de culpas ou da propensão ao mal. Estes objetivos podem ser alcançados pelas principais doutrinas filosóficas. Mas nem mesmo o poder da filosofia universal, embora convoque todas as forças nesse objetivo, consegue remover da mente o que já se transformou em uma doença obstinada e crônica. (Sêneca, XCIV 13, 17, 24)

Isto é a confirmação de que nem o estoicismo, nem a filosofia, pretendem apresentar-se como panaceia para a saúde, e tampouco usurpar a função da medicina.

Não é preciso mencionar as inúmeras doenças que resultam de viver faustosamente. As pessoas costumam estar livres desses males quando não afrouxaram sua resistência pela indulgência e exercitam o autocontrole. Fortalecem o corpo pelo trabalho pesado, cansando-se pela corrida, pela caça ou lavrando a terra. São saciadas por um alimento que só proporciona prazer a quem está faminto. Para estas pessoas não há necessidade de toda a superparafernália médica, nem de tantos instrumentos e pílulas. Hoje são necessários cursos sofisticados para decifrar sofisticadas doenças. Há um acúmulo delas por conta de tantas combinações exóticas de alimentos, pois as maneiras de adoecer são tantas quanto são as maneiras de viver. As doenças são incalculáveis, da mesma forma que é incalculável o número de cozinheiros. E se a alimentação em si é exótica também as doenças serão complexas e incontáveis. Por conta de diversos hábitos nocivos até as mulheres deixaram de ter os privilégios de seu gênero. Esqueceram a natureza feminina e estão condenadas a sofrer as mesmas doenças dos homens. (Sêneca, XCV 18, 19, 21, 23, 29)

É impressionante a atualidade deste texto, embora descreva o século I d. C.

Quando uma doença nos deixa temerosos e o quadro clínico se agrava, devemos confessar que em verdade temíamos pela vida. Mas convenhamos que quando rezamos por uma vida longa é exatamente isso que estamos pedindo. Uma vida longa inclui todos esses problemas, velhice e doenças agudas e crônicas, assim como uma longa viagem inclui poeira, chuva e lama. (Sêneca, XCVI 3)

Isso é um contraponto racional ao paradigma positivista de uma vida longa e saudável, isenta de doença, tristeza e sofrimento.

Ao examinarmos nossa infância, com olhos de pesquisador, somos levados a pensar que essa é a melhor idade. Porque com o passar do tempo surgem doenças e a velhice pesa sobre nós, enquanto ainda pensamos na juventude. Provavelmente a citação de Virgílio está certa, porque “velhice é uma doença que não podemos curar”. (Sêneca, CVIII 28, 29)

Conceito coerente com as modernas teorias de condições de saúde; a velhice é um ciclo da vida encarado como condição crônica.

É melhor ter emoções moderadas ou não tê-las de nenhuma forma? Estoicos rejeitam as emoções e os Peripatéticos aconselham a controlá-las. Com isso o estoicismo não rouba qualquer privilégio que alguém não queira perder, e aceita com certa indulgência coisas pelas quais todos lutam. Simplesmente propõe jogar fora os maus hábitos, a causa básica das doenças, principalmente as crônicas. Essa causa que parece ser uma suscetível revolta contra a existência natural, como se percebe em algumas pessoas que se diferenciam tanto de outras por suas vestes, ou por sofisticadas receitas em seus jantares, ou pela elegância de suas carruagens. (Sêneca, CXXII 18)

O atual milênio sinaliza o desenrolar de uma dramática resignificação de valores para dimensionar se mais vale dispor de tecnologias sofisticadas, esquecendo a subjetividade, ou aproximar, como valores simultâneos e inseparáveis, o mundo objetivo e o mundo subjetivo.

Existem incertezas tanto nas verdades científicas como nas tradicionais verdades humanas. (Leopardi, 2013; Mendes, 2011)

É fundamental disciplinar a mente para compreender e superar o próprio destino, e deixá-la ter o conhecimento que nada ameaça. Aprender a saudar cada dia assim que começa, e deixar que seja bem vindo como se tivesse sido escolhido. Apoderar-se deste dia bem como das rédeas da própria vida. (Sêneca, XCI 15; CVIII 27)

## **Considerações finais**

Condições crônicas requerem uma atenção diferenciada, baseada no autocuidado, cuidado compartilhado e mudança de hábitos, porém levando em consideração diversas questões sociais intimamente relacionadas aos determinantes de saúde. A filosofia, e em especial a Escola Estoica, disponibiliza conhecimentos para melhorar a disciplina e o livre arbítrio, não como doutrina a ser imposta, mas a ser trabalhada em uma base flexível, conscientizando as pessoas de sua responsabilidade decorrente da livre escolha. Não pretende fazer apologia do sofrimento, tampouco estimular a eutanásia para condições extremas. Pretende, sim, tornar o indivíduo consciente das adversidades da vida, e mais resistente para enfrentar essas diversas ocorrências. Pessoas usuárias inscritas em programas específicos de condições crônicas às vezes são atendidas por profissionais de saúde tão doentes quanto elas próprias. Estes profissionais são cobrados duplamente: de um lado, por cidadãos crescentemente empoderados por novos meios de comunicação, hábeis em exigir seus direitos, porém alheios ao cumprimento de deveres que suas escolhas impõem; de outro lado, pressionados por gestores com lógica produtivista e a possibilidade de sofrerem diversas sanções restritivas. Se juntarmos a isso condições inadequadas de trabalho, estruturas físicas deficientes, falta de motivação e conflito de interesses político-partidários, comprova-se uma condição crônica talvez pior que das pessoas usuárias.

Em nossa hedonística busca por uma vida longa e sem doenças, chegamos à insanidade de almejar que seja eterna. Sofremos e nos angustiamos que os bons e saudáveis momentos da vida não sejam perenes, perdendo a oportunidade de desfrutá-los em sua integralidade. Em meio a uma ética e moral conturbadas, corrompidas por interesses financeiros e propaganda desleal, algo mais forte que o normal é preciso, algo que jogue para longe esses males crônicos. Para arrancar crenças pré-estabelecidas em ideias errôneas o comportamento deve ser regulado por doutrinas. Mas devemos adicionar preceitos, compaixão e estímulo a essas doutrinas para que sejam compreendidas e prevaleçam. Apenas como doutrinas caem em uma retórica vazia e ineficaz.



## REFERÊNCIAS

- Alvarenga, AT de, Vasconcellos MdaP., Adorno RdeCF. (2011). A Contribuição das Ciências Sociais e Humanas na Pesquisa, no Ensino e na Formação em Saúde. *Saúde Soc.*, 20(1), 9-15.
- Bloom D.E., Cafiero E.T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom, L.R., Fathima S., Feigl A.B., Gaziano T., Mowafi M., Pandya A., Prettner K., Rosenberg L., Seligman B., Stein A., Weinstein C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum. Available at [www.weforum.org/EconomicsOfNCD](http://www.weforum.org/EconomicsOfNCD) access on 12-15-2012.
- De Salazar, L. (2011). *¿Funcionan y son efectivas las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades crónicas? ¿Qué dice la evaluación?* Cali, Colombia: Programa Editorial, Universidad del Valle.
- Dinucci A, Julien A. (2012). *O Encheiridion de Epicteto*. Aracaju: Viva Vox.
- Epictetus. (2012). *O Encheiridion*. Available at <http://ia601204.us.archive.org/24/items/OEcheiridionDeEpictetoEdicaoBilingue/enchbifinal26.04.12.pdf> access on 07-01-2013.
- (2013). *The discourses*. Available at <http://pensamentosnomadas.files.wordpress.com/2012/08/the-discourses.pdf> access on 07-01-2013.
- Gorovitz, S., MacIntyre, A. (1976). Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philos*, 1(1), 51-71. doi: 10.1093/jmp/1.1.51.
- Leopardi, M.T. (2013). *A filosofia no ensino como alicerce das ações dos profissionais da saúde*. Disponível em <http://leopardi.pro.br/news.htm> access on 07-02-2013.
- Marsiglia, R.M.G., Spinelli, S.P., Lopes, M.F., Silva, T.C.P. (2003). Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. *Ciênc. Saúde coletiva*, 8(1), 275-285.
- Mendes, E.V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).
- Minayo, M.C. de S. (1992). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- Nunes, E.D. (2003). Ciências sociais em saúde: um panorama geral. Em Goldenberg, P., Marsiglia, R.M.G. e Gomes, M. H. de A. (orgs), *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- PAHO - Pan American Health Organization. (2011). *Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future*. Washington, D. C.: PAHO. Disponível em [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=14832&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14832&Itemid=) access on 02-15-2012.
- Pellegrino, E.D. (1976). Philosophy of medicine: problematic and potential. *J Med Philos*, 1(1), 5-31.
- Sêneca. (2013). *Moral letters to Lucilius (Epistulae morales ad Lucilium)*. Disponível em [http://en.wikisource.org/wiki/Moral\\_letters\\_to\\_Lucilius](http://en.wikisource.org/wiki/Moral_letters_to_Lucilius) access on 07-01-2013.
- WHO – World Health Organisation. (2011). *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Italy: WHO Library. Disponível em [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/) access on 06-21-2011.
- (2012). *Governance for health in the 21st century*. Paris. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century> access on 03-21-2012.

## SOBRE OS AUTORES

**Gerson Luis Schwab:** Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG (1973-1976). Especialização em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares pela Universidade de São Paulo, Bauru FOB-USP (1991-1993). Mestrado em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR (2009-2011). Doutorando em Saúde Coletiva na Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR (ingresso em 2011). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares e em Saúde Coletiva. Desde 1989 é Coordenador Regional de Saúde Bucal, na 21a. Regional de Saúde, da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, em Telêmaco Borba. Foi supervisor pedagógico do Curso Técnico em Saúde Bucal desta secretaria no período 2009-2010. Atua na Estratégia Saúde da Família, Mortalidade Materna e Infantil, Avaliação e Monitoria em Saúde Pública e Enfrentamento à Violência.

**Simone Tetu Moysés:** Graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1983), mestrado em Odontologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1989) e doutorado em Epidemiologia e Saúde Pública - Universidade de Londres, Inglaterra (1999). Atualmente é professora Titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e atua como responsável de Área do Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Área de Concentração em Saúde Coletiva (mestrado e doutorado). Coordena projetos de cooperação nacional e internacional nas áreas de promoção de saúde e desenvolvimento local. E pesquisadora na Diretoria de Atenção Primária em Saúde na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção de saúde, políticas públicas saudáveis, epidemiologia, saúde da família e saúde bucal coletiva.

**Beatriz Helena Sottile França:** Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1971), graduação em Direito pela Universidade Tuiuti do Paraná (2003), mestrado em Odontologia Legal e Deontologia pela Universidade Estadual de Campinas (1993) e doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (1998). Atualmente é professor titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e professora Adjunto na Faculdade de Odontologia da UFPR. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Legal e Bioética, atuando principalmente nos seguintes temas: biodireito, ética na pesquisa, odontologia pericial, deontologia e responsabilidade profissional.

**Renata Iani Werneck:** Possui graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2000), mestrado em Dental Public Health - University of Toronto (2004) e doutorado sanduiche em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Paris - INSERM U550 (2010). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Social e Preventiva, atuando principalmente nos seguintes temas: cariologia, prevenção, odontopediatria, epidemiologia e genética epidemiológica. Atualmente é professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná nas disciplinas de Saúde Coletiva e da pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).

**Samuel Jorge Moysés:** Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública - Universidade de Londres, Inglaterra (1999). Atualmente é professor titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, professor adjunto da Universidade Federal do Paraná, coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e consultor do Ministério da Saúde do Brasil em Vigilância em Saúde Bucal. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas saudáveis, saúde urbana, promoção da saúde, atenção primária à saúde, saúde da família e saúde bucal coletiva.



# Gripe A y el rol de los medios de comunicación en una pandemia: ¿Qué representaciones sociales crean los medios sobre las epidemias sanitarias?

Nahia Idoiaga, Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea, España

**Resumen:** Este trabajo analiza las representaciones sociales que se produjeron ante la pandemia de Gripe A (H1N1) y la influencia que tuvo en ello el tratamiento de la misma hecho público por los medios de comunicación durante el periodo que duró la crisis, marzo de 2009 – agosto de 2010. La investigación toma como espacios geo-sociales de análisis a México (país donde se inició la Gripe A) y España y utiliza como referencias mediáticas básicas los dos diarios de información general de mayor tirada en cada uno de ellos (*El Universal* y *El País*). Para ello entrelazamos dos marcos teóricos - la teoría del Framing o enmarcamiento mediático y la del *Collective Symbolic Coping* (CSC) sobre las representaciones sociales. Cada una de estas dos perspectivas goza ya de suficiente consolidación teórica, aunque ese entrelazamiento que planteamos realizar apenas se ha producido hasta ahora en la investigación universitaria. Los resultados del trabajo revelan que el desarrollo de la crisis sanitaria influyó en el uso de los principales frames o marcos interpretativos de los medios de comunicación. Y estos pusieron en marcha el proceso de CSC moldeando las representaciones sociales. De hecho los cinco principales cluster generados por el programa Alceste y utilizados para el análisis del CSC se relacionan estrechamente con los dos frames más utilizados, el de "interés humano" y el de "atribución de responsabilidad". A partir de ello se razona sobre las implicaciones teóricas y aplicadas derivadas de la interrelación entre las dos perspectivas teóricas utilizadas en el trabajo.

**Palabras clave:** gripe A, framing, collective symbolic, psicología de la salud

**Abstract:** This paper analyzes the social representations of the pandemic influenza A (H1N1) and their influence on the treatment made by the media during the crisis. The research takes as geo-social space analysis Mexico (country where swine flu started) and Spain from March 2009 to august 2010. The analysis focused on the two general newspapers with the largest circulation in each country (*El Universal* and *El País*). This research intertwine two theoretical frameworks: Framing theory and the *Collective Symbolic Coping* (CSC) on social representations. The results of the study show that the development of the health crisis influenced the use of key interpretive frames by the media. These frames launched the CSC process shaping social representations. In fact the top five clusters generated by the Alceste program and used for analysis of the CSC were closely related to the two most used frames, the "human interest" and "attribution of responsibility." Finally, the theoretical and applied implications of the interrelationship between the two theoretical perspectives used in the workplace are discussed.

**Keywords:** Influenza A, Framing, Collective Symbolic Coping, Helth Psychology

## Introducción

Entre los acontecimientos que nos rodean, las situaciones de riesgo (pandemias, catástrofes, amenazas químicas o nucleares...) ocupan un lugar importante en la simbología social colectiva o *frame* social y es bastante claro que el relato de los medios de comunicación sobre tales situaciones interviene activamente en esas constituciones simbólicas, hasta el punto, a veces, de que las situaciones de riesgo se conviertan en situaciones de crisis (Altheide, 2010; Gonzalo y Farré, 2011). En la presente investigación se toma una de las situaciones de riesgo que ha tenido mayor impacto mediático y social en los últimos años, el de la Gripe A (H1N1) para analizar el papel de los medios en la construcción simbólica social de la misma. Se toman como referencia México (donde se inició la citada gripe) y España. En ambos casos se analizan los dos diarios de información general de mayor tirada en dichos países, *El Universal* y *El País*) durante todo el periodo (abril 2009 - agosto 2010) en que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se mantuvo la Gripe A. Para ello, como ya se ha indicado en el "Resumen" de inicio, utilizaremos de manera entrelazada la perspectiva teórica del *Framing* y la del *Collective Symbolic Coping* (CSC).



***La Gripe A (H1N1) pandemia 2009-2010***

También conocida como gripe porcina, se detectó por primera vez en marzo del 2009 en México, extendiéndose posteriormente por todo el mundo. Desde ese momento, los medios de comunicación internacionales comenzaron a informar sobre la situación de la gripe y la OMS planteó que, por primera vez en la historia, se podría seguir en tiempo real la evolución de una pandemia (OMS, 2009). Países de todo el mundo tomaron medidas extraordinarias para reducir o evitar el riesgo de verse afectados por la gripe, tales como la declaración de alertas sanitarias o el cierre de lugares públicos y se apresuraron a comprar antivirales y vacunas.

Sin embargo, desde el verano del 2009 la OMS comenzó a recibir críticas acusándola de crear una alarma excesiva, falta de transparencia, cambiar la definición de pandemia e, incluso, connivencia de intereses con la industria farmacéutica.

Finalmente, el 10 de agosto del 2010 la OMS declaró el fin de la pandemia de la Gripe A que, en contraste con su amplia distribución, tuvo una mortalidad baja: 18.449 personas en 214 países (OMS, 2010).

***Importancia de la perspectiva del framing en la teoría de la comunicación***

Desde la década de los setenta la teoría del *framing* (McCombs y Shaw, 1972) posee un espacio relevante dentro de las teorías de la comunicación. El modo concreto en que los medios organizan, dan sentido o enmarcan (*framing*) los acontecimientos y problemas sociales es un modo de formar la opinión pública, de influir en la interpretación y en las actitudes de las personas hacia esos eventos. Más allá del nivel individual, las consecuencias del enmarcamiento también pueden observarse a nivel social, por su influencia en la generación de procesos como socialización política, toma de decisiones o acciones colectivas (De Vreese, 2005; Reese, Gandy y Grant, 2001). Pero además, los *frames* o marcos no sólo aparecen en los textos, sino que se encuentran también en el emisor, el receptor y la cultura donde aparece el mensaje (Entman, 1993). Es decir, la literatura sobre el *framing* plantea una naturaleza dual del mismo: los marcos residen tanto en el discurso como en las cogniciones de los individuos, refiriéndose el *framing* a un proceso de influencia social que conecta los dos (Pan y Kosicki 2005).

Según la inicial perspectiva “goffmaniana” (Goffman 1974) los *frames* son esquemas de interpretación que permiten a la gente organizar los eventos de la vida en algo que tiene significado. Los *frames* son, así, principios organizadores, socialmente compartidos y persistentes en el tiempo, que actúan simbólicamente para estructurar u organizar el mundo social (Reese, Gandy y Grant, 2001). Desde esa perspectiva, Entman (1993, 52) estableció las siguientes características del *framing* mediático: Seleccionar algunos aspectos de una realidad percibida y darles más relevancia en un texto comunicativo, promoviendo así: a) una definición particular del problema, b) una interpretación causal del mismo, c) su evaluación moral y/o d) una recomendación de cómo debe ser tratado.

Aunque el campo del *framing* ha tenido un espectacular crecimiento en los últimos años se ha caracterizado, también, por una ambigua conceptualización teórica y por unos criterios metodológicos difusos (Vicente Mariño y Lopez Rabadán, 2009) que, afortunadamente, están en proceso de superación. Así, respecto a la relación de la teoría del *framing* con la *agenda-setting* y el *priming*, cabe señalar que si bien algunos autores consideran el *framing* como un segundo nivel de la *agenda-setting* (McCombs, 2006), existe un creciente consenso en la comunidad científica sobre su autonomía aun considerando su carácter complementario e incluso la utilidad de aplicarlas de forma combinada en los análisis (Scheufele, 2000; Kosicki, 2001; Scheufele y Tewksbury, 2007).

La teoría de la *agenda-setting* comenzó con la idea de considerar que los media no imponen a la opinión pública qué pensar pero sí sobre qué asuntos públicos pensar; cuando las noticias de los media cubren un tema, esto crea en la opinión pública la idea de que el tema es importante. La hipótesis del *priming*, por su parte, sugiere que la selección de qué noticias aparecen y cuáles se ignoran puede afectar a los juicios que realiza la gente (Iyengar y Kinder 1997); el *priming* ocurre cuando la gente a la hora de realizar sus evaluaciones, toma en consideración los temas cubiertos recientemente por los media. Así, mientras *agenda-setting* y *priming* se relacionan con el “qué” es cubierto por los media, *framing* se relaciona con el “cómo” lo presentan (Pan y Kosicki, 2005); mientras *agenda-*

*setting* y *priming* se basan en la relevancia o saliencia que los medios dan a los acontecimientos, *framing* se basa en la atribución de las causas (Scheufele, 2000). El prestigioso *Journal of Communication* dedicó al completo su nº57 (2007) a las cuestiones de *Agenda*, *Framing* y *Priming*, y algunos de los investigadores de mayor prestigio en la materia (Entman, Weaver, Tewksbury y Scheufele) subrayaban esa doble perspectiva de autonomía y complementariedad.

En la investigación sobre *framing*, se diferencian dos corrientes en relación a los *frames* mediáticos (De Vreese, Peter y Semetko, 2001; De Vreese, 2005): un enfoque genérico de los *frames* (*generic approach*) y un enfoque temático concreto (*issue-specific approach*). Los *frames* genéricos son aquellos que trascienden la limitación temática y se pueden utilizar para analizar diferentes hechos, a lo largo del tiempo y en distintos contextos culturales. En cambio, los *frames* temáticos hacen referencia a hechos concretos con categorías elaboradas de forma específica para ese tema.

La línea de trabajo sobre los *frames* genéricos, revisada y desarrollada por Semetko y colaboradores (Valkenburg, Semetko y De Vreese, 1999; Semetko y Valkenburg, 2000), identifica cinco *frames* principales que serán los utilizados en este trabajo: conflicto, interés humano, atribución de responsabilidad, moralidad y consecuencias económicas.

Diferentes investigaciones han analizado y utilizado esos *frames* propuestos por Semetko y Valkenburg. De hecho, se ha confirmado que son válidos para analizar diferentes temas políticos y sociales, como la inmigración, las crisis, igualdad de género etc. (Ann y Gower, 2009; Igartua, et al., 2004; Kenix, 2008; Valencia *et al.*, 2010).

El *frame* de conflicto refleja los conflictos que se puedan dar entre individuos, grupos o instituciones, con objeto de captar el mayor número de audiencia posible. En el estudio de estos autores fue el segundo *frame* más utilizado y en los media más serios aparecía en mayor medida.

El *frame* de interés humano provee de una cara humana o aspecto emocional a la presentación de un suceso, hecho, o problema. Así, se ha encontrado que este *frame* influye en las respuestas emocionales de los sujetos, siendo un predictor significativo de la responsabilidad y la culpa atribuidas a las causas del tema o problemática (Cho y Gower, 2006).

El *frame* de moralidad pone el problema o asunto en el contexto moral o de prescripciones sociales o religiosas. Debido a la norma de objetividad en el periodismo, en general este *frame* aparece de un modo indirecto, a través de citas e inferencias, más que directamente.

El *frame* de las consecuencias económicas expresa las consecuencias económicas que un problema o asunto puede generar sobre un individuo, grupo, institución, región o país. También este ha sido identificado como un *frame* común en los media.

Y finalmente, el *frame* de atribución de responsabilidad, propuesto inicialmente por Iyengar (1990), es definido como un modo de atribuir la responsabilidad de una causa o solución bien al gobierno o a un individuo o grupo. Semetko y Valkenburg (2000) encontraron que la atribución de responsabilidad era el más utilizado en los medios de prensa más serios, mientras los medios más sensacionalistas y la televisión lo utilizaban en menor medida.

### ***Collective Symbolic Coping***

El modelo del CSC explica cómo el grupo le da sentido a situaciones novedosas que amenazan el orden social establecido. Es decir, es el ejercicio que el grupo hace para mantener el mundo tal y como lo conoce, ante una situación nueva o amenazante (Wagner *et al.*, 2002).

Inicialmente el *coping* se refería a la conducta del individuo y no a acontecimientos de nivel colectivo, aunque se reconocía que el esfuerzo individual del *coping* tiene componentes que son fuertemente colectivos (Davison y Pennebaker, 1996).

Basándose en la teoría de las Representaciones Sociales (Moscovici, 1988; Wagner y Hayes, 2005) en el CSC se subraya el nivel colectivo del término *coping*. El *coping* colectivo es creado por los medios de comunicación, quienes construyen y comunican “alguna cosa” como si fuera nueva o como si fuese a cambiar el modo de vida establecido hasta el momento. Siendo parte de una red de comunicación, tanto a nivel individual como colectivo, las personas valoran el reto que les supone esa nueva cosa (Orr, Sagi y Bar-On, 2000; Wagner 1998).

En consecuencia, las representaciones creadas a través del CSC proveen a la sociedad de herramientas para interpretar nuevos acontecimientos (Gilles et al., 2011). Este proceso, sin embargo, debe cumplir ciertas fases (Wagner *et al.*, 2002, 325-237):

- 1) Toma de conciencia (*Awareness*). Para que haya una toma de conciencia pública de un acontecimiento es necesario que se considere importante para la sociedad (Wagner et al., 2002). Es decir, los medios de comunicación han de darle relevancia a los acontecimientos, encarrilando la toma de conciencia de las personas, es decir, mediante el proceso de *agenda-setting* al que antes nos hemos referido.
- 2) Divergencia (*Divergence*). En esta fase nacen diferentes interpretaciones del acontecimiento creando ambigüedad y confusión. La representación de un nuevo acontecimiento –su modo de conocimiento- puede cambiar el conocimiento previo. Esa novedad de representación y conocimiento puede hacer que fallen los esquemas interpretativos sostenidos hasta el momento y que haga falta uno nuevo.
- 3) Convergencia (*Convergence*). Tanto en los medios de comunicación como a nivel individual, las comunicaciones relacionadas al nuevo acontecimiento conllevan que haya una lucha de posibles interpretaciones. Algunas de esas interpretaciones son rechazadas y otras aceptadas (Sperber, 1986), pero al final el grupo llega a un pacto para construir una nueva interpretación aceptada por todos (Bartlett, 1932).
- 4) Normalización (*Normalization*). En esta cuarta fase la interpretación o explicación del nuevo acontecimiento se integra en el conocimiento común convirtiéndose familiar. Sin embargo, la normalización no es irreversible, ya que la discusión política puede reavivar el proceso (Wagner et al., 2002). Además, debemos tener presente que este es un proceso complejo que puede durar décadas y que en ocasiones es difícil de analizar (Bauer, 2000).

Por consiguiente, la teoría del CSC es útil para describir los sucesos que amenazan al orden social establecido. Aunque en un principio el modelo del CSC se usó para investigar sucesos relacionados con la biotecnología, hay investigaciones que lo han aplicado en las crisis sanitarias. Así, por ejemplo, en una investigación llevada a cabo sobre la gripe aviar (Gilles et al., 2011) se observó que este modelo era útil para analizar crisis sanitarias, ya que estas, además de suponer una amenaza física, también representaban una amenaza simbólica para la sociedad (Joffe, 1999).

El objetivo principal de este trabajo, en suma, es investigar la cobertura y el tratamiento que los medios de comunicación de México y España dieron a la Gripe A y la repercusión que ese tratamiento tuvo en la sociedad. Para ello planteando como hipótesis que si bien la visibilidad mediática de este tema disminuiría con el paso del tiempo, se encontrará una correlación positiva entre dicha visibilidad y las amenazas objetivas de la gripe (número de casos, muertos etc.). Además los *frames* de Responsabilidad, Interés Humano y Conflicto serán los más importantes aunque su presencia irá cambiando durante el tiempo y dependiendo del país.

Para terminar la cobertura de la Gripe A mostrará el desarrollo de las fases del CSC que se verán reflejadas durante esta crisis, aunque es probable que la fase de tenga dificultades de estabilización en la sociedad por el contraste entre percepción y realidad epidemiológica de la pandemia.

## Método

### *Muestra y unidad de análisis*

La muestra se extrajo de los diarios de información general de mayor tirada y referencia de México y España: El Universal y El País.

El periodo temporal analizado se extendió desde el 25/04/2009 - cuando la Directora General de la OMS, Margaret Chan (2009), reunió al Comité de Emergencia y éste recomendó que se declarara una “Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional”-, hasta el 10/08/2010 cuando declaró el final de la pandemia.

Se establecieron tres unidades de análisis: primero, todas las portadas que hacen referencia a la Gripe A; segundo, los artículos de cualquier sección del periódico a los que se le haga referencia en la portada; finalmente, los editoriales sobre la Gripe A. En total 142 portadas, 142 artículos y 25 editoriales.

### ***Diseño y codificación***

Se llevaron a cabo los siguientes tres trabajos por separado:

- A. Análisis de las portadas. Se analizó la cobertura que *El País* y *El Universal* hicieron de la Gripe A, situándolo en su espacio temporal y en el contexto epidemiológico.
- B. Análisis cuantitativo de los artículos y editoriales. En este apartado se usaron como variables independientes el trimestre en el que se publicó la noticia y el periódico para medir el uso de los cinco *frames* propuestos por Semetko y Valkenburg (2000) en los artículos y editoriales (en total 167 artículos y editoriales) a partir de la escala que establecen para hacerlo. La codificación fue llevada a cabo por dos jueces ciegos obteniendo un alto índice de acuerdo (Kappa de Cohen > 0,7).
- C. Análisis cualitativo de los artículos y editoriales. Se analizaron los artículos y editoriales para determinar los principales temas tratados. Para evitar los problemas de fiabilidad y validez comunes en los análisis de texto se optó por usar como instrumento el programa ALCESTE que realiza clasificación textual automática (Reinert, 1996; Bauer, 2000; Klein y Likata, 2003).

## **Resultados**

### ***Situación en tiempo y contexto***

El análisis de correlación de Spearman encontró una correlación significativa entre los artículos publicados en *El País* y los casos de Gripe A en España  $r(17)=0,565$ ,  $p<0,05$ . Además, la mayoría de los artículos se publicaron antes de que la Gripe A llegara a España. Por otro lado, se encontró una correlación positiva entre el número de artículos publicados y la importancia que los españoles dieron a la sanidad  $r(17)=0,578$ ,  $p<0,05$ , y también entre esos resultados del CIS<sup>1</sup> (Centro de Investigaciones Sociológicas) y el número de casos  $r(17)=0,605$ ,  $p<0,05$  y defunciones  $r(17)=0,518$ ,  $p<0,05$  por Gripe A.

En relación al diario *El Universal* los análisis de correlación de Spearman encontraron correlaciones significativas entre los artículos y los casos de Gripe A  $r(17)=0,850$ ,  $p<0,01$ ; y los artículos y defunciones a causa de la Gripe A  $r(17)=0,898$ ,  $p<0,01$ . También se encontraron correlaciones significativas entre las portadas y el número de casos de la Gripe A  $r(17)=0,799$ ,  $p<0,01$  y entre las portadas y el número de defunciones  $r(17)=0,751$ ,  $p<0,01$ . Así, en México la publicación de portadas o titulares y artículos sobre la Gripe A estuvo directamente relacionado al número de afectados por la misma.

### ***Análisis cuantitativo de los artículos y editoriales***

En total se analizaron 142 artículos (a los que se les había hecho referencia en las portadas) y 25 editoriales, perteneciendo el 39,5% a *El País* y el 60,5% a *El Universal*.

El *frame* más utilizado fue el de interés humano, seguido por el de responsabilidad, conflicto, moralidad y por último por el económico.

### ***Frame, periodo temporal y diarios***

En relación a *El País*, se realizaron ANOVAs correspondientes a cada tipo de *frame* y se encontraron diferencias significativas por trimestre en los *frames* de Interés Humano  $F(4,61)=5,10$ ,  $p<0,001$

<sup>1</sup> En las series temporales del barómetro del CIS en “Percepción de los principales problemas de los españoles” se obtuvieron los índices de “El problema de la Salud” (CIS (2012) “Percepción de los principales problemas de los españoles”. [http://www.cis.es/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos\\_html/TresProblemas.html](http://www.cis.es/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html))



( $\eta^2=0,25$ ), Conflicto  $F(4,61)=2,40$ ,  $p<0,05$  ( $\eta^2=0,136$ ) y Económico  $F(4,61)=4,13$ ,  $p<0,001$  ( $\eta^2=0,213$ ), no, sin embargo, en los *frames* de Responsabilidad  $F(4,61)=1,30$ ,  $p=n.s.$  ni Moralidad  $F(4,61)=0,89$ ,  $p=n.s.$

Las pruebas DSM sobre el *frame* de interés humano revelaron que el primer trimestre era significativamente diferente del segundo ( $p\leq 0,001$ ), tercero ( $p\leq 0,01$ ), cuarto ( $p\leq 0,01$ ) y sexto ( $p\leq 0,01$ ). Es decir, al principio se usó mucho el *frame* de interés humano ya que se esperaba que la de la Gripe A fuera una epidemia muy virulenta. Pero desde el segundo trimestre en adelante, debido a que la repercusión no era tan grave, el uso de este *frame* disminuyó.

En el *frame* de conflicto, las pruebas DSM mostraron que el cuarto trimestre es significativamente diferente al primero ( $p\leq 0,001$ ), segundo ( $p\leq 0,001$ ) y tercero ( $p\leq 0,01$ ). La razón de ello es que en España la principal “discusión” sobre la Gripe A comenzó a finales de la crisis (desde el cuarto trimestre en adelante). En ese conflicto, se discutieron la idoneidad de la respuesta dada por las instituciones ante la crisis de la gripe a y el gasto económico que supuso.

Finalmente, las pruebas DSM del *frame* económico encontraron que el cuarto trimestre era, también, significativamente diferente del primero ( $p\leq 0,001$ ), segundo ( $p\leq 0,001$ ) y tercero ( $p\leq 0,001$ ). De hecho, este *frame* está especialmente ligado al *frame* de conflicto ya que según varios sectores de la sociedad en la crisis de la Gripe A se gastó demasiado dinero institucional a favor de intereses empresariales particulares.

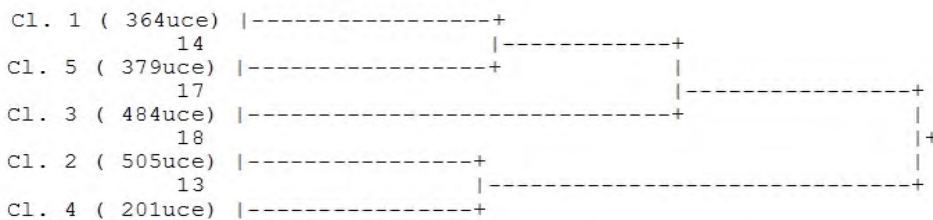
En relación a El Universal los análisis ANOVA correspondientes a cada tipo de *frame* solamente encontraron diferencias significativas por trimestre en el *frame* de conflicto  $F(4,96)=3,74$ ,  $p<0,001$  ( $\eta^2=0,135$ ). En este caso, las pruebas DSM mostraron diferencias significativas entre el primer trimestre y el segundo ( $p\leq 0,00$ ) y el tercero ( $p\leq 0,00$ ). Básicamente, en México hubo dos momentos de conflicto: el primero en los primeros meses de la crisis debido al rechazo sufrido por parte de ciertos países y el segundo a partir del cuarto trimestre en adelante, tal y como pasó tanto en España como a nivel global, debido a que es cuando comenzó el debate sobre la respuesta dada a la crisis y el gasto económico que conllevó.

**Análisis cualitativo de los artículos y editoriales**

El análisis cualitativo de los artículos y de los editoriales se realizó mediante el programa Alceste. El corpus (129.462 palabras, de las cuales 11.561 eran palabras distintas) incluyó aquellos artículos que hacen referencia a la gripe A y son mencionados en las portadas de los periódicos y todos los editoriales.

De acuerdo con el proceso del Alceste (Boudes y Cellier, 1998), el vocabulario caracterizador de las clases se dividió en subclases utilizándose solamente las palabras con una frecuencia superior a 5. En concreto, el análisis jerárquico descendente dividió el corpus en 3142 ECUs de las se trabajaron 1933 (62%) y extrajo 5 clases de ECUs (ver Grafico 1). La primera clase obtuvo 364 ECUs (19%), la segunda 505 ECUs (26%), la tercera 484 ECUs (25%), la cuarta 201 (10%) y la quinta 379 ECU (20%).

Figura 1: Dendograma de las clases generadas por la clasificación jerárquica descendente



Fuente: Elaboracion propia, 2013.

### *Contenido de las clases*

Las clases principales que extrajo el programa Alceste fueron definidas de la siguiente manera (para un análisis más pormenorizado ver Figura 4):

- Clase 1: Prevención para protegerse de la gripe.
- Clase 2: La pandemia global y la respuesta de la OMS.
- Clase 3: Creación y aplicación de vacunas.
- Clase 4: Muertos y víctimas de la Gripe A.
- Clase 5: Gestión gubernamental de la crisis.

Relaciones con las variables independientes:

Por medio de los test de independencia el Alceste computa la relación entre las clases léxicas y los niveles de una variable independiente. Se clasificaron los artículos en función de los periódicos. El País se relacionó con la primera  $X^2(1)=26,81$ ,  $p<0,001$  y la segunda clase  $X^2(1)=211,70$ ,  $p<0,001$ . El Universal, sin embargo, con la tercera  $X^2(1)=15,22$ ,  $p<0,001$ , cuarta  $X^2(1)=41,11$ ,  $p<0,001$  y quinta clase  $X^2(1)=126,81$ ,  $p<0,001$ . En suma, se puede concluir que el discurso de El Universal se centró en la respuesta dada a la Gripe A en México, mientras que el de El País optó por tratar el tema de una manera más global.

Otra variable analizada fue el mes de publicación del artículo o editorial. Desde abril del 2009 a febrero del 2010 hubo una gran afluencia de discursos con la presencia de todas las clases, pudiendo entenderse, en términos de CSC como la fase de toma de conciencia el primer trimestre y la de divergencia el segundo. Sin embargo desde febrero la cantidad de discursos sobre la Gripe A descendió significativamente pudiendo entenderse como la fase de convergencia, y en agosto, cuando se dio por finalizada la pandemia, sólo apareció una de las clases (La pandemia global y la respuesta de la OMS) de las presentadas anteriormente.

## **Conclusiones y discusión**

### ***Correlaciones entre amenaza objetiva, visibilidad pública y presencia mediática***

La crisis de la gripe A tuvo una presencia considerablemente alta en la prensa desde abril a octubre del 2009, sin embargo desde ese momento en adelante la discusión pública sobre la Gripe A fue perdiendo presencia según el examen efectuado a las portadas de los periódicos. Basándonos en la teoría de *agenda-setting* (McCombs y Shaw, 1972) podemos afirmar que durante esos meses la Gripe A tuvo un gran eco en la sociedad y que la visibilidad del problema (Etnman, 1993; McCombs, Lopez y Llamas, 2000), es decir, la discusión sobre la gripe, fue disminuyendo en la esfera pública con el paso del tiempo, confirmando así nuestra hipótesis. Además, los análisis de correlación demostraron que el número de artículos publicados tenía relación con la amenaza objetiva. Dicho de otra manera, que se encontró una correlación significativa y positiva entre el número de publicaciones y casos de Gripe A, tanto en El País como en El Universal: cuanto mayor era el número de casos, se publicaban más artículos. Estas correlaciones fueron mayores en El Universal ( $r=0,85$ ) que en el País ( $r=0,56$ ), es decir, en el contexto donde la amenaza objetiva era mayor, en México, el seguimiento por parte de los medios de comunicación fue mayor.

Si comparamos la cobertura de este tema en *El País* (España) y *El Universal* (México) lo primero que se debe analizar es el contexto de publicación. La mayoría de artículos de El País se publicaron antes de que la Gripe A llegase a España, sin embargo en México hubo una correlación más alta entre los artículos publicados y el número de casos. Se puede decir, por ello que la prensa mexicana realizó una cobertura de la crisis que estaban viviendo en ese momento. Los medios españoles, en cambio, publicaron sobre una crisis hipotética que pudiera que llegara al país.

*Framing: los marcos interpretativos de la Gripe A en los diarios*

La segunda cuestión analizada es el tratamiento de la Gripe A por parte de los periódicos. Primeramente, examinando los *frames* propuestos por Semetko y Valkenburg (2000) se demuestra que se dio un uso condicionado de los mismos. Así, el *frame* más utilizado ha sido el de Interés Humano, seguido por el de Atribución de Responsabilidad, Conflicto, Moralidad y por último el Económico. En otras palabras, el uso de estos *frames* demuestra que la Gripe A se definió como un acontecimiento de consecuencias graves para los ciudadanos, donde los mandatarios deben asumir la responsabilidad para hacer frente al problema, confirmando también nuestra otra hipótesis.

El uso del *frame* de Interés Humano, especialmente, fue muy elevado al inicio de la crisis, aunque con el tiempo disminuyó y fue dejando lugar a otros *frames*. Investigaciones hechas en este campo muestran que este *frame* influye en la respuesta emocional de las personas, prediciendo la atribución de responsabilidad o culpabilidad del tema tratado (Cho y Gower, 2006). Esto nos induce a pensar en la plausibilidad de que el segundo *frame* más utilizado sea el de Atribución de Responsabilidad, debido al deseo de responder a la situación creada por el interés humano. Además, recordemos que es común que los medios de comunicación se fijen en la Atribución de Responsabilidad cuando los actores principales (gobierno, mandatarios internacionales, OMS, etc.) tienen un grado alto de control (Ann y Gower, 2009).

Frecuentemente el *frame* de Atribución de Responsabilidad conlleva información de movilización que ayuda a las personas a tomar decisiones de actuación o prevención ante un riesgo como el que pudo ser la Gripe A. Estos resultados son acordes a los planteados por Faridah et al. (2010), quienes afirmaban que en situaciones de crisis o catástrofes, especialmente cuando hace falta una respuesta inmediata (por ejemplo para hacer frente a la expansión de la Gripe A) el uso de este *frame* puede ser decisivo para hacer llegar a la población la información necesaria. Además, llama la atención que el uso del *frame* de atribución de responsabilidad no cambia durante el tiempo. Que este *frame* se mantenga elevado durante toda la crisis, permitió que organizaciones como la OMS tuvieran una especial relevancia durante esta pandemia (Rocamora, 2012). Además este *frame* se distribuyó de forma parecida en los dos países, manteniéndose en nivel alto durante toda la crisis.

Respecto al *frame* de Conflicto, como ya se ha dicho anteriormente, apareció en dos momentos. Una primera vez en México, debido al rechazo sufrido por parte de otros países, y al final de la crisis a nivel mundial por el debate sobre la gestión de la pandemia hecha por la OMS. Algunos autores (Rocamora, 2012) han definido este segundo momento de conflicto con el comienzo de una comunicación de crisis, donde el discurso de la OMS se basó en la justificación de sus propios actos más allá de la comunicación sobre la Gripe A.

Por último es interesante que los medios de comunicación no dieran tanta importancia a las repercusiones morales y económicas de la gripe. Aunque no dar mucha importancia a las consecuencias morales sea bastante común (Semetko y Valkenburg, 2000; Igartua et al., 2004; Valencia et al., 2010) en el caso de las consecuencias hay diversidad de resultados. La investigación ha encontrado que en temas como el de la inmigración era el *frame* más usado (Igartua et al. 2004) mientras no es así en otros temas, como el caso de la igualdad de género (Valencia et al. 2010).

Por otro lado, profundizando en el significado del *framing*, además de los resultados de la propuesta de Semetko y Valkenburg (2000), se encontraron resultados similares con el análisis ofrecido por el programa Alceste.

De hecho, usando dicho método se demostró que todas las clases se ligaban al *frame* de Interés Humano (Muertos y víctimas de la Gripe A, La pandemia global y la respuesta de la OMS) o de Atribución de Responsabilidad (Gestión gubernamental de la crisis, Creación y aplicación de vacunas, Prevención para protegerse de la gripe).

Además, como ya se encontró en los análisis cuantitativos, las clases que representaban el Interés Humano se relacionaban con los dos primeros trimestres, disminuyendo con el tiempo. Cabe destacar también que mediante el programa Alceste se puede observar de una manera más precisa el protagonismo de la OMS en el discurso de los periódicos, confirmando, con ello, que los altos niveles de poder tienen una manifiesta influencia en este *frame* (Ann y Gower, 2009).

### *El CSC en los diarios*

Tanto en México como en España durante el primer trimestre de la crisis (abril, mayo y junio del 2009) la Gripe A tuvo una presencia muy alta en los periódicos, apareciendo en la portada una de cada dos días. Esto, siguiendo el proceso de *agenda-setting*, lo convirtió en acontecimiento relevante para la sociedad fomentando la toma de conciencia. De hecho, como confirmaron los índices objetivos publicados por los barómetros mensuales del CIS, hubo una correlación positiva entre la cobertura de los medios de comunicación y la preocupación de la sociedad por el sistema de salud. Este sería un claro reflejo del proceso de toma de conciencia.

Desde ese momento en adelante, es decir de julio del 2009 a febrero del 2010 podemos observar características de la fase de divergencia, ya que en esa época hubo una gran diversidad de clases. De hecho, aparecen todas las clases encontradas en los artículos: los ligados a la gestión de los gobiernos, a organizaciones internacionales, a vacunas, sobre empresas etc.

Llama la atención, como podemos ver en el análisis de conglomerados de la figura 1, que en esa fase de divergencia la segunda y cuarta clase aparezcan unidas. Es decir, “La pandemia global y la respuesta de la OMS” y “Muertos y víctimas de la Gripe A” aparecen como discursos ligados en la distribución del clúster. Estos discursos hacen que la Gripe A se relacione con situaciones de peligro o miedo mediante el uso de términos como pandemia o muerte. Esto concuerda con investigaciones centradas en la influencia de esa transmisión de miedo o peligro en las representaciones sociales (Altheide, 2010; Gonzalo y Farré, 2011).

En lo que respecta a la fase de convergencia, y como ocurría en otras investigaciones (Gilles *et al.*, 2011), no se refleja de manera tan clara como las fases anteriores. Aun así, podríamos decir que aparece de enero del 2010 en adelante, con la bajada de cobertura y la desaparición de marcos inconsistentes. Más claro todavía, en agosto del 2010, en el discurso resultante cuando la OMS declaró la pandemia finalizada, donde se podía atisbar un cierto acuerdo sobre la epidemia y sus efectos. Cabe destacar que el único discurso que duró hasta esa época fue “La pandemia global y la respuesta de la OMS”, que como ya se ha mencionado está ligado a la transmisión de miedo u peligro. Luego, creemos que es necesario investigar más profundamente si este tipo de discurso influye en la creación de la “sociedad de riesgo” (Beck, 2002, 2006).

Por otra parte, al igual que en otras investigaciones sobre crisis epidemiológicas (Gilles *et al.*, 2011) no se detecta la fase de normalización. En su lugar se observó una fase que podríamos denominar de “situación paradójicamente normalizada” (Rosenbrock *et al.*, 2000; Setbon, 2000), en la que aparecieron desacuerdos en la sociedad entre la percepción de peligro y la realidad epidemiológica de la crisis. Esto se podría justificar por los pronósticos hechos antes de la pandemia o por padecer el riesgo de epidemia con una frecuencia relativamente asidua. De hecho, las representaciones creadas de epidemias anteriores pueden tener efecto en la fase de toma de conciencia de los nuevos acontecimientos (Gilles *et al.*, 2011).

Luego, uniendo todo lo analizado hasta ahora, podemos afirmar que los discursos creados mediante el *framing* de los medios de comunicación tienen un efecto directo en las representaciones sociales mediante el proceso del CSC. Además la teoría del CSC complementa a la de *agenda-setting*, por la influencia que tiene la cantidad de artículos publicados en la opinión pública (medida por la pregunta sobre “preocupación sobre la sanidad” del barómetro del CIS), como en la relación con la amenaza objetiva (número de casos, tasa de mortalidad y las correlaciones diferentes de ambos países), y también con las fases de CSC que aparecen a lo largo del periodo de la crisis.

Por tanto, como el uso de los marcos influye en la percepción de riesgo y la respuesta a la misma que dan las personas, sería muy importante impulsar una eficaz política comunicativa sanitaria. Además, en nuestra opinión sería muy positivo que esas comunicaciones llegaran a la fase de normalización mencionada en el CSC, convirtiéndose así fuentes de conocimiento para posibles futuras epidemias sanitarias.

Para finalizar, y pensando en investigaciones futuras, sería muy importante reflexionar sobre las consecuencias del *framing*. Los marcos son herramientas que nos ayudan a transmitir, interpretar y evaluar el mundo social (Van Gorp, 2007) y mediante ellos además de dar información sobre “el problema” los medios de comunicación también nos dicen cómo interpretarlo. A la hora de continuar esta tesis doctoral sería interesante analizar el *framing* como variable independiente. Es decir, analizar qué importancia tiene en el punto de vista sobre las epidemias sanitarias el análisis de los media (*frame-setting*) (De Vreese, 2005).

## REFERENCIAS

- Altheide, D. (2010). Risk communication and the discourse of fear. *Catalan Journal of Communication y Cultural Studies*, 2(2), 145-158.
- Ann, S.K. y Gower K. (2009). How do the news media frame crises? A content analysis of crisis news coverage. *Public Relations Review*, 35, 107-112.
- Bartlett (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bauer, M. W. (2000). Science in the media as cultural indicator: Contextualizing surveys with media analysis. En M. Dierkes y C. Von Grote (Eds.), *Between understanding and trust: the public, science and technology* (pp. 157-178) Amsterdam: Routledge.
- Bauer, M., Gaskell, G. y Durant, J. (2001). *The years of controversy: Biotechnology 1996-1999*. London: Museum of Science and Industry.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- (2006). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Chan, M. (2009). El nivel de alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6. Recuperado el 14/03/12 de [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_pandemic\\_phase6\\_20090611/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/es/index.html).
- Cho, S. y Gower, K. K. (2006, junio). *The Effect of Framing on Public's Perception of Crisis: Human Interest Frame Effect on Attributions to Responsibility and Blame*. Trabajo presentado en Annual meeting of the International Communication Association, Dresden, Alemania.
- Davison, J., y Pennebaker, J.W. (1996). Social psychosomatics. En: E.T Higgins y A.W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 102-132). New York: Guilford Press.
- De Vreese, C.H. (2005). News framing: Theory and typology. *Document Design*, 13(1), 51-62.
- Entman, R. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 41, 51-58.
- Faridah I., Normah M. y Chang P. (2010, junio). *Framing a pandemic: analysis of malaysian mainstream newspapers in the h1n1 coverage*. Trabajo presentado en International Communication Association 2010 Preconference – Health Communication Campaigns: Issues and Strategies in Asia, Australia and Southeast Asia. Singapur.
- Gilles, I., Bangerter, A., Clemence, A., Green, E.G.T., Krings, F., Mouton, A., Rigaud, D., Staerkle, C. y Wagner-Egger, P. (2011). Collective symbolic coping with disease threat and othering: A case study of avian influenza. *British Journal of Social Psychology*, 52(1) 83-102. DOI:10.1111/j.2044-8309.2011.02048.x
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. New York: Harper y Row.
- Gonzalo J.L. y Farré, J. (2011). *Teoría de la comunicación de riesgo*. Barcelona: Editorial UOC.
- Igartua, J. J., Humanes, M. L., Muñiz, C., Cheng, L. Mellado, C., Medina, E. y Erazo, M. A. (2004). Tratamiento informativo de la inmigración en la prensa española y opinión pública. En A. Verano (Comp.), *Setenta años de periodismo y comunicación en América Latina*. Buenos Aires: Ediciones Universidad de La Plata.
- Iyengar, S. (1990). Framing responsibility for political issues: The case of Poverty. *Political Behavior*, 12(1), 19-40.
- Iyengar, S. y Kinder, D. R. (1997). *News that matters: Television and American public opinion*. Chicago: University of Chicago Press.
- Joffe, H. (1999). *Risk and the "other"*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kenix, L.J. (2008). From media frame to social change? A comparative analysis of same-sex rights in the United States and New Zealand press. *Australian Journal of Communication*, 35(3), 105-128.
- Klein, O., y Licata, L. (2003). "When group representations serve social change: The speeches of Patrice Lumumba during the Congolese decolonization". *British Journal of Social Psychology*, 42, 571-593.

- Kosicki, G. M. (2001). The media priming effect: News media and considerations affecting political judgments. En J. P. Dillard y M. P. Pfau (Eds.), *The persuasion handbook: Developments in theory and method* (pp. 63-81). Thousand Oaks, CA: Sage Publications .
- McCombs, M. (2006). *Estableciendo la agenda. El impacto de los medios en la opinión pública y en el conocimiento*. Barcelona: Paidòs Comunicació.
- McCombs, M., Lopez-Escobar, E. y Llamas, J. P. (2000). Setting the agenda of attributes in the 1996 spanish general election. *Journal of Communication*, 50(2), 77-92.
- McCombs, M.E. y Shaw, D.L. (1972). The Agenda-Setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly*, 36, 176-187.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211–250.
- OMS (2009). *Recurso a órganos consultivos por la OMS en su respuesta a la gripe pandémica* (Nota informativa N° 19) Recuperado el 14/03/12 de [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20091203/es/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091203/es/index.html).
- (2010). *Respuesta internacional a la pandemia de gripe: la OMS responde a las críticas*. (Nota informativa N° 21). Recuperado el 14/03/12 de [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20100610/es/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/es/index.html).
- Orr, E., Sagi, S., y Bar-On, D. (2000). Social representations in use: Israeli and Palestinian high school students' collective coping and defence. *Papers on Social Representations-Online*, 9, 2.1-2.20 (<http://www.swp.unilinz.ac.at/content/psr/index.htm>).
- Pan, Z. Kosicki, G. (2001). Framing as Strategic Action. En S.Reese, O.Gandy, A.Grant, (eds.), *Framing Public Life: Perspectives on Media and our understanding of the social world* (pp. 35-66). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- (2005). Framing and the understanding of citizenship. En S. Dunwoody, L B. Becker, G. M. Kosicki, y D. M. McLeod (eds.), *The evolution of key communication concepts* (pp. 167-207). Cresskill: Hampton Press.
- Reese, S. D., Gandy, Jr., O. H. y Grant, A. E. (2001). *Framing public life: Perspectives on media and our understanding of the social world*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Reinert, M. (1996). *Alceste (Version 3.0)*. Toulouse: Images.
- Rocamora Villena, V. (2012, enero). *De la Comunicación de Riesgos a la Comunicación de Crisis. La OMS en el caso de la gripe A (H1N1)*. Comunicación presentada al III Congreso Internacional de la AE-IC “Comunicación y Riesgo”. Tarragona.
- Rosenbrock, R., Dubois-Arber, F., Moers, M., Pinell, P., Schaeffer, D., y Setbon, M. (2000). The normalization of AIDS in Western European countries. *Social Science and Medicine*, 50, 1607–1629.
- Scheufele, D. (2000). Agenda-setting, priming and framing revisited: Another look at cognitive effects of political communication. *Mass Communication and Society*, 3 (2-3), 297-316.
- Scheufele, D. y Tewksbury, D. (2007). Framing, Agenda Setting, and Priming: The evolution of Three Media Effects Models. *Journal of Communication*, 57, 9-20.
- Semetko, H. y Valkenburg, P. (2000). Framing European Politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication*, 50 (2).
- Setbon, M. (2000). The paradoxical normalization of AIDS. *Revue Française de Sociologie*, 41, 61–78.
- Sperber, D. Wilson, D. (1986). *Relevance-communication and cognition*. Oxford: Blackwell.
- Valencia, J., Gil De Montes, L., Ortiz, G., Larrañaga, M. y Idoyaga, N. (2010). Enmarcamento y el rechazo o aceptación de los aspectos generales y específicos de la Ley de igualdad de Género en España: representaciones sociales y regulaciones normativas. *Revista de Psicología Social* 25(2), 145-155.
- Valkenburg, P.M., Semetko, H. A. y De Vreese, C.H. (1999). The effects of news frames on readers' thoughts and recall. *Communications Research*, 26, 550-569.
- Vicente Mariñas, M. y López Rabadán, P. (2009). Resultados actuales de la investigación sobre *framing* : sólido avance internacional y arranque de la especialidad en España. *ZER* 26, 14-34.
- Wagner, W. (1998). Social representations and beyond-brute facts, symbolic coping and domesticated worlds. *Culture and Psychology*, 4, 297-329.

Wagner, W., y Hayes, N. (2005). *Everyday discourse and common sense: The theory of social representations*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Wagner, W., Kronberger, N., y Seifert, F. (2002). Collective symbolic coping with new technology: Knowledge, images and public discourse. *British Journal of Social Psychology*, 41, 323–343.

### **SOBRE LA AUTORA**

**Nahia Idoiaga:** Es licenciada en psicología y doctoranda en psicología social con una beca del gobierno vasco. Trabaja en el departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad del País Vasco UPV/EHU. Sus trabajos se basan en la influencia de los medios de comunicación en momentos de crisis, especialmente en pandemias y crisis sanitarias.

# La psicología de la salud: una propuesta integradora a la salud del ser humano

Marilis Cuevas, Universidad del Este y Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Puerto Rico

**Resumen:** La salud, según definida por la Organización Mundial de la Salud, es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Existen diferentes modelos en controversia para explicar el debate sobre el binomio salud-enfermedad ya que tradicionalmente han sido conceptos arraigados a la medicina y a la biología, pero recientemente la literatura propone integrar factores económicos, culturales y psicosociales. En este trabajo se propone desde el marco de la Psicología de la Salud, como una perspectiva sistémica e integradora, los factores psicosociales que afectan al cuerpo reconociendo la complejidad de la salud y la enfermedad. En este artículo se presentan algunas de las controversias que surgen entre los modelos históricos dominantes acerca de esta relación y cómo responden a diferentes propósitos en su contexto. A partir de las discusiones y debates teóricos, se presenta la propuesta de cómo la disciplina psicología de la salud integra diversas áreas de especialidad con el fin de promover una mirada holística a la salud humana, así como las áreas de oportunidad que aún queda por superar en este campo de estudio para la práctica profesional. Estos acercamientos tienen como propósito destacar la importancia de diversos factores que inciden en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud.

**Palabras clave:** psicología, salud, enfermedad, estilo de vida saludable, profesional de la salud

**Abstract:** Health, as defined by the World Health Organization is a complete state of physical, mental, and social well-being and not only the absence of diseases. Different controversial models exist to explain the health-disease debate, which traditionally emerged from the Medicine and Biology fields. Recently the literature proposes the integration from the perspective of the Health Psychology standpoint. The psychosocial factors that affect the body recognizes the complexity of health and illnesses states. This article, will present some academic debates from the historically dominant models and their relation and responses to the different perspectives within their contexts. Health Psychology is presented emerges from the theoretical debates in which a diversity of specializations to promote a holistic view of human health. It will also provide an area of opportunities in the fields of psychology profession. With the purpose of enhancing the importance of the factors that intervene with prevention, treatment, and rehabilitation of health issues.

**Keywords:** Psychology, Health, Disease, Healthy Life Styles, Health Professional

La promoción de salud se origina en las ciencias que se ocupan del comportamiento social, entre ellas la psicología. Estos acercamientos tienen como propósito destacar la importancia de los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud (Morales, 1997). Desde diversas áreas de la psicología podemos contribuir a la promoción, mantenimiento y cuidado de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, así como los estilos de vida saludables. A la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, el riesgo, la condición de enfermedad, la recuperación y las circunstancias interpersonales. Además, desde este marco se realizan actividades que incluyen acciones útiles para la promoción de salud, la prevención y la adecuación de los servicios de salud adaptados a las necesidades de las personas beneficiarias (Morales, 1997).

En los últimos años hemos observado un auge en el campo de la Psicología de la Salud. Ésta integra acercamientos de otras áreas de la Psicología como la clínica, social, cognitiva, educativa y ocupacional, en relación al estudio de los aspectos psicosociales que inciden en la salud humana.

Varios autores (Grau, Infante y Díaz, 2012; Piña, 2006; Urzúa; 2010) ubican los inicios de la psicología de la salud en Cuba a finales de los sesenta, dada la necesidad histórica contextual de hacer énfasis en la prevención. Sin embargo, en la historia oficial otros autores coinciden en destacar que el punto de inicio fue en Estados Unidos, a partir de finales de la década de los sesenta. Rodríguez-Marín





(1998) señala que a finales de dicha época se comenzaron a publicar diversos artículos que sentaron las bases, lo que permitió posteriormente en la década de los setenta, que la Asociación Americana de Psicología la reconociera como una de sus áreas, lo que dio lugar a la composición de un grupo de trabajo especializado y posteriormente se constituyó en la División número 38 de dicha asociación. Por otra parte, otros autores (Flórez-Alarcón, 2006; Marín 1993; Werner y Chávez, 2006) afirman el desarrollo del campo de psicología de la salud en países de Latinoamérica, siendo punto fundamental en ello la aportación de la Sociedad Interamericana de Psicología, así como los múltiples congresos y foros que han surgido para intentar agrupar a los/as profesionales de diversas áreas de la psicología interesados en convocarse bajo un mismo propósito en común.

De esta manera, emergen coincidencias para ubicar los inicios de la psicología de la salud a finales de la década de los sesenta. Sin embargo, cabe destacar que el papel que juega en el contexto en el cual se desarrolló es uno bien particular. En ese sentido, aunque Cuba representa un país con muchas necesidades y luchas internas, por otro lado su contexto lo llevó a evolucionar en otras áreas como las concepciones colectivas acerca de la salud. Grau y colaboradores/as (2012) destacan que en este contexto y en otros similares, el desarrollo de la psicología de la salud ha sido resultado de controversias con el modelo biomédico tradicional de intención curativa por una perspectiva centrada en la provisión de servicios integrales de salud dirigidos a la promoción y prevención de la salud, lo que produciría mayor impacto con menor gasto.

## **Modelos explicativos de los factores que inciden en la salud**

La salud, según definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad (Morales, 1997). No obstante, aún continúa el debate sobre el binomio salud-enfermedad en la psicología, ya que tradicionalmente han sido conceptos arraigados a la medicina y a la biología, pero recientemente la literatura propone integrar factores económicos, culturales y psicosociales (Flórez y Gallego, 2011; Morales, 1997). Existen diferentes modelos para aproximarse al estudio de los procesos de salud-enfermedad en el ser humano. Estos acercamientos tienen como propósito destacar la importancia de los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud (Morales, 1997). Existen controversias entre los diversos modelos, mayormente debido a los propósitos a los que responden. Mientras el modelo biomédico centra su enfoque en la enfermedad, el modelo sociocultural dirige su enfoque hacia el bienestar (Morales, 1997).

El modelo biomédico tiene sus raíces a partir de la primera revolución industrial con el desarrollo del capitalismo (Ribes, 2008). Es por ello que se desarrolló con fuerza en países industrializados. Su enfoque es uno causal, donde los factores que inciden en la enfermedad o condición física y mental son biológicos (Urzúa, 2010). La perspectiva de la salud pública entró en escena dentro de este modelo, pero con algunas variables sociales que mayormente se remitían a sexo, edad y localización. Es decir, no consideraba aspectos del medio ambiente, actitudes, conductas y creencias del individuo.

La crisis del modelo biomédico comenzó a partir de la década del 1960. La enfermedad mental incrementaba, así como las estadísticas de las enfermedades ocupacionales y su concienciación y los factores demográficos explicativos (Ribes, 2008). Desde este posicionamiento se conceptualizó una noción del dualismo mente-cuerpo, en la medida en que el foco de tratamiento e intervención lo eran factores de la enfermedad a nivel biológico-fisiológico, y si había espacio para considerar el aspecto conductual, se hacía desde una perspectiva somática (Oblitas, 2008). Tal como lo señalan Flórez y Gallego (2011) y Lellis (2010) desde este punto de vista, el modelo queda representado en una perspectiva reduccionista, dualista y fragmentada, que intenta dividir lo indivisible y no nos permite comprender las situaciones del sujeto dentro de su contexto real.

Por otro lado se encuentra el modelo sociocultural, que parte del supuesto de que existe una relación entre la carencia de enfermedad y las condiciones y estilos de vida del individuo. La salud es un componente individual y social que no puede estudiarse aislado de su contexto. En ese sentido, las condiciones de vida (medio físico y prácticas socioculturales) son auspiciadoras o responsables de las alteraciones de salud (Ribes, 2008). Entre los diferentes factores, de acuerdo a Ribes (2008)

se consideran el acceso a los recursos (ej. agua, alimentos, medicamentos), los factores del ambiente físico (ej. contaminación) y los factores psicológicos (ej. estrés) como determinantes del estado de salud. El modelo sociocultural integra la perspectiva de que las prácticas de un organismo biológico son reguladas por las relaciones socioculturales (Ribes, 2008). En ese sentido, es un modelo que mantiene la relación entre los aspectos fisiológicos y biológicos con la variante de las condiciones ambientales que le afectan. Al considerar estos aspectos, una crítica al modelo es que plantea una división para definir lo que es saludable y lo que no lo es, tomando como variables el nivel de desarrollo del contexto, el estatus económico, la clase social, entre otros factores.

Otro modelo o perspectiva para acercarse al estudio de la salud es el modelo bio-psico-social, que integra tres dimensiones. Serrano-García y Bravo (1998) indican que la salud y enfermedad ocurren en un contexto biológico, social, cultural, económico, político y espiritual. En ese sentido, los factores que inciden en la salud del individuo no son determinantes sino que influyen las múltiples circunstancias. Oblitas (2008) destaca que la salud está influenciada por la conducta, pensamientos, relaciones sociales, sentimientos y emociones.

El modelo bio-psico-social tiene como objetivo promover la integración entre diversas disciplinas para estudiar y tratar la salud del ser humano. Es por ello, que Serrano-García y Bravo (1998) sugieren que la responsabilidad sea compartida entre un equipo de profesionales y el individuo que recibe el tratamiento. Es una perspectiva proactiva en el sentido fundamental que juega el individuo. Flórez y Gallego (2011) lo explican en el sentido de elevar al sujeto al nivel de conciencia para así influir en su bienestar y salud considerando tanto aspectos objetivos y subjetivos que le definen en el sentido organismo biológico, sujeto psicológico y contexto social-cultural. Desde este supuesto, la psicología de la salud viene a adquirir un carácter de importancia, en el cual a través de sus intervenciones (primarias, secundarias y terciarias) tiene la misión de hacer partícipe al sujeto en términos de adoptar estilos de vida para la prevención, lograr adherencia a los tratamientos y diseñar nuevos programas que fortalezcan la salud y el bienestar. Flórez y Gallego (2011) señalan que los factores socio-culturales no solamente influyen en la enfermedad sino que también son elementos claves para la adopción de los individuos de conductas y estilos de vida saludables. El ser humano tiene la capacidad de transformar su salud a un nivel óptimo de acuerdo a su realidad contextual, social e histórica y necesita de la red de profesionales capacitados para lograrlo (Flórez y Gallego, 2011).

A pesar del desarrollo de una perspectiva bio-psico-social que despuntó el posicionamiento de la psicología de la salud en sus intervenciones profesionales, algunos autores (Rodríguez-Marín, 1998; Flórez-Alarcón, 2006) destacan que esta disciplina se mantiene mayormente en un enfoque sobre la conducta del ser humano, lo que continua dentro de un marco reduccionista. Desde ese enfoque limitado, los autores señalan que la psicología de la salud debe tener como meta contribuir a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad a través de influenciar cambios de conducta en el ser humano. Ante esta crítica surge la interrogante acerca de ¿en qué lugar quedan otros aspectos como las emociones que se mencionan desde la disciplina pero no se abordan con mayor profundidad? Esto nos posiciona teóricamente desde la disciplina a repensar el paradigma dominante y proponer una perspectiva que contemple una mayor complejidad sobre el ser humano.

Hoy día es evidente que los estilos de vida afectan la calidad de vida del ser humano. Por ejemplo, el fenómeno del estrés y las tensiones de la vida diaria por aspectos familiares, laborales y sociales inciden en la salud física y psicológica del ser humano. Cada vez más esfuerzos de prevención, tratamiento y recuperación son dirigidos para mantener una calidad de vida óptima. Oblitas (2008) recalca que las causas de la enfermedad, fundamentalmente, radican en el estilo de vida de las personas. Para contextualizar este aspecto, Oblitas (2008) presenta que para una época las principales causas de muerte en países desarrollados estaban asociadas a las condiciones de vida que conllevaban la propagación de enfermedades sanitarias (ej. tuberculosis). Mientras, hoy día las principales causas de muerte están asociadas a enfermedades influenciadas por elementos sociales y culturales tales como la falta de dieta y de ejercicio y el estrés. Es decir, el estilo de vida juega un papel fundamental para explicar la relación salud-enfermedad. A pesar de este esfuerzo de integrar los diferentes factores que afectan la salud, Flórez-Alarcón (2006) lanzan una crítica que destaca que el desarrollo de este campo de investigación

y la práctica ha estado más ligado al mundo académico que al de la salud pública, por lo tanto los esfuerzos han estado limitados en su verdadero propósito.

## **Controversias y retos por trabajar en la psicología de la salud**

Actualmente, subyacen varias controversias en la conceptualización y desarrollo de la psicología de la salud como un campo diferenciado pero a la vez integrador de las diferentes áreas de la psicología (Urzúa, 2010). Es por ello, que a pesar de la evidenciada evolución en los modelos de estudio, aún debemos superar varios retos. Como primer reto, los profesionales de la psicología continúan trabajando en adoptar enfoques más integradores respecto a las prácticas para atender asuntos de salud. Otro de los retos, que presenta Urzúa (2010) es que aún la psicología de la salud en su estudio se mantiene ceñida exclusivamente a los aspectos de salud mental, versus, estar dispuesta a considerar el estudio del ser humano desde una perspectiva holística. En ese sentido no podemos ver solamente la psiquis y la conducta del ser humano, sino que también hay que buscar y entender su realidad contextual en todos los aspectos. Ello implica considerar las actitudes y emociones del ser humano en términos de las condiciones de salud, los mecanismos de adaptación ante situaciones diversas y las creencias o prácticas espirituales que pueden contribuir a fomentar un mejor estado.

Además, Urzúa (2010) plantea un reto ante la dominancia del modelo biomédico sobre la práctica y aplicación que dificulta la expansión de la psicología de la salud en ciertos países hegemónicos. Lellis (2010) señala que la formación de los profesionales en ciertos contextos continúa siendo la tradicional, enfocada en el modelo biomédico y reta a la comunidad científica ante la necesidad de ofrecer nuevas perspectivas integrales y complejas en su educación e investigación que tengan trascendencia para la práctica profesional. La fuerza que mantiene esta dominancia hegemónica conlleva a que los servicios de salud ocurran desde las instituciones y el Estado; entidades que socialmente se perciben como poseedoras del conocimiento. Como señala Lellis (2010), las entidades de poder no dan apertura al surgimiento de otras perspectivas sistémicas y complejas incluyendo la gestión de políticas públicas más eficaces. Esto se circunscribe a no considerar otras intervenciones a nivel ambiental y comunitario (transporte, educación, vivienda, empleo, etc.) como importantes y necesarias para la promoción de la salud.

Diversos autores (Moreno-Velázquez, 2010; Serrano-García, 2010; Urzúa, 2010) coinciden en plantear el reto de integrar varias áreas de la psicología, y no ver la psicología de la salud como un área mayormente arraigada a la psicología clínica. En ese sentido, proponen la participación de la psicología social-comunitaria y la psicología de la salud ocupacional. Flórez-Alarcón (2006) hace la distinción acerca del área de práctica en psicología de la salud, que se diferencia principalmente en la psicología clínica de la salud y psicología social de la salud. En la psicología clínica de la salud, indica que se resaltan la evaluación e intervención en situaciones de enfermedad crónica. Mientras en la psicología social de la salud, indica que se resalta el interés en los temas de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud. El objetivo de esta última es generar cambio social, a través del trabajo en múltiples niveles como la política pública y la actividad comunitaria (Serrano-García, 2010). Otras áreas de la psicología también han ganado terreno en adoptar este enfoque. Por ejemplo, desde la psicología de la salud ocupacional se propone la salud del trabajador como una responsabilidad compartida entre cada trabajador/a y los diferentes sectores de una organización (Moreno-Velázquez, 2010) con el objetivo de crear ambientes saludables y evaluar los beneficios tanto para los trabajadores como para las organizaciones.

Finalmente, otro de los retos fundamentales que propone la literatura (Morales, 1997; Serrano-García, 2010; Urzúa, 2010), el cual subyace en los anteriores, es la formación del psicólogo/a de la salud y su rol profesional. La educación de los/as profesionales de la salud debe incluir información de todos los elementos que afectan la salud-enfermedad. Es necesario incluir en los currículos de psicología los contenidos más avanzados de psicología de la salud y que esa formación se vincule con la práctica.

El reto principal de la psicología de la salud como profesión radica en la adopción de propuestas que consideren nuevos enfoques que promuevan una cultura de salud, versus, el enfoque tradicional y hegemónico que históricamente se concentra en el tratamiento de las enfermedades. Para

ello, proponemos la creación y promoción de ambientes saludables (en la comunidad, en la organización, en el núcleo familiar). Cónsono con esta afirmación, Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero (2009) indican que el enfoque principal de la psicología de la salud debe radicar en el aspecto de prevención, mediante la promoción y mantenimiento de procesos psicológicos y actitudes que afiancen la salud. Así mismo, concentrar el desarrollo de las investigaciones en los aspectos positivos (salud) y no en los negativos (enfermedad). Un ejemplo de ello, es el acercamiento de la psicología positiva que enfatiza en los factores que promueven el bienestar y el desarrollo del ser humano. En el contexto ocupacional, por ejemplo, existen los modelos de las organizaciones saludables enfocados en el bienestar y variables de estudio positivas (Salanova, 2007).

## **Conclusión**

En conclusión, la psicología de la salud como una perspectiva sistémica e integradora, plantea que los factores psicosociales afectan al cuerpo reconociendo la complejidad de la salud y la enfermedad. “No es posible comprender la enfermedad sin comprender la salud y viceversa” (Morales, 1997, pág. 3). Los factores que inciden en la salud son tanto biológicos, fisiológicos, conductuales, sociales, emocionales, culturales e históricos. “El futuro de la psicología, como ciencia y profesión, está en el tema de la salud, en términos del fomento del bienestar y la salud y el control de los factores psicológicos que inciden en la enfermedad” (Oblitas, 2008, pág. 250). Resulta relevante que los/as profesionales de la salud trabajen en conjunto para lograr una mirada holística a la salud, tanto para actividades de investigación, evaluación, prevención, diseño e intervención.

## REFERENCIAS

- Flórez-Alarcón, L. (2006). La Psicología de la Salud en Colombia. *Univ. Psychol Bogotá*, 5(3), 681-693.
- Flórez, J.D. y Gallego, H.D. (2011). La salud mental desde la transdisciplinariedad y el modelo integral. *Tesis Psicológica*, 6, 120-143.
- Grau, J.A., Infante, O.E. y Díaz, J.A. (2012). Psicología de la Salud cubana: Apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 83-101.
- Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(2), 102-106.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M.D. y Quintero, M.F. (2009). Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la Psicología de la Salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. Sonora, México: Editorial Unison.
- Moreno-Velázquez, I. (2010). Psicología de la salud ocupacional. Ponencia en panel *La psicología y la salud: Reflexiones desde diversas áreas de especialidad en psicología*. Presentado el 9 de marzo de 2010 en San Juan, Puerto Rico.
- Oblitas, L.A. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, XXVI(2), 219-254.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Univ. Psychol Bogotá*, 5(3), 669-679.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. DF, México: Trillas.
- Rodríguez-Marín, J. (1998). Psicología de la Salud y Psicología Clínica. *Papeles del Psicólogo*, 69. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=578>
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: una perspectiva desde la psicología positiva. En C. Vázquez, y G. Hervás (Ed.), *Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia* (403-427). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Serrano-García, I. (2010, marzo). *Psicología Social-Comunitaria y Salud*. Ponencia en panel La psicología y la salud: Reflexiones desde diversas áreas de especialidad en psicología, San Juan, Puerto Rico.
- Serrano-García, I. y Bravo, M. (1998). La psicología social-comunitaria y la salud: principios básicos. En I. Serrano-García, M. Bravo, W. Rosario-Collazo, & J.J. Gorrín-Peralta (Eds.). *La Psicología Social-Comunitaria y la salud: Una perspectiva puertorriqueña* (1-34). San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Urzúa, A. (2010, marzo). *Acercamientos teóricos y prácticos a la psicología y la salud*. Presentado en La psicología y la salud: Reflexiones desde diversas áreas de especialidad en psicología, San Juan, Puerto Rico.
- Werner, R. y Chávez, E.M. (2006). Análisis de la evolución de la producción científica presentada en eventos académicos de Psicología de la Salud en América Latina (1985-2003). *Acta Colombiana*, 9(1), 5-24.

## SOBRE LA AUTORA

**Marilis Cuevas:** Doctora y Psicóloga del Trabajo y las Organizaciones con experiencia en el desarrollo de intervenciones dirigidas al mejoramiento de las organizaciones y el bienestar de sus colaboradores. Investigadora en diversos temas en el campo de la salud y bienestar en el trabajo, estrés, voluntariado en las organizaciones sin fines de lucro, entre otros. Profesora a tiempo parcial en el área de investigación en la Universidad del Este y en la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.

GLOBAL  KNOWLEDGE  
ACADEMICS

