

A (des)construção do conceito de espaço e de saúde à luz da abordagem humanista e cultural

Paulo Nossa

Departamento de Geografia, Instituto de Ciências Sociais (ICS),
Universidade do Minho. Campus de Gualtar, 4710-057 Braga;
E-mail: paulonossa@mail.telepac.pt.

Abstract

This article aims to a reflection about the humanist contribution to a geography that legitimises the subjective dimension of space when applied to the interpretation of health-disease framings and also to the health care that is attributed to them in those contexts. Therefore, we shall present the main theoretical and methodological framings that design the cultural construction of space and health, not without, beforehand, revisit the concepts of disease and infirmity, by (re)discussing the concepts of place and landscape – in their cognitive construction, within a trans-cultural, polysemic, plural conception of space.

Keywords: culture, place, landscape, humanism, medicalization

Resumo

O presente artigo procura reflectir o contributo humanista na geografia face à legitimação da dimensão subjectivo espaço aplicado à interpretação dos quadros de saúde-doença bem como aos cuidados que lhe são dispensados.

Assim procederemos à apresentação dos principais referenciais teórico-metodológicos que contribuem para a construção cultural de espaço e da saúde, não sei antes revisitar o conceito de doença e de enfermidade, (re)discutindo os conceitos de lugar e de paisagem – na sua construção cognitiva, num contexto plural de espaço, polissémico e transcultural.

Palavras-chave: cultura, lugar, paisagem, humanismo, medicalização.

A Geografia assume-se, desde há muito, como ciência contributiva na discussão da temática saúde-doença balizando algumas das suas propostas interpretativas por contornos humanistas, transgressores deliberados de conceitos clássicos, tidos como fundamentais na trilogia - espaço, lugar e

acessibilidade; cujos novos enquadramentos contribuem para a produção polissêmica de noções de saúde mais «libertas da sombra médica» (Kearns e Gesler, 1998; p. 5).

Neste contexto não é só a Geografia que debate os excessos normativos e abstraccionistas do modelo biomédico dominante. A generalidade das ciências sociais, particularmente a sociologia, a antropologia e a psicologia, desenvolvem uma profunda reflexão em torno da operacionalidade social do conhecimento científico, reclamando a defesa de uma crescente humanização, validando metodologias de análise que as tornam mais próximas e adequadas à compreensão das necessidades humanas.

Impõe-se a concepção de novas ferramentas interpretativas que permitam descodificar com maior clareza as expectativas, as crenças e os valores que medeiam as condutas e as necessidades dos grupos humanos, num esforço deliberado de aproximação ao «mundo imediato das pessoas», tal como propõe Quartilho (2001) ao conduzir a nossa atenção para a aproximação ao “mundo da vida” tal como Schutz (1970) o define:

«Um conjunto de experiências do dia-a-dia, as orientações e as acções através das quais as pessoas perseguem os seus interesses e objectivos, manipulando objectos, lidando com outras pessoas, concebendo e realizando planos de acção.» (citado por Quartilho, 2001; p. 29).

Este processo autocrítico que perpassa a generalidade das ciências sociais nas décadas de 60 e 70, alastra à ciência Geografia, questionando colectivamente a validade do distanciamento imposto, repensando a adequação dos processos interpretativos que se exigem mais antropocêntricos e operacionais, menos centrados na norma, conduzindo a posturas deliberadamente ideográficas.

Importantes *fora* de discussão, como a UNESCO (1959), questionam a adequação da produção científica normativa e o consequente processo de apropriação social cujas conclusões são particularmente elucidativas:

«(...) grande número de trabalhos científicos são alheios aos problemas importantes do mundo. Os temas elegidos carecem de relevância e interesse e não proporcionam muita luz na hora de resolver os problemas importantes que se têm colocado à humanidade.» (Estebané, 1983; p. 116).

Para Ley e Samuels (1978; citado por Estebané, 1983; p. 120) o humanismo do século XX orienta-se para o combate às limitações positivistas da ciência, incluindo nas suas explicações questões referentes à estética, literatura, linguística e perspectiva histórica, permitindo, por esta via, resgatar o “novo homem”, tratando-o com todos os seus atributos, situando-o no centro de todas as coisas, como produtor e produto do seu próprio mundo.

Seja escorado num radicalismo reformista, ou com recurso a teorias de análise social de cariz Marxista, ou ainda por concepções assumidamente humanistas de suporte *fenomenológico* e *existencialista* todas elas são, simultaneamente,

tributárias e beneficiárias de um novo enquadramento discursivo que as ciências sociais produzem como um todo, embora nos interesse mais a observação da construção da noção de saúde-doença.

Esta nova construção rompe os limites disciplinares do modelo dominante, encetando novas vias interpretativas que se assumem contributivas e enriquecedoras, devendo ser observadas não como competidoras da vertente biomédica. É também nesta perspectiva que a actuação da Geografia em torno da saúde deve ser observado.

Neste contexto sublinhamos as reflexões de Michel Foucault (1963) a propósito da construção semiológica do discurso biomédico na sua obra – *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. O autor aponta como necessária e adequada a validação de uma pluralidade interpretativa dos diferentes sintomas percorridos pelos indivíduos na tradução da sua doença e na construção da sua definição de saúde, tendo como ponto de reflexão as fronteiras apertadas e conformadas pelo arsenal interpretativo.

O discurso dominante do modelo biomédico de cariz positivista, suporta-se numa semiologia monista que opera a transformação dos sintomas emitidos em sinais clínicos objectivos, através de uma acto de unificação que estabelece uma ligação clinicamente coerente entre significante e significado.¹ Neste processo, o discurso produzido pelo doente, a propósito da sua doença, contem um conjunto de significantes (*sintomas*) que podem ter diversos significados, adquirindo ou não um estatuto polissémico. O que Foucault questiona não é a validade operativa do sinal clínico, composto pelo *significante* e pelo *significado* num determinado contexto, mas antes a *exclusividade interpretativa* que é imposta ao processo de unificação produtor do sinal e na interpretação subsequente. Mesmo no âmbito da clínica, o mesmo significante (*sintoma*) pode ter diversos significados que conformam sinais identificadores de patologias.

O sinal deixa de falar a linguagem natural da doença, apenas toma forma e valor no âmbito das interrogações que a investigação médica coloca. Tal como adverte Foucault (1969):

«É a intervenção de uma consciência que transforma o sinal em sintoma (...) Nada impede portanto que esta [consciência] o solicite e quase o construa. Já não é aquilo que, na doença, se enuncia espontaneamente, mas sim o ponto de encontro provocado entre os gestos da investigação e o organismo do doente (...)» (Foucault, 1969; citado por Abdelmalek e Gérard, 1999; p. 29 -34).

Obviamente que o que se procura traduzir nesta reflexão não é a desqualificação operativa do sinal clínico como base de identificação e

¹ Sinal = significante / significado. Ver: Abdelmalek, Ali Ait ; Gérard, Jean-Louis (1999) *Ciências Humanas e cuidados de saúde, manual para profissionais de saúde. Instituto Piaget*. Cap. 1.

sustentação de diagnóstico e decisão terapêutica. Antes, o que se procura sublinhar como perda, ou mesmo como falha empobrecedora, é a exclusão de outras referências associadas ao discurso saúde–doença, produzidas pelo indivíduo, mediadas pela sua consciência e experiência de vida e que constituem um discurso coerente na expressão da sua interioridade. O que é danoso é a desqualificação do sujeito, relevando exclusivamente o ponto de vista orgânico. É nesta perspectiva que o acto médico, no quadro referencial agora discutido, pode analgesizar a dor mas não interromper o sofrimento ou localizar a sua causa (Quartilho, 2001). No caso do carcinoma da mama, a mastectomia pode resolver em definitivo o aspecto clínico, mas não elimina o sofrimento que a perda simbólica, estética ou de outra ordem gera na mulher. O que acontece, regra geral, é a busca de uma nova ordem por parte do doente face à desordem gerada pela doença, sendo que a triagem do discurso busca a transformação de sintomas em sinais clínicos, objectivos, protocolarmente enquadráveis, classificando os restantes como sinais subjectivos, ou seja, o que o indivíduo doente sente sobre os seus sintomas (Quartilho, 2001; S. Duarte, 2002).

Entre o sinal objectivo e a queixa subjectiva fica a difícil, e não raras vezes desabituada, tarefa de descodificação referida por Good e Good (1981):

«Os sintomas adquirem o seu significado em relação aos estados fisiológicos, que são interpretados como os referentes dos sintomas... As lesões ou disfunções somáticas produzem desconforto e alterações comportamentais, comunicadas através das queixas do doente. A tarefa crítica do médico consiste em “descodificar” o discurso do doente, relacionando os sintomas com os seus referentes biológicos, de maneira a diagnosticar uma entidade patológica.» (citado por Quartilho, 2001; p. 78).

Neste contexto justifica-se a observação de destrinça mais profunda de significados presentes na língua inglesa diferenciando, semanticamente, a noção de *disease*, como sendo a doença clinicamente certificada, conforme a um diagnóstico, e a noção de *illness* como a doença subjectivamente sentida pelo doente, cujo significado também deve ser socialmente contextualizado, e ainda *sickness* como estado de má disposição, desconforto, que o discurso médico ainda não reconhece ou que desqualifica porque, em muitos casos, o conhecimento vigente ainda não lhe conferiu dignidade patológica.²

Sabe-se, na actualidade, que a excitação nervosa, geradora da sensação

² Um exemplo adequado neste contexto pode ser encontrado na identificação e categorização do quadro de imunossupressão característico dos primeiros estádios da era SIDA, verificados na comunidade homossexual Nova-iorquina, onde as lesões e sintomas conformavam um quadro confuso para o qual não havia explicação. Tal como na sífilis, cuja designação remete para *syphilis* – “o que gosta de porcos”, também nestes casos iniciais o síndrome foi rotulado de “cancro gay” ou “febre cor-de-rosa”, numa clara alusão a um comportamento e não a um agente etiológico.

dolorosa (nocicepção), não é necessária nem suficiente para originar ou manter o sintoma doloroso, sendo que nestas situações ainda existe uma insuficiência explicativa pelas vias clássicas, ou empregam-se antigas certezas científicas, popularmente enraizadas cuja credibilidade há muito foi ultrapassada:

«(...) a dor crónica, em particular, é insusceptível de uma compreensão satisfatória com os argumentos tradicionais do modelo biomédico. No lugar da lesão tissular estão muitas vezes outros factores causais de manutenção, incluindo conflitos familiares ou interpessoais, perdas ou privações afectivas, num passado remoto. É por isto que o estudo da história de vida, nestas condições, pode fazer luz sobre a génese e manutenção do sofrimento, metamorfoseado em comportamentos de dor. Deste modo, a dor crónica é um sintoma não apenas subjectivo, mas intersubjectivo, partilhado por práticas discursivas que lhe conferem significado social.» (Kleinman, 1992; citado por Quartilho, 2001; p. 41 - 43).

É pois neste universo de subjectividade e de insuficiência positivista que o contributo das ciências sociais adquiriu elevado significado, repensando a validade da norma, coadjuvando na interpretação do processo histórico da construção social e cultural da saúde e da doença, bem como na sua percepção ao nível das culturas, dos grupos ou dos indivíduos, consoante o objecto de análise.

Paradoxalmente, à medida que a produção da antropologia, sociologia, geografia e psicologia enfatizam a dimensão socialmente construída, assiste-se ao desvanecimento progressivo da medicina relacional, aquela em que os sinais subjectivos e as histórias de vida ainda se assumem com relevo e dignidade. Lebreton (1990; citado por Abdelmalek e Gérard, 1999), discorre sobre o crescente abandono do doente como pessoa, sobressaindo cada vez mais o corpo como peça e o médico com engenheiro, partilhando a posição de François Degonet (1990), em que o médico abandona e renuncia aos papéis ditos arcaicos de confidente, padre e consolador, para se constituir apenas em observador atento. Neste ponto, não é só a medicina hipocrática que está em questão mas também a interrogação feita por Lebreton (1990):

«Quem serão os novos curadores autorizados da pessoa doente?
(...) Os aparelhos de imagem sobrepõem-se. Se se contentar com essas informações, se considerar as palavras do paciente como dispensáveis e imprecisas, em comparação com a informação que lhe proporciona a imagem, se não usar o saber como meio, não como um fim, se se contentar em actuar como tradutor hiper-especializado dos instrumentos de diagnóstico que utiliza, o médico afastar-se-á mais do doente, objectiva mais a doença, ao desligá-la da aventura singular e dos parâmetros próprios do paciente. (...)

O tratamento das informações substitui o tratamento do doente, em vez de constituir uma das etapas deste: medicina dos órgãos e não a medicina do homem.» (Lebreton, 1990; citado por Abdelmalek e Gérard, 1999; p. 47).

Por esta via, permanecem abertas, desde meados da década de 60, novas oportunidades de investigação, quase sempre desqualificadas pelo denominado “paradigma dominante”, como lhe chama Santos (1986), que tende a assumir uma paternidade simultaneamente exclusivista e sacralizada no domínio da saúde – doença, evocando sempre o doente, quando muitas vezes apenas quer dizer, o corpo.

A insuficiência de respostas holísticas produzidas pelo modelo, assentes numa visão segmentada do saber científico e da sua consequente apropriação, reclamam a emergência de novas interpretações, suportadas por novas metodologias, capazes de averiguarem a polissemia dos significados, sempre presentes mas nem sempre observados e qualificados. O risco de abandono humanista, gerado pela hiper-especialização, decorre da submissão absoluta à normalização, preferindo a imagem à palavra, substituindo o indivíduo pela anomalia (Lebreton, 1990).

Perante a multiplicidade de sucessos alcançados, onde se conta a alteração do padrão epidemiológico, redução da mortalidade e o dilatar da esperança de vida, a medicina é vítima do seu próprio sucesso, sendo-lhe, muitas vezes exigidas soluções cujo alcance está claramente para além das suas próprias fronteiras. Enquanto do ponto de vista clínico se procuram debelar os sintomas, actuando sobre as causas, nas patologias com eminente contorno social a clínica apenas pode ajudar a minorar a dor física e o desconforto, sendo que a cura obriga a uma intervenção no corpo social e económico que enquadra o indivíduo e conforma a sociedade. Exemplos paradigmáticos desta «medicalização»³ das determinantes sociais, económicas e políticas são, por excelência, algumas desordens do foro psiquiátrico e um número significativo de patologias infecciosas, especialmente as IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), em particular a infecção por VIH/SIDA.

A desintegração da estrutura familiar, a crescente mobilidade e anomia urbana, a solidão subjacente às grandes metrópoles, materializada sob a forma de isolamento social, a criminalidade e violência física, o *stress* laboral, o sedentarismo, a violação de direitos e a perda de rendimentos estão entre as principais causas de depressão crónica, fobias diversas e desordens psíquicas. Novas alavancas podem ser utilizadas na descodificação etiológica, para além daquelas que o modelo biomédico classicamente qualifica.

Tendo presente a influência dos factores sociais nos estados de saúde e de doença, Quartilho (2001) esclarece:

³ *Medicalização*: termo que descreve um processo através do qual problemas não médicos são definidos e tratados como se fossem problemas médicos (Conrad, 2000; citado por Quartilho, 2001; p. 88 – 89). Illich (1977, citado por Barbosa, 1987; pp. 171) acrescenta ainda que o aumento da medicalização na sociedade pode actuar nos profissionais de saúde como um “álibi”, contribuindo para a manutenção das estruturas sociais e económicas alienantes, tornando aceitáveis pela medicalização condições de existência revoltante.

«Em larga medida, a doença, a morte, a saúde e o bem-estar são socialmente produzidos. A doença não é apenas uma experiência física ou uma experiência psicológica, é também uma experiência social. O corpo doente não está fechado, escondido limitado pela pele. Do mesmo modo, o nosso ambiente físico, tal como a paisagem urbana, o local de trabalho, ou os alimentos, são influenciados pela cultura, estrutura social e relações interpessoais.» (Quartilho, 2001; p. 62).

Como é óbvio, esperado, e eticamente adequado, o alívio da dor e do sofrimento gerado pela doença deve ser alcançado por todas as vias, nunca excluindo a clínica e farmacológica, todavia, esta continua apenas a ser uma condição necessária mas não suficiente, um dos muitos patamares envolvidos na reposição da tão desejada condição de equilíbrio para a saúde.

Uma vez mais recorreremos ao exemplo gerado pela pandemia da Sida para exemplificar e validar o imperativo de uma interpretação polissémica e de uma abordagem multisectorial que se impõe em saúde. Duas décadas de epidemia afectaram 50 milhões de seres humanos em todos os continentes. As campanhas preventivas e a terapêutica anti-retrovírica apenas previnem a contaminação ou retardam a progressão da infecção por VIH. As causas subjacentes à contaminação massiva de milhões de seres humanos, particularmente no continente africano e asiático, estão para além da clínica. Residem na ausência ou restrição severa da escolaridade, no insuficiente rendimento auferido por 1,2 biliões de indivíduos que sobrevivem com menos de 1,5€ por dia, na escravatura contemporânea, incluindo a prostituição, o turismo sexual, a incapacidade de auto-determinação sexual de milhares de indivíduos, particularmente do sexo feminino, em suma, uma pandemia que se alimenta de uma generalizada, consentida e sistemática violação de direitos humanos e sociais .

Consequente ao processo de multicausalidade da doença e da maturação exigida no aprofundamento de abordagens multidisciplinares e polissémicas sobre as determinantes que operam na relação saúde – doença, a *abordagem geográfica de contorno humanista*, e outras subsequentes, assumem-se como beneficiárias líquidas da dialéctica aqui equacionada, produtoras de uma explicação social e cultural do espaço nas investigações geográficas da saúde.

O *espaço* que agora é considerado é aquele que resulta da edificação histórica dos grupos, um espaço transformado e apropriado pelos «modos de vida», orientado por projectos políticos, económicos e culturais, independentemente da sua fecundidade, numa sucessão (re)construtiva e (des)qualificadora, criando uma “segunda natureza” onde também há lugar para a satisfação das necessidades estéticas e afectivas, sintetizadas na noção proposta por Milton Santos (1996), citado por Czerésnia e Ribeiro(2000):

«O espaço é hoje um sistema de objectos cada vez mais artificiais, povoado de sistemas de acções igualmente imbuídos de artificialidade (...) de um

lado os sistemas de objectos condicionam a forma como se dão as acções e, de outro, o sistema de acções leva à criação de objectos novos ou se realiza sobre objectos pré-existentes. É assim que o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma.» (Milton Santos, 1996; citado por Czerésnia e Ribeiro, 2000; p.8).

O PARADIGMA COMPREENSIVO DO ESPAÇO E DA SAÚDE

Este novo paradigma interpretativo, referenciado pela construção social da saúde e da doença, particularmente a abordagem humanista da denominada «Geografia Médica Contemporânea», encontra nas abordagens qualitativas e na concepção *fenomenológica e existencialista* o suporte necessário para o desenvolvimento de novas linhas de investigação (Curtis e Taket, 1996).

Neste ponto, Gatrell (2002) vai mais longe que a maioria dos autores no que respeita à valorização da metodologia qualitativa e à consideração da experiência subjectiva como fonte válida de conhecimento. Esclarece que a designada corrente *humanista* nos estudos contemporâneos da geografia da saúde, resulta de uma alteração de paradigma que procura explicar o uso do espaço com base na compreensão do processo implícito às crenças, aos valores, e aos significados subjacentes à condição do homem legitimando, por esta via, a designação usada – *humanista*.

Adicionalmente, Aggleton (1990) propõe uma designação mais específica para a compreensão deste processo de descoberta e valorização da subjectividade, denominando-o de *interaccionismo social (social interactionist)*, na medida em que objectiva a percepção da realidade, tal como é vivida pelo sujeito, aquilo que dá coerência às suas reacções e às suas escolhas, produzidas para além das interacções mais ou menos normativas que construímos no dia-a-dia na obrigatoriedade do relacionamento social (Gatrell, 2002; p. 31-32).

A este nível, coloca-se o significado naquilo que os fenómenos representam para o indivíduo ou grupo singular, transferindo a ênfase da investigação para a compreensão dos processos que conformam as atitudes e os comportamentos. A metodologia, qualitativa tem como último objectivo a produção de um *conhecimento empático*, perceber a decisão do outro, através da descoberta de valores e símbolos latentes por detrás da conformação das decisões.

No caso da investigação saúde-doença, procura-se o significado individual das vivências saudáveis e mórbidas, o modo como são percebidas e o modo como são devolvidas à comunidade através de comportamentos de adesão ou da rejeição.

Privilegia-se a este nível de leitura o estudo intuitivo da realidade social e amplia-se o interesse pelo conhecimento do designado «*mundo vivido*», o mundo da experiência, propondo-se o «regresso às coisas, elas mesmo».

Por esta via de suporte *fenomenológico*, admite-se a capacidade de percebermos os fenómenos, tal qual eles se apresentam de imediato à nossa consciência, antes de os interpretarmos, bastando para tal que suspendamos (*epogé*)⁴ todas as ideias prévias sobre a natureza dos objectos, tal como são estabelecidos pela ciência e pelo senso comum, permitindo a emergência de novos significados a esse respeito. Como esclarece Capel (1981), estamos a escorar-nos sobre a linha desenvolvida por Edmond Husserl (1859 – 1938) e por Nicolas Hartman (1882 – 1950) entre outros, onde se converte a filosofia numa ciência rigorosa e teórica, sendo que a essência das coisas é objecto de captação intuitiva:

«A análise fenomenológica é uma contemplação desinteressada dos objectos do mundo considerados como fenómenos, ou seja o verdadeiro ser e a sua essência.» (Capel, 1981; p. 420).

Indiscutivelmente Husserl (1859 – 1938, citado por Estébanez, 1983; pp. 124) qualifica a *fenomenologia* simultaneamente como método e um modo de ver. Estamos, pois, perante a valorização definitiva de uma metodologia qualitativa onde o significado que os indivíduos dão aos factos por si reproduzidos são, eles próprios, o objecto primordial de pesquisa, aquilo que Lessard-Hébert et al. (1990; citado por S. Duarte, 2002) designou por *paradigma compreensivo das ciências sociais*.⁵

É pois sobre esta via que a Geografia volta a redescobrir e a revalorizar a dimensão subjectiva. Enquadrada pelo suporte fenomenológico, a investigação etnometodológica contribuiu muito para que os investigadores procurassem um conjunto de significados, barreiras ou símbolos que, explícita ou implicitamente, estavam na base das decisões individuais sobre a procura de cuidados de saúde e a interpretação subjectiva da doença. Assumem particular relevo as práticas discursivas na esfera do social, bem como a análise de conteúdos, procurando compreender a «racionalização das práticas do quotidiano, através de enunciados de linguagem comum» (S. Duarte, 2002).

Exemplos deste tipo são encontrados nas investigações de Eyles e Cornwell (1984) e de Donovan (1986), realizadas com recurso a entrevistas estruturadas e não estruturadas, abrangendo um número reduzido de pessoas unidas por relações de vizinhança ou de rede social, com o objectivo de descobrir o que

⁴ *Epogé* – termo grego que significa suspensão do juízo o que, segundo Estebanez, compreende a suspensão do juízo frente ao conteúdo doutrinário, conformando as nossas aprovações dentro deste quadro de suspensão (Estebanez, p. 139, conforme Ferrater Mora, 1979)

⁵ S. Duarte (2002) – na sua obra *Saberes de saúde e de doença: porque vão as pessoas ao médico?* – apresenta-nos ainda uma outra definição de investigação fenomenológica, construída por Giles (1982) que consiste numa descrição das experiências individuais em termos fenomenológicos, isto é, exactamente a forma como as pessoas em causa as vivem (S. Duarte, 2002; p 20).

está implicado na construção do conceito individual de saúde e de doença, o modo como conformavam o seu estatuto e como este determinava a imagem que projectavam dos serviços de saúde.

Para Gatrell (2002), o estudo de Jocelyn Cornwell (1984) constitui, neste tipo de abordagem, um marco na investigação da Geografia da Saúde, não só pela validação da metodologia antropológica e etnográfica utilizada, mas também pelo dilatar dos conceitos subjacentes à concepção e compreensão do significado de saúde e de doença.

Através de uma multiplicidade de entrevistas, Cornwell consegue alcançar nos seus informantes a distinção entre aquilo que eles percebem, como verbalização e como desempenham comportamentos adequados à esfera pública (desejabilidade social), e aquilo que pertence à sua concepção privada, construída a partir de significados singulares, consequentes à sua experiência de vida (Curtis e Taket, 1996; Gatrell, 2002).

Do possível conflito entre as duas perspectivas presentes no indivíduo, pública/privada, Cornwell desenvolve uma adequada compreensão e interpretação de comportamentos e de decisões relacionadas com a valorização local de estados de saúde-doença, adesão a campanhas de sensibilização e utilização de serviços de saúde.

A metodologia etnográfica assume-se, neste contexto, como uma das ferramentas de pesquisa que ilustra superiormente a perspectiva humanista, ao permitir que as pessoas se « expressem no seu próprio modo » (Curtis e Taket, 1996).

De acordo com Glaser e Strauss (1967; citados por Curtis e Taket, 1996), os conceitos teóricos iniciais são objecto de progressivo aperfeiçoamento, com recurso ao material recolhido no terreno, sendo o resultado interpretativo e as proposições emergentes aquelas que mais fielmente retratam o « mundo vivido ». Tal como sublinham Eyles e Donovan (1986; citados por Curtis e Taket; 1996; p. 14 – 15), nas investigações humanistas a ênfase não tem que estar relacionada com a busca científica e positivista da verdade mas antes, deve estar comprometida com a percepção que os indivíduos têm do mundo.

Importa pois perceber que mecanismos e que estruturas suportam a noção de satisfação e de acessibilidade desenvolvidas pelo utilizador e que símbolos e conceitos estão envolvidos na sua construção.

A CONSTRUÇÃO CULTURAL DO ESPAÇO E DA SAÚDE

Paralelo a este registo, complementando-o, emerge a leitura alavancada pela *Geografia Cultural*, que Curtis e Taket (1996) apelidam de – *abordagem cultural* e que incorpora contributos e metodologias etnográficas, antropológicas, comportamentais e materialistas.

Despontam novas formas de observação e de compreensão do espaço e do seu processo construtivo, desenvolvendo novas propostas para conceitos

clássicos da geografia: lugar, paisagem e identidade.

Somos confrontados com uma alteração muito significativa acerca daquilo que o espaço representa para o indivíduo e para o grupo, bem como o modo como este mesmo espaço pode conformar, material e imaterialmente as relações de saúde–doença. No começo da década de 70 a abordagem humanista, particularmente patrocinada pela Geografia Cultural, numa produtiva convergência de contributos comportamentais, estruturalistas e materialistas, formula um conjunto de interrogações relacionadas com as referências que os indivíduos constroem sobre o seu «espaço vivido».

A referência geográfica de base locativa, onde o sítio era adequadamente referenciado por coordenadas geográficas e caracterizado no esteio dos elementos físicos e ambientais do meio é agora distendida, compreendendo um conjunto de referentes emanentes a esse espaço, sejam eles construídos com base em emoções, afectos, sensações, valores étnicos e religiosos, numa organização coerente de símbolos e significados escorados nas vivências individuais.

As localizações, as posições topográficas de ocupação, transformam-se em *lugares* (*places*) quando congregam nos seus ocupantes e observadores um conjunto de significados e simbologias. Um *lugar* é pois mais do que uma mera localização. Resulta de um conjunto de sensações e de significados consciencializados, moldados pelas circunstâncias económicas, sociais, culturais e emotivas que os indivíduos, eles próprios, experienciam.⁶ Estamos perante a aplicação da interpretação fenomenológica das vivências do lugar, valorizando os laços afectivos que se estabelecem com o espaço, traduzidos pela designação de *topofilia*⁷ presente nos estudos de Relph, Buttimer (1976) e Yi Fu Tuan (1977; citados por Estébanez, 1983).

Na dissecação de um *lugar* (*place*), encontramos um tecido fortemente estratificado, polimórfico, composto pelas características físicas do local, pelas experiências sensoriais registadas (luz, ruído, odor, temperatura), pelas experiências perceptivas mediadas pela consciência, pelos valores estéticos, políticos, religiosos e históricos (inclusão, exclusão, agitação, quietude, medo),

⁶ A validação desta vertente individual, também fazedora de uma identidade comunitária, alicerçada em vivências e significados comuns, partilhados pela maioria da comunidade, leva a que alguns autores (Johnston et al.; 2000; pp. 494-496), classifiquem esta linha de investigação como – “*post-medical geography*”.

⁷ Derivadas deste conceito, podemos ainda encontrar outras designações: *topolatria*, designa a existência de sentimentos reverenciais e míticos por um dado lugar; *toponegligência*, tendência a perder o sentido de lugar através da despersonalização do espaço, que pode advir da reprodução da mesma norma arquitectónica ao redor do globo, como por exemplo a «*sberatonização*» e a «*hiltonização*» de que nos fala Sanguin; e ainda *topofobia*, associação de sentimentos de aversão, desconfiança, medo ou repulsa a um dado lugar (Estébanez, 1983; pp. 126 – 128).

concorrendo, todas elas, para a produção de uma imagem coerente e identitária desse lugar, onde o todo é, sem qualquer dúvida, muito mais significativo do que a soma das partes (Kearns e Gesler, 1998).

Para Rose (1995; citada por Gatrell, 2002; p. 9), no processo de identificação dos lugares, os sentimentos e símbolos construídos relevam, fundamentalmente, das experiências económicas, culturais e sociais, vivenciadas por cada indivíduo. Suportando esta perspectiva e procurando corrigir o risco de se romancear excessivamente o senso de *lugar* Mohan (1998; citado por Gatrell, 2002; p. 10), admite que são maioritariamente as situações adversas a nível económico e habitacional, fortemente ligadas aos excessos do capitalismo, aquelas que se assumem como mais significativas na construção identitária dos *lugares*, pelo que Cornwell (1984) adverte:

«Onde existe pertença existe não pertença, e onde existe inclusão existe exclusão.» (citado por Gatrell, 2002; p. 9).

O espaço é, no registo da Geografia Cultural, mais do que um mero recipiente local de características físicas e humanizadas, transformando-se em *lugar* quando articula relações informacionais de pertença, exclusão, ou anomia, quando adquire inequivocamente um significado (Kearns e Gesler, 1998). Se assim não fosse, não nos sentiríamos agredidos ou confortados pelas características imateriais dos *lugares*. Dito de outra forma, o sentimento e significado de um *lugar* são, maioritariamente, auto-referentes. Resultam da presença ou da ausência de imagens e símbolos, cuja tomada de consciência se processa através de leituras e atribuição de significados, sinalizadores de sentimentos de conforto, insegurança, pertença entre outros.

Concomitante com a noção de *lugar*, e prosseguindo na proposta de Kearns e Gesler (1998), estamos agora mais habilitados a perscrutar o conceito de *paisagem cultural*, à luz de três distintos contributos evolutivos estando, todos eles, para além da noção edílica e bucólica do espaço pastoril, estereótipo pictórico da paisagem, frequentemente retratado na arte europeia setecentista que, segundo Gillian Rose (1993; citada por Kearns e Gesler, 1998; pp. 7 - 8), está profundamente enviesada por características de género e de classe.

O primeiro contributo para a construção do conceito de *paisagem cultural*, remonta aos trabalhos de Carl Sauer (1963) e da escola de Geografia Cultural de Berkeley. Numa visão clássica, enfatizam-se os aspectos materiais da cultura visíveis e expostos no espaço físico, edificados e praticados para suprir as necessidades dos grupos humanos.

Neste contexto, a salubridade de um lugar era assegurada pela presença de elementos naturais, caracteristicamente associados a uma natureza limpa e pouco transformada, como uma fonte ou um regato cristalino (Kearns e Gesler, 1998).

Peter Jackson (1993; citado por Kearns e Gesler, 1998), na sua obra – *Maps of Meaning*, questiona este tipo de abordagem «presumivelmente inocente»,

reclamando a conceptualização cultural da paisagem como um processo construtivo, individual e dinâmico, onde se reconhece preeminência à mente e ao olhar. A *paisagem* surge como uma construção cognitiva onde, cada indivíduo, emerge como agente activo «inventor e fazedor de lugares».

A este respeito, releva igualmente o entendimento de Czeresnia e Ribeiro (2000), construído a partir dos contributos de Milton Santos (1996) e Harvey (1996):

«A experiência subjectiva conduz a caminhos muito diferenciados de percepção e imaginação. Distintas culturas e grupos sociais possuem diferentes concepções acerca do espaço.» (Czeresnia e Ribeiro, 2000; p. 10).

Kearns e Gesler (1998; pp. 7 - 8) avançam um exemplo particularmente significativo e útil para a compreensão do processo de construção cultural do *lugar* e da *paisagem*. Um hospital (ou qualquer outro elemento simbólico: uma escola, uma catedral, uma praça), pode permanecer durante muito tempo como um elemento neutro no tecido urbano até que sobrevenha ao sujeito um qualquer episódio na sua história de vida que o torne referente, sendo que, posteriormente, este pode ser reinventado ou reapropriado como paisagem de medo, angústia, sucesso, consoante a história aí vivida.

A qualificação deste simbolismo coerente e significativo permite, no âmbito da Geografia Cultural, a emergência de uma *compreensão empática*, através da qual se descobre um conjunto de significados inscritos nas paisagens, conformadores de identidades e comportamentos.

A terceira e última proposta interpretativa da noção de *paisagem cultural* não deriva tanto da compreensão do processo de construção empática mas antes, propõe a *paisagem* como um produto referenciado por normas sociais, cuja interpretação, valorização estética, espiritual e emocional resulta da actuação de um conjunto de regras e valores colectivamente defendidos e autorizados.

Neste ponto, a perspectiva estruturalista e materialista informa este conceito de *paisagem cultural*, ajudando à compreensão simbólica emanante à morfologia do espaço e à interpretação cénica dos seus elementos.

Diversos estudos realizados neste âmbito, dos quais sublinhamos os produzidos por Philo (1987, 1989; citados por Curtis e Taket, 1996; Gatrell, 2002), sobre a organização do espaço nas instituições psiquiátricas do século XIX. O autor reflecte sobre o modo como a organização espacial no interior das instituições de saúde mental contribuía, não só para alcançar objectivos terapêuticos, de acordo com a *leges artis*, mas também processos de supervisão exigidos pelas normas sociais em termos de ocultação, vigilância sexual e enquadramento securitário. Este é um exemplo paradigmático de como a evolução clínica subjacente às patologias de saúde mental, transforma profundamente a utilização e organização dos espaços asilares destinados ao tratamento e recuperação, contribuindo, simultaneamente, para a alteração

da perspectiva cultural e da norma social que expressava vergonha e exigia distância e recolhimento.

Cultivava-se à época, neste tipo de instituições, uma noção de “espaço higiénico”, como sendo um espaço socialmente isolado, com áreas abertas no seu interior, maioritariamente orientado apara a solicitação de tarefas relacionadas com o uso e cultivo da terra, propiciando alguma mobilidade aos seus internos, num espaço bucólico, calmo e útil para a cura.

O anterior espaço de clausura psiquiátrica, dotado de muros separadores, foi, durante muito tempo, visto e referenciado como o único espaço adequado à prestação de cuidados em saúde mental. Hoje são, em muitos casos, observados como espaços herméticos, desconfortáveis e insalubres, exibindo estigmas de violência e coercividade pelo afastamento e desintegração social imposta. A loucura, e a patologia mental como um todo, passam a ser vistas com outros olhos, conformando outros significados na paisagem. Preconiza-se a humanização e abertura destes espaço, a sua transformação e apropriação social e cultural, incentivando-se a proximidade social e a desospitalização, inserindo os doentes em espaços protegidos na comunidade, apelando à co-responsabilização social do grupo.

Assim, as definições de *lugar* e de *paisagem* agora apresentadas ajudam-nos na compreensão da proposta de identidade que pode ser entendida, como um processo de auto-percepção, presente de forma individual ou colectiva, conformada por uma relação geográfica com o todo envolvente, sumariada na expressão usada por Kearns e Gesler (1998; p. 9) – *lugar no mundo (place in-the-world)*. Estamos pois perante a valorização da construção identitária que liga o espaço ao social e ao cultural, investigada pela antropologia do espaço, tal como Hall (1966) a designou, e que F. Silvano (2001) discute criticamente servindo-se, neste contexto específico, do comentário por Paul-Lévy e Sageud (1983):

«A relação com o espaço é assim, poderíamos dizer, universalmente garante da particularidade das identidades. O que quer dizer que a “dimensão espacial” não pode ser apreendida directamente; ela só se manifesta na intimidade dos dispositivos simbólicos, e não pode manifestar a sua universalidade senão tornando evidentes as operações que, toadas as sociedades comparadas, poderíamos tomar por universais.» (citado por F. Silvano, 2001; p. 66).

A conjugação destes factores autoriza um olhar geográfico complementar, mais valorizador da diferença, ou seja, uma observação onde prevalece, ao nível da percepção da saúde–doença, uma concepção empática, cultural, espacial e experiencialmente construída, compreendida e descodificada sob o significado colectivo ou individual de *lugar* e *paisagem*.

Estamos pois, perante uma linha interpretativa que admite a expressão, a contribuição e a influência de propriedades imateriais do espaço nas relações que os indivíduos ou as colectividades mantêm ao nível da conceptualização

da saúde, e na abordagem que fazem da doença, incorporando factores de diferenciação como classe, género, etnia, religiosidade, “raça”, sexualidade entre outras (Kearns e Gesler, 1998).

Podemos compreender com mais rigor as diferenças existentes entre a abordagem humanista cultural e a abordagem clássica da então designada Geografia Médica, ao nível da composição das relações saúde–doença. Na visão clássica, os “territórios nosogénicos” eram aqueles que reuniam um conjunto de características físicas e ambientais capazes de suportar prova etiológica, validada à luz do modelo biomédico positivista, subalternizando a *pessoa*, e a subjectividade das suas queixas (*illness*), relegando-a para o estatuto de “paciente” (Kerans e Gesler, 1998). O espaço geográfico congrega agora uma nova função explicativa:

«Inicialmente utilizado pela epidemiologia como uma tentativa de integrar o biológico e o não biológico, o espaço geográfico era considerado um lugar estático, isolado sem dimensão histórica. Ao revestir-se de carácter social, ele passa a atender também às necessidades explicativas à concepção de determinação social da doença, visto permitir que os diferentes factores que compõem a estrutura epidemiológica sejam analisados numa perspectiva dinâmica e histórica, estando a sua compreensão directamente articulada à função à formação económica e social.» (M. Conceição *et al.*, 1999; p. 8).

Destacamos, ainda neste contexto de abordagem cultural da geografia acerca da compreensão empática e socialmente construída de espaço, a definição proposta por Gesler (1992, 1993) sobre *«paisagem terapêutica»*, escorada nos conceitos examinados de lugar, paisagem e identidade:

«Paisagens terapêuticas são lugares que alcançam uma reputação duradoura por promoverem cura⁸ física, mental e espiritual. Os factores que contribuem para esta reputação sofrem uma profunda variação ao longo do espaço e do tempo, mas parecem persistir alguns traços comuns. Estes traços incluem algumas características naturais como magníficos “cenários”, água, árvores,

⁸ A palavra inglesa aplicada *healing*, vertida pelo autor como *cura*, é passível de comportar outras noções como alívio, ou algo com propriedades medicinais ou calmantes.

«Therapeutic landscapes are places that have achieved lasting reputations for providing a physical, mental and spiritual healing. The factors that contribute to this reputation vary great deal over space and time, but some common features appear to persist. These features include such natural characteristics as magnificent scenery, water, and trees; human constructions such as healing temples or spa bath; contributions to sense of place such as feelings of warmth, identity, rootedness, or authenticity; symbolic features such as healing myths; the incorporation of familiar, daily routines into the treatment process; sensitivity to cultural beliefs; and an atmosphere in which social distance and social inequalities are kept to a minimum.» (Kearns & Gesler, 1998; p. 8).

construções humanas tais como templos curativos e estâncias termais e balneares; contribuem para o senso de lugar sentimentos calorosos, identidade, arraigamento ou autenticidade; traços simbólicos como mitos curativos; a incorporação de familiaridade, rotinas diárias no processo de tratamento; sensibilidade para com crenças culturais; e uma forte atmosfera onde as distâncias sociais e as desigualdades são reduzidas ao mínimo.» (Kearns e Gesler, 1998; p. 8).

Gatrell (2002; p. 10) interpreta esta descrição admitindo que, no processo de construção de reputação terapêutica de um lugar, não só estão presentes qualidades físicas e químicas desse lugar, mas também um conjunto de outras características que interagem simbolicamente, socialmente reconhecidas e culturalmente construídas, assumindo-se como ícones de “cura”, bem-estar e alívio. Os exemplos fornecidos por Gesler (1993; Kerans e Gesler, 1998), comportam lugares simbólicos tão diversos como templos de deidades do período clássico grego, estâncias de banhos e estâncias termais, ou espaços sagrados, impregnados de espiritualidade (ex.: Santuário Mariano de Lourdes e de Fátima).

Como ficou demonstrado, o alcance da noção de *paisagem terapêutica* de Gesler abrange um conjunto polissémico de conceitos, quer ao nível da qualificação de saúde e de doença, quer ao nível dos instrumentos terapêuticos restituidores de equilíbrio, segundo a norma positivista ou indo para além dela.

Ao nível da doença clinicamente definida (*disease*), o processo de cura ou de ajuda terapêutica, comporta o que biomedicamente está sancionado, como é o caso dos benefícios obtidos alcançados pela prática de termalismo em estâncias com propriedades medicinais. Todavia, um outro conjunto de recursos cujos ganhos terapêuticos encontram maior dificuldade de expressão e de aceitação no modelo positivista, são contemplados ao nível da resolução de processos subjectivos de enfermidade e mal-estar (*illness*), através da fruição ou consumo de espaços cujas propriedades naturais, simbólicas ou culturalmente construídas, proporcionam alívio físico, emocional ou espiritual, distendendo ainda o seu entendimento à promoção da noção de saúde, presente em estâncias termais e de banhos com objectivos estéticos e de manutenção de boa forma física e psíquica (*spa bath*).⁹

CULTURA E SAÚDE MENTAL: UMA LEITURA AUTORIZADA

É pois com conseqüente naturalidade que as interpretações produzidas pela abordagem cultural da geografia encontram, ao nível das convergências interpretativas e metodológicas, diversos pontos de contacto com a *Psiquiatria Cultural*, ou com a «*nova psiquiatria transcultural*» de Kleinman, tal como

⁹ Spa: *Salutem per aqua*.

Quartilho (2001) a apresenta, fazedora de explicações plurais, interpretando as «vastas implicações do termo cultura» ao nível da saúde mental.

O passado recente destes estudos entronca na necessidade de interpretar e explicar determinados «síndromes ligados à cultura», que assumem proeminência regional, procurando através da sua variação geográfica identificar não só elementos transculturais universais, mas também elementos cuja especificidade é culturalmente inteligível, concordando com a perspectiva avançada por Hall (1966):

«(...) indivíduos pertencentes a culturas diferentes não só falam línguas diferentes, mas, o que é sem dúvida mais importante, habitam mundos sensoriais diferentes.» (citado por F. Silvano, 2001; p. 62).

Neste contexto, a investigação transcultural das psicopatologias cumpre um duplo objectivo:

Compreender do ponto de vista antropológico um conjunto de interacções culturais e sociais, subjacentes à expressão de psicopatologias de manifestação étnica e regional, distinguindo quais os factores etiológicos mais susceptíveis de serem influenciados por elementos contextuais; Compreender, ao nível da prestação de cuidados de saúde, um conjunto de queixas e sintomas, expressos numa linguagem culturalmente conformada, utilizados para expressar doença ou mal-estar (Quartilho, 2001).

Assistimos a um processo de reavaliação e de reformulação do conceito de cultura, e da diversidade de interacções por ela informadas, particularmente ao nível da compreensão da manifestação de sinais e sintomas subjacentes à saúde mental:

«[...] o conceito de cultura tal como era exposto, ignorava a diversidade interna dos países, em termos de variedade étnica e religiosa, contextos rurais e urbanos, classes sociais etc.» (Quartilho, 2001; p. 149).

Destaca-se, tal como já referenciámos anteriormente, o contributo prestado pela antropologia ao coadjuvar o processo interpretativo da manifestação da experiência subjectiva e intersubjectiva presente na expressão de doença, pelo que foi objecto de recente recomendação de inclusão e observação na prática clínica, particularmente ao nível de cuidados de saúde mental:

«A cultura pode influenciar a experiência e a comunicação dos sintomas depressivos. Pode reduzir-se a frequência de subdiagnósticos ou de diagnósticos errados se estivermos atentos à especificidade étnica e cultural das queixas que integram um episódio depressivo maior. Por exemplo, nalgumas culturas, a depressão pode ser experienciada sobretudo em termos somáticos, em vês de se manifestar com sentimentos de tristeza ou culpa. As queixas incluindo “nervos” e dores de cabeça (nas culturas Latina e Mediterrânica), fraqueza e desequilíbrio (nas culturas Chinesa e Asiática), problemas no “coração” (nas culturas do Médio-oriente) ou as referências ao “coração partido” (entre os Hopi) podem traduzir uma

experiência depressiva.» (DSM – IV; pp. 324; citado por Quartilho, 2001; p. 158).

Na senda deste reconhecimento, a investigação transcultural das psicopatologias deve, segundo Quartilho (2001), conciliar a tradição epidemiológica e antropológica, as abordagens *etic* e *emic* que o autor esclarece:

«A perspectiva *etic* é essencialmente comparativa, procurando definir categorias independentes de especificidades locais. O seu objectivo consiste em identificar e comparar fenómenos equivalentes em contextos sociais diferentes.

(...)

A perspectiva *emic*, por seu lado, inclui uma avaliação dos fenómenos “ a partir de dentro”, a partir da cultura e do seu contexto, tentando explicar a importância dos fenómenos e a sua relação com outros elementos intraculturais.» (Quartilho, 2001; p. 155).

Admitindo que o objectivo primordial de uma saúde mental global reside na comparação válida de fenómenos psicopatológicos (Quartilho, 2001), então a noção identitária emergente da geografia cultural, suportada pela noção de *lugar* e de *senso de lugar*, tal como os explicámos, podem também prestar um contributo válido na interpretação e categorização de sintomas, presentes e manifestos em diferentes culturas e, eventualmente, conformados pelas influências do *lugar* e da *paisagem*.

Neste sentido converge também a abordagem proposta por Rubel (1977; citado por Helman, 2003), que atribui elevado significado à interpretação antropológica e cultural do que ele próprio designa por doenças *populares* (*folk illnesses*), como sendo aquelas que afectam e são reconhecidas por um elevado número de elementos pertencentes a uma comunidade ou grupo, oferecendo a *cultura local*, simultaneamente, uma “explicação etiológica”, um diagnóstico, medidas preventivas e esquemas de cura.

Quer para Quartilho (2001) quer para Helman (2003), as enfermidades inseridas nesta categoria – *folk illnesses*, representam muito mais do que meros padecimentos, uma vez que possuem um conjunto de significados que remetem para a ordem moral, social e psicológica, expressas frequentemente através de um código de queixas localmente reconhecido, utilizado na tradução de diversas disfuncionalidades vivenciadas: conflitos sociais, rupturas familiares, privação económica, violência sexual, entre outras. O *local* fornece aos seus intérpretes um conjunto mais ou menos diferenciado de instrumentos e padrões de actuação, socialmente construídos e sancionados, que legitimamente podem ser utilizados para manifestar sofrimento e incompreensão, num contexto colectivamente autorizado.

Investigações realizadas em populações migrantes, à medida que este fenómeno atingiu dimensão relevante, permitiram averiguar a existência de

formas específicas de padecimento ao nível da saúde mental, cuja expressão é característica de determinados grupos ou etnias que partilham referências culturais comuns.

Uma vez mais, e para ilustrar a posição agora defendida, socorremo-nos de um estudo oportunamente referenciado por Quartilho (2001), realizado por Peter Guarnaccia em Porto Rico sobre os “*ataques de nervios*”, expressão utilizada recorrentemente por populações latinas e hispânicas para traduzir mal-estar ou desequilíbrio emocional:

«Os *ataques de nervios* foram interpretados sob a forma de experiências emocionais globais que respondem ao mundo social das pessoas afectadas, reordenando as relações com outras pessoas. Foram também considerados como uma “voz de resistência”, sobretudo para mulheres mais velhas, mais pobres e menos instruídas, sem poder, sujeitas às várias formas de dominação impostas por uma sociedade patriarcal. Os seus “gritos de protesto” para com os excessos alcoólicos e saídas extra-conjugais dos maridos, ou perante experiências de abuso físico, assumiram o formato emocional de *ataques de nervios*.» (Quartilho, 2001; p. 156).

Tal como nota Helman (2003), ao nível das patologias mentais de cariz popular, como as anteriormente descritas, existe um padrão regional e étnico inerente à forma de comunicar os “males da alma” que, em muitos casos, mais não são do que desajustamentos sociais localmente sofridos e embutidos no tecido da comunidade.

Para Low (1981; citado por Helman, 2003), as enfermidades por “*nervios*” são, em muitos lugares da América latina, como na Costa Rica, formas legitimadas que transversalmente estão presentes na sociedade local, e que mais não são do que sinalizações físicas correspondentes a rupturas de expectativas frustradas, encontrando tradução específica ao nível do género, que quase sempre estão presentes quando a “*tranquilidade*” e ordem social está ameaçada.

Consequentemente, esta forma de sinalização é, naturalmente, melhor compreendida com recurso à antropologia e geografia cultural que, mais do que a rotulação clínica, melhor podem traduzir e interpretar estas perturbações *somatoformes*, como o nome indica, sinalizam pela linguagem do corpo, as enfermidades contidas no corpo social.

NOTA

O presente artigo constitui uma versão revista e actualizada do subitem – A construção cultural do espaço e da saúde; in – Nossa, Paulo (2005) *Abordagem Geográfica da Oferta e Consumo de Cuidados de Saúde*. Universidade do Minho.

BIBLIOGRAFIA

- ABDELMALECK, Ali Ait; Gérard, Jean-Loius (1999) *Ciências Humanas e Cuidados de Saúde. Manual para profissionais de saúde*. Col. Medicina e Saúde. Instituto Piaget.
- BARBOSA, António (1987) Educação para a Saúde: determinação individual ou Social? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, p. 169-184.
- CAPEL, Horácio (1981) *Filosofia y Ciencia en la Geografía Contemporánea*. Col. Temas Universitários. Barcanova.
- CONCEIÇÃO, Maria da; Costa, Nascimento; Cruz, Maria G. Lima (1999) A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 15(2).(PDF format).
- CURTIS, Sarah; Taket, Ann (1996) *Health & Societies, changing perspectives*. London: Arnold.
- CZERÉSNIA, Dina; Ribeiro, Adriana M. (2000) O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 16(3), pp. 595-617.
- DUARTE, Susana (2002) *Saberes da Saúde e de Doença: por que vão as pessoas ao médico?* Col. Educação e Saúde. Quarteto Editora.
- ESTEBÁNEZ, José (1983) *Tendencias y Problemática Actual de la Geografía*. Editorial Cincel.
- FOUCAULT, Michel (1963) *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, PUF.
- GATRELL, Anthony C. (2002) *Geographies of Health: an introduction*. Oxford Blackwell Publishers.
- HELMAN, Cecil G. (2003) *Cultura, Saúde & Doença*. 4.ª Edição. ARTMED Editora. Porto Alegre.
- JOSHNSTON, R.J. et al. (2000) *The Dictionary of Human Geography*. 4th Ed. Oxford: Blackwell Publishers.
- KEARNS, Robin A.; Gesler, Wilbert M.; (1998) *Putting Health into Place. Landscape, Identity, and Well-being*. New York: Syracuse University Press.
- LUPTON, Deborah (1994) *Medicine as Culture: illness, disease and the body in western societies*. SAGE Publications.
- MAYER, J. (1992). Challenges to understanding spatial patterns of disease: philosophical alternatives to logical positivism. *Social Science and Medicine* 35(4), p. 579 – 587.
- MORA, José Ferrater (1982) *Dicionário de Filosofia*. Publicações Dom Quixote.
- QUARTILHO, Manuel João (2001) *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do sintoma à experiência*. Col. Psicologia Clínica e Psiquiatria, n.º 12. Coimbra: Quarteto Editora.
- SILVANO, Filomena (2001) *Antropologia do Espaço: Uma introdução*. 2.ª Edição. Celta Editora.