

# A SAÚDE NO PRISMA DOS VALORES DA MODERNIDADE

por

Maria Engrácia Leandro\*

## A MUTAÇÃO DOS SISTEMAS DE VALORES E A MODERNIDADE

Antes de mais, importa referir que a noção de modernidade está no cerne da questão sobre a reconstrução dos sistemas de atitudes e valores dos indivíduos nas sociedades modernas e contemporâneas. Desta maneira, tanto os valores que decorrem da religião, da tradição e dos sistemas políticos em particular, como da sociedade em geral, são confrontados com um certo número de reelaborações, a este propósito. A partir destas asserções, poder-se-á dizer que a modernidade começa por se caracterizar por cinco aspectos fundamentais.

O primeiro consiste na emergência e solidificação progressiva de um sistema de racionalidade que concede o primado à ciência e à tecnologia, em detrimento dos discursos de cariz teológico ou de qualquer outra ordem transcendental. Doravante, o mundo e a organização das sociedades não são mais explicados por razões que lhes são exteriores, mas a partir de si próprios, na medida em que os humanos são interventores activos no desenrolar dos acontecimentos. Deste modo, seguindo a perspectiva de M. Weber (1964, 1971), instaura-se um processo de “desencanto” das sociedades que lhe vai retirando, paulatinamente, a sua explicação de cariz transcendental, secularmente aceite (F. Isambert, 1982, D. Hervieu-Léger, 1985, M. Gauchet, 1985, J.-L. Schlegel, 1986).

No mesmo sentido, um segundo aspecto, consiste na diferenciação das instituições que se vai operando, ou seja, a religião não continua mais a ter o privilégio de gerir o conjunto das actividades humanas e de ser a única instância portadora de sentido para um mundo uno e coeso, mas é confrontada com a emergência de muitas outras instâncias e universos de sentido. Não obstante, refira-se

---

\* Prof. de Sociologia do ICS da Universidade do Minho.

que, nos últimos tempos, ao invés do que acontecia noutras épocas, constata-se, por exemplo, no domínio da ética que, esta, tornando-se insistentemente numa questão de sociedade, congrega, igualmente, as designadas instituições profanas e as Igrejas, quando é preciso sentar-se à mesma mesa para discutir sobre certas questões que lhe são próprias. No caso das sociedades ocidentais, verifica-se, frequentemente, que, nesta matéria a Igreja católica é convidada a intervir ao mesmo plano das outras instâncias, sem que lhe seja outorgada a primazia de outros tempos, em que a mesma aparecia como produtora e orientadora exclusiva dos princípios éticos (F. Isambert, 1992). No campo da saúde, as questões que advêm dos avanços da genética não são as menos eloquentes a este respeito.

Compreende-se, então, que as designadas esferas sagrada e profana se autonomizem, se apresentem e reelaborem como realidades bem distintas, ainda que, em algumas circunstâncias se possam ter em conta as respectivas posições. De qualquer modo, recusam-se as correspondentes imposições, logo que elas apareçam como uma ingerência num ou no outro domínio. Em certas circunstâncias, não se é totalmente alheio a este ou àquele aspecto, mas com alguma relatividade. Nesta perspectiva, conceber os efeitos da modernidade é aceitar a autonomia do religioso e do profano, no sentido mais amplo do termo, com tudo o que isso implica.

Neste quadro, em termos práticos e simbólicos, as sociedades têm forjado um processo de secularização e de laicização, cada vez mais consistente. Porém, e apesar disso, tem-se assistido, ao longo das últimas décadas, à reemergência do religioso. Mas este, sob muitos aspectos, parece não se inscrever nos cenários religiosos históricos com que nos habituámos a conviver, isto é, cristalizados em torno de “instituições religiosas específicas”, o que nem sempre é o caso nos nossos dias.

Hoje, as coisas são bem mais complexas. As Igrejas e as religiões, inscritas no tempo e no espaço, prevalecem mas com menos pujança. Ao invés, a explosão de novos movimentos sociais e religiosos, tal como a mobilização política e social a que dão azo, e ainda a dispersão das crenças, bem visível na proliferação de vários movimentos religiosos, manifestam uma grande vitalidade do religioso nas sociedades da modernidade actual. Sem procurarmos analisar aqui as razões de tão profundas mudanças nas sociedades ocidentais, que desde há muito pareciam orientar-se por uma modernidade “racional desencantada” (M. Weber (1971), digamos tão somente que, a partir dos anos setenta, as várias turbulências económicas, sociais e culturais que têm persistido parecem contribuir para abalar profundamente as certezas das ideologias prometaicas, fundamentadas num progresso absoluto e universal. Ora, tal facto, contribuindo para tornar as sociedades menos seguras de si mesmas, parece revelar-se propício à reemergência do religioso, mas com matizes diferentes “da religião perdida” (D. Hervieu-Léger, 1999).

Se relacionarmos estes fenómenos com o campo da saúde dir-se-á que também os últimos decénios trouxeram consigo a insegurança, apesar dos prodigiosos desenvolvimentos da ciência e da técnica. O regresso das doenças infecto-contagiosas de carácter mortífero, ainda que associadas aos comportamentos, instala o pânico e aumenta as incertezas na materialidade das coisas. Por outro lado, a ameaça que continua a pairar sobre a saúde e a vida, em virtude das doenças cancerígenas, cardíacas e das desencadeadas pela degradação do ambiente e o aumento dos acidentes de viação, entre outros, participam também desta insegurança.

Um terceiro elemento incontestável da modernidade fundamenta-se no reconhecimento do indivíduo enquanto tal. Com o triunfo da filosofia das Luzes não é mais Deus e a natureza que são colocados no centro do universo, mas antes o indivíduo, dispensando a intervenção divina e com capacidade de agir sobre a natureza, procurando dominá-la. Aliás, este aspecto, com todas as conquistas alcançadas, “para o melhor e para o pior”, não é o menos emblemático, até em virtude das consequências que daqui têm decorrido sob o ponto de vista ecológico, com grandes reflexos sobre a própria saúde das populações (R. Lawrence, 1998). Seja como for, o que se verifica é que, ao longo dos últimos séculos, as sociedades ocidentais – e as outras de uma forma ou outra mostram, cada vez mais, tendência para copiarem esta tendência- organizam-se em torno da defesa dos direitos individuais. De algum modo, poder-se-á dizer que a *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, incorporando este ideal, aparece como um elemento paradigmático da modernidade.

Um quarto aspecto relaciona-se com um processo de fragilização, de “crise” (F. Farrugia, 1993), de ruptura ou de fractura com os laços sociais tradicionais para se passar, progressivamente, à reelaboração de novas formas de laços sociais. Estes conjungam, muitas vezes, elementos que vêm de um laço social anterior e outros que se vão forjando no dia a dia da modernidade contemporânea. Entre outros, apontemos os que, numa perspectiva macro-social, podem ser forjados pelos grandes sistemas públicos e por uma nova consciência do direito e da justiça sociais, pelo que o caso da saúde, sob a égide do lema: “uma saúde igual para todos”, não é o menos significativo; os que, numa visão micro-social, advêm da intervenção de certos grupos de actores sociais, a partir de situações muito concretas, inclusive de marginalização e até com carácter de urgência (Y. Pedrazzini, M. Sanchez, 1989).

É certo que, tanto os designados “Clássicos da Sociologia”, como os sociólogos que se interessam pelas questões da marginalização, da delinquência e da exclusão social, cada um, à sua maneira, tem procurado encontrar explicação para esta problemática, no seio das sociedades modernas, que se querem integradoras (M. Xiberras, 1993, C. Berger-Forestier 1995). Porém, a questão permanece em aberto. Parece, até, que a sociologia, após ter feito, durante um longo percurso, a análise

do processo da modernidade, tem, ela própria, necessidade de se modernizar para saber ler as novas questões suscitadas pela modernidade contemporânea, designada por uns de “pós-modernidade” (F. Leotard, 1979) e por outros de “hipermodernidade” e “supermodernidade” (M. Augé, 1992, G. Balandier, 1994), de “modernidade tardia” (A. Giddens, 1992), ou de “modernidade avançada” (D. Hervieu-Léger, 1999). Todavia, o que na realidade se pode dizer é que vivemos num processo de modernidade inacabada (J. Pavageau, Y. Gilbert, Y. Pedrazzini, 1997).

Enfim, um quinto aspecto prende-se com a reestruturação de todo o campo da actividade produtiva e da reorganização social das sociedades. Assim, numas sociedades e regiões, mais do que noutras, foi-se passando, progressivamente, de uma sociedade rural, com uma organização económica de índole agrária, para uma sociedade urbana, estruturada em torno da industrialização e da terciarização, dando, paulatinamente, lugar a uma economia de mercado. Aliás, o próprio domínio da saúde, enquanto sistema organizado pelas instâncias públicas e privadas, sob diversos prismas, designadamente a partir dos anos oitenta, parece também não escapar a esta lógica de mercado.

Mas, os caminhos entreabertos pela modernidade vão mais longe e exercem repercussões noutras instâncias da vida social, económica, cultural e familiar. Senão vejamos. Entre outros aspectos, a autonomia que decorre da modernidade e da secularização tem produzido grande impacto sobre as transformações familiares, em particular, e os sistemas de valores em geral. Estes, sendo actualmente muito difusos, são também plurais e objecto de selecção, segundo as circunstâncias e as escolhas individuais. O caso da individualização dos valores religiosos é significativo, a este respeito, na medida em que eles aparecem, insistentemente, mais fragmentados, isto é, retiram-se e utilizam-se os elementos que se consideram mais significativos para esta ou aquela situação individual e ignoram-se e/ou repelem-se os outros, logo que não sejam compatíveis com os objectivos a alcançar, ainda que as religiões procurem fornecer um conjunto de valores homogéneos.

A lógica ou ilógica de certas situações relacionadas com a saúde ou ausência da mesma são significativas, a este propósito. De maneira geral, as religiões, umas mais que outras, oferecem um sentido para a saúde e para a doença e no caso da religião católica há mesmo um certo número de santos milagreiros e/ou protectores em relação a esta ou aquela doença ou ainda outras forças transcendentes de carácter mais geral, tal o caso de Nossa Senhora sob a égide de várias evocações sem esquecer, sobretudo, as designações da Senhora da Saúde, a Senhora dos Milagres e a Senhora dos Remédios e as peregrinações miraculosas, como acontece com Santiago de Compostela em Espanha, a “Sainte Chapelle” e Nossa Senhora de Lourdes, em França, S. Bentinho da Porta Aberta, na arquidiocese de Braga, Senhor dos Remédios, em Peniche, Senhor Jesus no Caravalhal do Bombarral, Nossa Senhora dos Remédios em Lamego, N. S. de Fátima para

muitos crentes, entre outros. De resto, na Bíblia abundam os casos relacionadas com curas milagrosas, em relação às enfermidades do corpo e da alma, sendo de destacar os milagres de Cristo e, em termos espaciais a piscina de Bezatha, no Novo Testamento (J. 5, 2-9).

O que se pode, então, dizer é que, em boa verdade, nos últimos tempos, que pretendem ser os do triunfo da racionalização, é frequente acontecer, em muitos casos de doenças, consideradas incuráveis ou não pelo corpo de especialistas da saúde, em situações mais ou menos desesperadas, os crentes, praticantes ou não, e até os não crentes, recorrerem aos santos ou a outras formas de intervenção das forças divinas, tentando encontrar resposta para o mal, para o qual a ciência e a técnica ainda não conseguem oferecer uma resposta cabal. E isto, apesar da ideia preconizada desde a Filosofia das Luzes e a ideologia do progresso e, por conseguinte, pela modernidade, segundo a qual, com a intensificação do progresso científico e tecnológico, a humanidade poderia vencer a doença e prolongar a vida, ainda que não conseguisse vencer a morte, apesar do sonho de imortalidade que a anima (M. Foucault, 1963, L.-V. Thomas, 1975, 1991).

Neste sentido, a concepção duma perfeita saúde, conseguida graças a uma intervenção humana racional científica e tecnológica, como em qualquer outro domínio do material (R. Descartes, 1953), inscreve-se cabalmente nos valores da modernidade. Desde então, este sonho permanece constante no devir da humanidade e das sociedades. Lembremos tão somente o programa de vacinação alargada a toda a humanidade, implementado pela Organização Mundial de Saúde, em 1975, visando banir ao nível planetário as doenças infectocontagiosas, bem como outros programas de luta contra a fome no mundo e de alfabetização em favor da educação e do desenvolvimento, pensando, assim, implementar um conjunto de condições favoráveis ao bom estado de saúde das populações em geral.

Neste quadro, em termos de matéria de valores e de sentido para a existência e vicissitudes que esta poderá ou não comportar, tudo indica que a modernidade tem dado lugar à emergência de sistemas de valores e universos de significação fragmentados, diferenciados e plurais, em função dos objectivos que norteiam os diversos protagonistas sociais e das suas respectivas interpretações (Y. Lambert, 1985). O que se verifica, então, é que, nas sociedades modernas e contemporâneas, o sistema de referências é mais de carácter axiológico do que religioso ou ideológico. No caso da religião católica, verifica-se que o Papa João Paulo II, ao abordar qualquer tema dirigido em forma de mensagem universal, faz apelo, em primeiro lugar, aos valores mais protelados pela sociedade, como a justiça, a dignidade humana, os direitos do homem, a paz, a solidariedade, a ética, entre outros.

Por estas razões, e outras que não são aqui enunciadas, verifica-se que os sistemas de valores – entendidos como elementos normativos e simbólicos que servem de critério, de modelo de referência e de orientação, na medida em que

balizam as condutas, legitimam as regras e justificam os comportamentos imprimindo um sentido à vida (T. Parsons, 1955, (L.-V. Thomas, 1993) – são atingidos pelo turbilhão de mudanças advindas com a modernidade.

Contrariamente ao que se ouve constantemente dizer, ao nível do “senso comum”, segundo o qual vivemos numa sociedade sem valores, em nosso entender, esta afirmação não corresponde, de modo algum, à realidade, pois que, nas sociedades contemporâneas, deparamos com muitos valores, só de outra índole em relação ao passado, isto é, menos da ordem da metafísica e muito mais do material e do racional. Sendo assim, estes valores entram mais facilmente na óptica do efêmero, do contingencial, do relativo, do plural, do imediato, como é, por exemplo, o caso dos valores económicos, utilitários, estéticos, do sucesso a qualquer preço, postos ao serviço da rentabilidade e do bem estar individual, com laivos de alguma extensão familiar e social.

A extrapolação que se faz na vida corrente e até intelectual, numa linguagem correlacionada com o económico, manifesta em expressões como “o capital cultural”, “o capital de relações”, “tem um bom capital”, “o património cultural”, “pobreza ou ao contrário riqueza intelectual”, “a riqueza do texto”, “a riqueza de vocabulário, ou de cor, ou ainda de orquestração”, “tem um vocabulário muito pobre”, “pobreza de sentimentos ou, inversamente, riqueza de sentimentos”, “pobreza interior”, “economia humana”, “economia do tempo”, “tempo é dinheiro”, “vale uma fortuna”, “custe o que custar”, “o que é que eu ganho com isso?”, “não tenho nada a perder”, “o meu filho é a minha fortuna, “vale todo o dinheiro do mundo”, “quanto temos quanto valem”, “a saúde é a melhor riqueza”, “a felicidade vale uma fortuna”, “é o preço da amizade”, ou ao invés, “a amizade não tem preço”, “sem saúde de pouco vale a riqueza”, “a saúde da economia”, é bem reveladora do quanto o económico e o material povoam e contagiam o nosso imaginário e universo linguístico.

A pressão acentuando-se também no que se refere à valorização do corpo, do culto do ser novo e do permanecer jovem, do gozo da vida *hic et nunc*, do desporto, da moda, dos objectos, do tempo contabilizado em valor económico (“tempo é dinheiro”), do desporto, do trabalho, do lazer, e da eficácia económica, ilustra bem esta nova orientação. No entanto, várias estudos, efectuados no interior dos países europeus, revelam também que, apesar do tão propalado individualismo nas sociedades contemporâneas, valores de cariz colectivo como o amor, amizade, família, liberdade, justiça, trabalho, saúde, paz, dignidade humana, altruísmo, solidariedade, bioética, felicidade, entre outros, se tornam fundamentais para a maioria das pessoas (L. de França, 1993; Équipe de Recherche CMVV, 1993; M. E. Leandro, M. Vaz Pato, 1997).

Dir-se-á, então, que o tempo histórico, o tempo do saber e do fazer prometidos não vêm abolir os valores, mas engendram, antes, a sua flutuação e rein-

venção. Mas, valerá a pena acrescentar que esse efeito, nem por isso, deixa de outorgar aos valores – aliás o que há de mais mobilizador, quer sejam considerados eternos, quer mutantes e precários ou evolutivos e consistentes – a responsabilidade da continuidade e criatividade da sociedade, dos grupos e dos indivíduos.

Perante este panorama, tendo em conta o assunto que aqui nos ocupa, digamos tão somente que, entre os valores que acabam de ser enunciados, a valorização, o culto outorgados ao corpo e ao seu bem estar geral, no interior da modernidade actual, integram, largamente, a dimensão da saúde no seu sentido mais amplo. Esta, tendendo, insistentemente, a ser erigida em valor social e individual de crucial importância (A. Barbosa, 1987), além de constituir, sob o ponto de vista sócio-económico, um barómetro fundamental para avaliação do grau de desenvolvimento de uma sociedade, conjuntamente com a educação e a justiça, tem-se tornado, nos últimos tempos em Portugal, no principal motor das políticas públicas que mobilizam, igualmente, todas as formações políticas e sociais e as próprias opiniões públicas.

## **O TEMPO E AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE**

Se a valorização e preocupação com a saúde remonta a tempos longínquos, também não é menos verdade que há épocas e contextos sociais em que esta questão assume uma importância diferenciada. Ao longo da história, cada época tem as suas próprias doenças, nomeadamente, no que se refere a esta ou àquela epidemia, embora haja algumas que parecem resistir ao tempo e até às civilizações. O caso da lepra e da peste, referenciadas, tanto na Bíblia (Levítico, 13, 14, 15; Mc, 1, 40-45) e na literatura da Grécia Antiga, como em trabalhos advindos da arqueologia, história, antropologia, literatura ou outros, são significativos a este respeito (L.-V. Thomas, 1979; F. Laplantine; 1986, A. Corbin, 1982; B. Veyssete, 1989). Tomando, ainda, o caso da sociedade grega, constata-se que o culto de Esculápio, deus da saúde, permaneceu muito tempo após o desaparecimento dos templos e dos sacerdotes de outras divindades. Este arquétipo da cultura ocidental continua muito actual, tanto sob o ponto de vista público e social como privado e individual. Em boa verdade, nas sociedades modernas, a saúde, enquanto noção (conceito médico, biológico, filosófico, espiritual, social, psicológico e económico) e enquanto objecto de qualidade e prolongamento de vida sã dos indivíduos e das populações e de luta contra a doença e a morte, mobiliza todos os sectores da actividade humana, social e cultural.

Recuando, agora, aos finais do século XVIII e a todo o percurso do século XIX, apercebemo-nos que a higiene pública e depois a saúde pública constituíram,

também, uma das preocupações essenciais das sociedades ocidentais. É desta época que, numa perspectiva sociológica, datam os primeiros estudos sobre o estado de saúde da população. Por exemplo, em França, no âmbito do que hoje classificamos de investigação-acção, a *Société Royale de Medecine* procede a um levantamento sobre a saúde da população rural e operária, tendo em conta as condições climáticas, a fome, a miséria, a pobreza e as condições de vida numa maneira geral, a fim de intervir, com conhecimento de causa, visando modificar a situação existente (L. Villermé, 1840). Paralelamente vai emergindo um corpo de especialistas que, congregando políticos, médicos, clero, filantropos e peritos do social, investe, intensamente, na divulgação e aplicação das medidas higiénicas e profilácticas, a fim de preservar a saúde e evitar a propagação da doença, nomeadamente, as doenças infecciosas, como a tuberculose a sífilis ou outras. (J. Donzelot, 1977).

Ao longo do século XX, estas preocupações, sobretudo a partir da segunda guerra mundial, têm-se intensificado em todas as sociedades ocidentais e mesmo a nível mundial. Na verdade, após a 2ª guerra mundial, com o progressivo crescimento económico que se foi verificando nas sociedades ocidentais, a melhoria dos níveis de vida que daí advém, o aumento e consistência das descobertas científicas e tecnológicas, a solidificação do Estado Providência, o alargamento das suas medidas sociais junto das camadas desfavorecidas e as campanhas de sensibilização, a este propósito, contribuíram, grandemente, para a melhoria dos níveis de saúde das populações. Por outro lado, a nível mundial, instâncias internacionais como a ONU, a OIT e a OMS, ao preconizarem projectos de desenvolvimento económico e social dos designados países do “terceiro mundo”, integram simultaneamente uma intensa campanha de vacinação, visando combater as epidemias que aí vão grassando.

Desta maneira, nos países ocidentais vai-se verificando que as condições de saúde das populações têm melhorado, pese embora a diferenciação social e geográfica. Em Portugal, basta referirmos que a esperança de vida era em 1911 de 35, 8 e de 40; em 1950 de 55,5 e 60,5; em 1991 de 70,2 e 77,4, em 1996 de 71 e 78,5 para os homens e para as mulheres, respectivamente (EUROSTAT, 1998). Em menos de um século, estes índices quase duplicaram. Mais ainda, na generalidade dos países ocidentais altamente desenvolvidos, no decurso do século XX, foram ganhos à morte cerca de 30 anos de vida (C. Attias-Donfut, 1995), o que é bem revelador da influência deste conjunto de factores, em termos de saúde. E isto, entre outros aspectos, graças ao investimento nas medidas profilácticas, no desenvolvimento e avanço das ciências médicas e biológicas, nos cuidados de saúde propriamente ditos e na mudança das mentalidades e dos comportamentos em relação aos modos e qualidade de vida e aos cuidados a ter perante a saúde e a doença.

De resto, a saúde, enquanto sinónimo de bem estar individual, familiar e social, sendo considerada um valor fundamental nas sociedades da modernidade, é, simultaneamente, evocada como expressão de bem querer, desejo e formulação de votos evidenciado em elocuições como: “desejo que esta carta o vá encontrar de boa saúde”, “sem saúde não há nada”, “havendo saúde tudo vai bem”, “a saúde vale mais do que o dinheiro” ou ainda em certas mensagens de Boas Festas por ocasião do Natal e Ano Novo de que a expressão francesa “*Bonne Année* et *Bonne Santé*” é emblemática.

Frise-se que uma cuidada leitura sociológica das questões em torno da saúde, nas sociedades ocidentais, permite apercebermo-nos de que a mesma se tem tornado uma noção de *sensu comum* que tem triunfado na política, na economia, na administração, na ciência, na tecnologia, nos comportamentos e nas representações sociais (C. Herzlich, 1996). Hoje, mais do que nunca, a noção de saúde supõe a glorificação máxima da vida como valor supremo: há uma ética da saúde, um direito à saúde que exigem progressos científicos, tecnológicos e medidas políticas capazes de serem imediatamente aplicados. Também no domínio da actividade produtiva, a saúde entra em linha de conta quando se selecciona para o exercício desta ou daquela profissão ou outros cargos de responsabilidade social. Por seu lado, ao nível individual e familiar, a saúde é concebida como um elemento indispensável de felicidade e de sentido para a existência e não deixa de alimentar sonhos de uma imortalidade, cujo corolário seria uma perfeita saúde numa vida que não tivesse ocaso.

A medicalização da sociedade reflecte esta evolução, assim como a corrida às receitas médicas ou outras de índole diferenciada, tais como as das medicinas paralelas, o recurso às medicinas tradicionais e a um corpo de agentes do sagrado, a variadas formas de ginástica e meditações transcendentais, com o objectivo de cultivar um corpo e uma mente sãos. Há, assim, por um lado, a preocupação com a medicina curativa em termos físicos e, por outro, o sentido da prevenção e a procura do mais completo bem estar mental e social, segundo a célebre designação da Organização Mundial de Saúde. A saúde ultrapassa de longe o domínio da medicina e faz cada vez mais apelo aos comportamentos individuais, familiares e sociais, englobando, nas suas ambições utópicas, todo o humano e as suas aspirações mais profundas. Com esta perspectiva poder-se-á dizer que a noção de saúde não se confina, actualmente, nem no normal, nem no bem estar ou na oposição à doença. Ela consiste, antes, num sentimento de plena capacidade para se adaptar às novas necessidades fisiológicas, psíquicas, simbólicas e sociais.

Compreende-se, aliás, que, num quadro problemático como este, em que se configura a interconexão de um conjunto diversificado de elementos e actores sociais e individuais, a lógica das políticas de saúde, e mais concretamente em Portugal, não se circunscreva ao domínio da medicina e do binómio médico/

/doente, mas tenha necessariamente em conta o primado da pessoa, uma economia da saúde, um direito da saúde, as organizações de saúde, um conjunto de medidas profilácticas e de saúde pública, os comportamentos sociais e culturais dos diferentes grupos sociais e a investigação científica e tecnológica.

A este respeito, importa ainda lembrar que, no decorrer das últimas décadas, a saúde e, ao invés, o combate à doença são cada vez mais tributários dos progressos e das inovações que se têm alcançado nestes últimos domínios. Porém, os progressos da medicina curativa e o regresso da ideologia liberal, por volta dos anos oitenta, parecem pôr em causa um certo número dos seus fundamentos, precisamente numa época em que o fenómeno das doenças infecto-contagiosas, reaparecendo, teima em recrudescer, fazendo aumentar, a nível colectivo, as preocupações com a saúde. A situação torna-se ainda mais premente quando epidemias como a sida, sem cura à vista, se revelam mortíferas, dando origem a toda uma panóplia de fantasmas e obsessões (L.-V. Thomas, 1984, 1988, 1991; P. Nossa, 1996).

Mas também não é menos verdade que, por vezes, a emergência dos avanços científicos e tecnológicos, como é, por exemplo, o caso da genética, sendo apercebida como ameaçadora das identidades, dos laços sociais e dos sistemas de valores, suscita novas questões éticas e bioéticas, em torno de todos os mecanismos subjacentes à problemática social da saúde (F. Isambert, 1992).

Seja como for, a saúde, mais do que nunca, sendo hoje erigida em valor crucial, transformou-se numa questão que compromete igualmente a sociedade, o corpo dos profissionais de saúde, a política, a economia, a cultura, os cientistas, as religiões, a família e os indivíduos.

Na verdade, a preocupação com a saúde e com a doença e a relação com os fenómenos que podem preservar uma ou fazer desencadear a outra, não sendo um fenómeno novo, na medida em que muito precocemente a humanidade se preocupou com estas questões (F. Lebrun, 1995), adquire, nos nossos dias, novos contornos. Estes prendem-se, sobretudo, com as novas descobertas científicas e tecnológicas, a crescente medicalização das sociedades, uma maior democraticidade dos serviços de saúde, uma maior valorização da saúde e dos comportamentos individuais, familiares e sociais em relação a esta e a própria alteração do quadro das doenças que mais atingem as sociedades modernas. Por exemplo, até muito recentemente, não fora o aparecimento e o desenvolvimento da epidemia da Sida, e considerar-se-iam, praticamente, vencidas, a ocidente, as doenças infecciosas e, por conseguinte, as epidemias que, em épocas anteriores, dizimavam muitos milhares de pessoas (P. Adam, C. Herzlich, 1993). A medicina ver-se-ia, agora, confrontada com as doenças crónicas e degenerativas para as quais não dispõe ainda de todos os recursos para o seu combate. De resto, repetidas observações epidemiológicas, levadas a efeito em alguns países, tal o caso da França (M. Renaud,

1987), têm demonstrado que estas doenças estão, por um lado, significativamente correlacionadas com comportamentos sociais, tais como o consumo do álcool, o tabaco, a higiene alimentar e até o aumento da longevidade para uma vasta camada da população e, por outro, com hábitos de vida menos saudáveis, como sejam a falta de exercício físico, o consumo incauto do tabaco e do álcool e o incipiente controle médico periódico.

Convém, contudo, lembrar que, na Antiguidade (Hipócrates), a questão de ter boa saúde ou, ao invés, ser atingido pela doença nunca era, de modo algum, associada aos comportamentos ou a qualquer intervenção humana, mas antes ao *fatum* que se abatia sobre o indivíduo e a família. Assim, para contrariar esta fatalidade, o recurso ao sobrenatural é prática corrente. Por exemplo, como já o referimos anteriormente, na sociedade grega antiga, o culto de Esculapo, deus da saúde, persistiu longo tempo após terem desaparecido outros templos e divindades. Igualmente, encontramos no pensamento judaico inserto na Bíblia muitas alusões às doenças e outras enfermidades, como resultado do castigo divino em virtude do pecado próprio ou dos parentes próximos (Gn 3, 14-24; 19, 11; Lev 13, 14, 15; Dt 28, 27-28; Sab 19, 17; Job 33, 19; Ecle 31, 15; Mc. 1, 40-).

Começando por referir que o leproso do Levítico (13,14) é sinónimo de impuro, isto é, de doente espiritual, não será difícil compreender que doença e pecado estão intrinsecamente associados. Do mesmo modo, Job doente, atacado de várias enfermidades é, por um lado, a personificação do castigo divino perante o olhar dos seus contemporâneos e, por outro, permanece um modelo de paciência e abnegação ante a prova da doença permitida não por um Deus irritado e vingativo, mas um pai terno que vem em socorro do filho para o proteger evitando a sua perdição. Sendo assim, desenha-se aqui toda uma lógica da economia da salvação, de que fala M. Weber (1964), porquanto, apelando a uma atitude de resignação perante a doença, esta torna-se em objecto de purificação e sublimação e, por conseguinte, virá a ser transubstanciada em penhor de salvação na vida do além.

Em contrapartida, a atitude do leproso do Evangelho de S. Marcos (1, 40-45) rompe com esta concepção de doença. Antes de mais, não se isola na sua situação algo deprimente, em virtude de ser atingido de doença infecto-contagiosa e mortífera e, por conseguinte, objecto de vários estereótipos e discriminações segregativas e, assim, votado à exclusão social. Querendo sair desta situação começa por tomar, por si próprio, ainda que criticado pelos que o rodeiam, as medidas necessárias para o efeito, neste caso a procura milagrosa junto de um demiurgo, de que outros lhe haviam falado. Revela-se aqui, por um lado, o sentido colectivo da doença, ainda que esta seja individualizada e, por outro, a necessidade de congregar esforços de várias pessoas para a debelar, logo da importância da solidariedade familiar e social, quando se trata de lutar para re-

cuperar a saúde, sinónimo de bem estar pessoal e social e alegria de viver. Depois, em termos simbólicos e pedagógicos, J. Cristo abre outros caminhos de interpretação da doença. Acedendo, prontamente, ao pedido de cura, abstém-se de qualquer atitude moralista ou discurso moralizante, ou seja, não associa mais a doença à vontade de Deus e ao seu desejo de represália, ou mesmo de remissão dos pecados. Pede apenas descrição a seu respeito e cumprimento das leis humanas, a fim de, uma vez curado de doença funesta, poder ser integrado no corpo dos sãos.

Não obstante, esta atitude de J. Cristo parece não ter produzido, logo, os seus efeitos. De facto, posteriormente, no Ocidente cristão, a concepção religiosa do mal é a de que a doença se prende com um destino irremediável: a doença é enviada por Deus, em virtude da natureza pecadora do homem e é concebida como ocasião de redenção (P. Adam, C. Herzlich, 1994). Com esta perspectiva, A. Blanchard, nos princípios do século XVIII, dizia que “as doenças não são tão somente remédios, mas também castigos salutares. É por isso que Deus, por vezes, pune a alma através das enfermidades infligidas ao corpo... Se estivéssemos conscientes desta conduta de Deus, a nosso respeito, olharíamos de outro modo as doenças que a Providência nos envia; e, em vez de nos queixarmos, agradecer-lhe-íamos, uma vez que elas vêm ao encontro das necessidades da nossa alma. Então, conceberíamos o pecado como a principal fonte dos males a que estamos sujeitos, convencer-nos-íamos que é a doença da alma que provoca a do corpo, que é a desordem do espírito e do coração que pôs a desordem nos humores que faziam toda a força do nosso temperamento e que se estamos sujeitos a um tão grande número de enfermidades e doenças, elas são o justo castigo das nossas revoltas e infidelidades” (citado por F. Lebrun, 1995, 13).

Frise-se que nunca em nenhuma sociedade este fatalismo foi totalmente aceite, na medida em que, desde muito cedo, se começou a recorrer a meios humanos e divinos e a remédios empíricos para combater esta *maldição*. Assim, as pessoas concebem rituais e dirigem-se, indistintamente, aos mágicos, aos curandeiros, aos bruxos, aos sacerdotes e aos santos, cujas práticas englobam remédios empíricos, rituais mágicos e socorro. Sendo certo que a Igreja católica se opunha a parte destas práticas e crenças, sobretudo no que se refere ao mágico e à bruxaria, importa, todavia, lembrar que ela própria também foi criando o seu conjunto de santos milagrosos, pelo que se pode dizer que, para a população, o recurso simultâneo ao mágico, ao religioso e ao empírico interligavam-se. Ainda recentemente, Herman José num dos programas do canal 1 da RTP, ao entrevistar a então Ministra da Saúde Maria de Belém, referindo-se às crianças atingidas pelo cancro, formulava a seguinte questão: sendo católica como explica situações desta natureza? Mais uma vez o recurso ao transcendental, para explicar o que parece inexplicável em termos de racionalidade médica ou outra, logo que está em causa a saúde, revela-se muito persistente.

Seja como for, este arquétipo da cultura ocidental, isto é, da relação com a doença e as forças transcendentais, ainda hoje continua muito presente, logo que a doença surge e, por vezes, os meios científicos e tecnológicos nem sempre conseguem dar resposta imediata e eficaz a certos problemas relacionados com esta questão. Deste modo, a coexistência entre medicina, magia e religião, característica das medicinas antigas, quer da índole do saber e da ciência, quer populares, existe em todas as culturas e tem prevalecido até aos nossos dias, mesmo se a intervenção técnica e científica dos profissionais de saúde, tanto médicos como paramédicos, a medicalização das sociedades hodiernas ocidentais e o apelo a comportamentos de vida sadia, sejam cada vez mais consistentes (G. Cresson, 1995; M. Drulhe, 1996; P. Aiach, D. Delanoe, 1998).

Com efeito, é hoje bem conhecido que a medicina científica moderna se caracteriza pela predominância progressiva de uma orientação empírica, pela especialização dos profissionais de saúde, designadamente o corpo médico e pela elaboração de um saber científico e tecnológico cada vez mais sofisticado. Porém, a nível empírico, isto não impede que se continue a verificar, no seio das sociedades ocidentais, a remanescência de vários elementos de cariz religioso, tradicional ou outros meios alternativos e/ou complementares, logo que se trate das questões da saúde e da doença, designadamente, em caso de situações de maior desespero, dúvida e ansiedade.

Importa, aliás, salientar que a perspectiva religiosa e os saberes tradicionais onde os costumes se inscrevem conferem, frequentemente, às questões relacionadas com a saúde e a doença uma dimensão que não se poderá ignorar, logo que se procura analisar as atitudes individuais, familiares e sociais, a este respeito. Ainda no princípio deste decénio os resultados de um estudo, à escala europeia (J. Wardle and A. Steptoe, 1991), estabeleceram fortes correlações entre as crenças e as práticas, em matéria de saúde, mesmo quando se trata de pessoas com mais capacidade de racionalização, como é o caso dos estudantes universitários incluídos na amostragem. Estes estudos convergem com outros realizados, anteriormente, por D. Boy e G. Michelat (1986), segundo os quais não é porque o nível cultural das pessoas aumenta que as crenças nas para-ciências e no transcendente são menos consistentes ou mais diluídas. E isto apesar do insistente apelo da modernidade à racionalidade.

Neste perspectiva, H. Machado, I. Fonseca e P. Costa (1996, 71) consideram que “Para os médicos, o conhecimento do que se passa nas células e nos tecidos é de todo indispensável mas não bastará, porém, em muitos casos, para compreender a doença e o paciente que está por detrás dela. A doença é mais do que a alteração morfológica e/ou funcional do/s mecanismo/s biológicos em causa. Subentende uma dinâmica estereotipada e ‘ruidosa’, uma entropia de comportamentos que pode coexistir com a lesão dos tecidos. A maior parte das nosologias

conhecidas assenta na descrição dessas lesões. Além de nem sempre nos orientarem, de modo seguro no terreno, proferi-las sem a explicação adequada, pode levar à somatização, devido à carga emocional que muitas delas contém”.

Embora bem mais antiga, a hipótese weberiana do desencanto do mundo (M. Weber, 1964, 1971), no seio das sociedades industrializadas, contém o mesmo significado que se pode traduzir do seguinte modo, no que se refere ao campo da saúde: a multiplicação das capacidades tecnológicas, medicinais, informáticas e farmacêuticas para detectar e tratar a doença parece não ter conseguido criar novos sistemas de sentido para a nossa preocupação em compreender o sentido do bem e do mal (M. Augé, C. Herzlich, 1984). Esta perspectiva, sendo extensiva a vários tipos de sociedade, revela quanto o universo simbólico está ligado à materialidade dos fenómenos corporais, quer de ordem biológica, quer de ordem comportamental.

### A REINTERPRETAÇÃO E REVALORIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-UTENTE

Na maior parte das situações, as relações desencadeadas entre o médico e o utente ou não, são de carácter assimétrico e consensual, sobretudo em virtude de um saber especializado do primeiro que não é, de modo algum, partilhado com o segundo, sobre qualquer coisa que lhe é exterior e que, no acto médico, atinge tão somente o outro, em busca de resposta para o seu problema. É sabido que o indivíduo doente, normalmente, procura tratar-se com eficácia. Ora, nos nossos dias, para o efeito, o encontro com o médico constitui um momento crucial, para lá do tipo de relações que daqui possam decorrer. Claro que, hoje, é sobejamente conhecido que o tipo de comunicação e de confiança que se estabelece entre estes diferentes actores sociais, assim como o próprio conhecimento da realidade familiar e social do doente podem influenciar todo o processo de tratamento.

Tal preocupação parece estar bem presente no caso das “(...) designadas medicinas ‘doces’ que em princípio têm em conta o que se passa entre o doente e o médico e esforçam-se por relacionar o mal com o sujeito” (D. Le Breton, 1990, 192). Na perspectiva deste autor, este facto assume ainda maior importância no caso das medicinas populares mais fundamentadas num saber-fazer de aprendizagem existencial com o outro do que no saber científico. Assim, a medicina propriamente dita, embora sem a desvalorizar totalmente, parece dar muito menos importância à dimensão simbólica atribuída pelas pessoas à saúde e à doença que outro tipo de medicinas, ditas populares ou paralelas. Isto não significa, contudo, que a confiança e a comunicação médico-doente não assumam uma importância fulcral na eficácia das terapias médicas prescritas. Porém, ela é de outra ordem,

mais fundamentada na posição social, cultural e técnica do médico e, em consequência, dos cuidados que ele possa prestar (G. Carapinheiro, 1993).

Segundo T. Parsons (1955), o primeiro sociólogo que estudou sistematicamente a relação médico-doente, o médico, no seu papel moderno, não é mais um sábio, mesmo que haja uma tradição popular (folclore) que vai neste sentido, mas um especialista cuja superioridade é limitada ao domínio particular da sua formação técnica e da sua experiência. Ao invés, é a incapacidade do utente, em busca de resposta para o seu problema, que o faz recorrer ao médico-técnico, pois que aquele desconhece a natureza do mal que o atinge e os cuidados a tomar ou tratamento a seguir. Desta maneira, o doente fica mais exposto à dependência do médico e este, por sua vez, mais responsabilizado pelo bem estar daquele (ibidem).

Na verdade, os utentes, ao confiarem-se ao médico, confrontam-no com as suas expectativas e esperam encontrar nele a resposta para os seus problemas de preservação da saúde ou de combate à doença, ainda que depois, na vida quotidiana, aquele venha a ser secundado por outros actores sociais importantes, designadamente os próprios doentes, a família e até o suporte social de que possam beneficiar. Aliás, mesmo o encontro médico-doente não põe, apenas, em presença o binómio desta relação mas, simultaneamente, a do meio social que envolve a sua pertença social, a sua profissão, o seu estatuto e a sua pertença familiar. “As suas relações são as de grupos diferentes em função das suas competências, orientações, prestígios e poder; elas estão, assim, inscritas nas relações estruturais da sociedade global” (P. Adam e C. Herzlich, 1994, 75). Interessa deixar claro, a este propósito, que, nesta relação médico-doente, intervém toda a dinâmica de amplitude eminentemente social, relativa a dois valores centrais das sociedades hodiernas: a saúde e a ciência, e a construção de sistemas classificatórios através dos quais as respectivas diferenças e as hierarquias são correntemente percebidas.

Sabe-se, por outro lado, que a relação médico-doente é cada vez mais mediatizada pela instrumentalização tecnológica: peso, medida da altura, da tensão arterial e da temperatura, análises laboratoriais, penetração no corpo com a ajuda de variados instrumentos e assim por diante. “Mais do que ao médico é ao seu instrumento que se dirigem uma parte da procura de consultas; de modo idêntico é preciso passar pelo médico para ter acesso a certos medicamentos, para obter certas análises, ou verificações do fundo do olho, do ouvido, etc. O instrumento torna-se numa das diferenças pragmáticas, mas primordial entre o profano que não lhe pode ter acesso e o profissional que dispõe largamente desses instrumentos (G. Cresson, 1995, 20-21).

Na óptica de T. Parsons, é a competência técnica que, na nossa cultura, imprimindo a supremacia do médico, caracteriza a relação médico-doente. Claro que esta relação contém, também, alguma parte de magia manifestada tanto por

parte do utente como do médico. Senão vejamos. No que se refere ao doente, ainda que tenha consciência da qualidade tecnológica e científica da profissão médica, este acto poderá também conter alguma parte de fascinação, na medida em que possa estar embuído numa crença absoluta na sua eficácia, sabendo embora que, na realidade, as coisas podem ser bem mais complexas. Da parte dos médicos, essa magia pode verificar-se, por exemplo, na prescrição de uma medicalização cujos efeitos podem não estar totalmente comprovados para o caso com que é confrontado e que pode não se inscrever nas categorias nosográficas estabelecidas.

Outro tipo de comportamentos remetidos para o domínio da magia, por parte dos utentes, ou por aqueles que se preocupam com as medidas preventivas de saúde, por vezes, mesmo com elevados níveis de escolarização, situam-se rigorosamente na linha da articulação das passagens paralelas aos recursos médicos clássicos, às medicinas paralelas ou outras similares (C. Herzlich et J. Pierret, 1984). Trata-se de algo que está muito em voga nos nossos dias. Outro tanto se diga do recurso simultâneo ao religioso e aos saberes tradicionais e familiares transmitidos de geração em geração, sobretudo, através da relação mãe-filha, pois que é à mulher que, no interior da família, mais são confiados os cuidados de saúde dos demais familiares. Tais atitudes, em termos de dependência-autonomia ou de confiança ilimitada no saber médico, podem significar que algo importante está a mudar na relação médico-utente, ao dar-se de novo mais atenção a outras alternativas complementares ou substitutivas e à qualidade da relação que se estabelece entre estes actores sociais.

De resto, entre os objectivos da expansão do modelo do médico de família, aparece também o de proporcionar ao médico um conhecimento mais aturado e aprofundado da situação, a fim de melhor poder intervir, curando ou prevenindo, através do aconselhamento, tendo em conta a real situação familiar em que se encontra. Por seu lado, o utente, travando com o médico seguidor um contacto mais persistente, vai despolotando, em si, um clima de maior confiança e à vontade, que muito poderá contribuir para a qualidade de relação na reciprocidade. Sendo assim, o processo interactivo, que se instaura entre estes actores, suscita, agora, alguma parte de reinterpretação, na medida em que, não fazendo tábua rasa da materialidade dos modelos de relação, anteriormente adoptados – neste quadro fortemente hierarquizado –, faz também apelo à modificação e, por conseguinte, à introdução de novos elementos culturais e simbólicos, mais permeáveis aos valores da modernidade dos nossos dias, como seja a democraticidade das relações.

Ter em devida conta este ponto, para além dos pressupostos pessoais, profissionais, políticos ou outros que lhes possam estar associados, implica inscrevê-lo numa modernização cultural que tem vindo a outorgar uma crescente importância às relações humanas, no âmbito de qualquer organização e interacção so-

cial. Assim sendo, o acto médico, habitualmente caracterizado por relações instrumentais, quiçá, em certos casos e circunstâncias, por um menor interesse pelos sentimentos dos doentes e utentes, parece entrar em contradição com alguns valores da modernidade hodierna e, por isso mesmo, apela à mudança de atitudes. Trata-se também de introduzir na polémica distinção corpo científico-corpo de leigos, e para a questionar, a dimensão social personalizada e a complementaridade de saberes científico-técnico-empíricos, reportada, neste caso, às dinâmicas de re-elaboração dos mecanismos que conduzem à co-responsabilidade entre profissionais de saúde e aqueles que recorrem aos seus serviços e até o meio familiar ou outro relacional.

Decerto que a situação é deveras complexa, logo que se considere o fenómeno da desigualdade social e os efeitos que daí decorrem, sobretudo, para os grupos de condição social modesta, em virtude do fraco capital cultural e social de que dispõem, deveras contrastante com o da classe médica a que se dirigem. Nestas circunstâncias, poderá criar-se alguma dificuldade de relação comunicacional. Porém, numa sociedade em que se tem forjado uma consciência mais aguda dos direitos sociais, e o direito à saúde não é o menos eloquente, os desafios, a este propósito, afiguram-se incontornáveis.

Mas o que, paralelamente, importa também relevar nesta altura é todo o conjunto de aspectos que se prendem com as relações do binómio médico-doente, logo que se trate do caso das doenças crónicas. Estas, instalando-se na duração, excluem a ruptura com os esquemas sequenciais: saúde-doença-cura-recuperação da saúde (G. Cresson, 1995). Neste caso, trata-se de aprender a gerir a cronicidade e não a procurar um bom diagnóstico e um tratamento eficaz. Logo, o doente, individualmente ou em família, tem toda a probabilidade de adquirir conhecimentos úteis e um saber-fazer que lhe permitem uma melhor gestão dos saberes médicos, familiares e tradicionais que a sua própria situação lhe vai proporcionando.

Interessa deixar claro, a este respeito, que as práticas alimentares – apesar das grandes transformações que se têm verificado nos últimos tempos, quer em termos de qualidade e confecção, quer de espaço, na medida em que se recorre cada vez mais aos espaços de refeição colectiva, designadamente, restaurantes e cantinas – estão ainda, em grande parte, aliadas às práticas alimentares familiares. Outro tanto se diga da influência dos modos de vida (J. Salvador, 1991; M. Drulhe, 1996). Ora, é sabido que este conjunto de elementos é fundamental, quando se trata da gestão das doenças crónicas.

Não obstante, a intervenção da medicina nas sociedades hodiernas ocidentais têm-se intensificado. Por um lado, através da intensidade da medicalização, do recurso aos exames laboratoriais ou outros similares e da oferta e variedade de uma vasta gama de serviços da parte dos profissionais de saúde e, por outro, de uma crescente procura da parte dos indivíduos doentes ou outras pessoas mais

atentas às medidas de saúde preventiva, através de acompanhamentos médicos regulares. A medicalização da vida e da sociedade, sendo um fenómeno recente e tendo sido conseguido graças às transformações económicas, científicas, culturais e sociais e à sua divulgação, designadamente, ao nível do desenvolvimento do Estado- Providência, tem tornado os serviços médicos mais acessíveis aos grupos sociais de condição social modesta. Tudo isto se tem traduzido num processo de civilização, na medida em que a medicalização e o recurso mais frequente ao corpo de profissionais de saúde se inscrevem numa trajectória de aculturação dos utentes às práticas e saberes médicos.

Todavia, na opinião de G. Cresson (1995), este fenómeno pode ser entendido, quer como uma medicalização, na medida em que há um recurso, cada vez maior, às tecnologias medicinais, quer como uma desmedicalização, tendo em conta que certas medidas dos profissionais assumem pouco impacto. “O *self-help* e os tratamentos confiados aos pacientes são disso exemplos pertinentes” (ibidem, 24). Isto não invalida, mesmo assim, que os contactos entre os utentes e os médicos aumentando, por vezes até, em virtude do próprio receituário ou fora do quadro de doença, contribua para uma certa aculturação destes actores às informações e prescrições médicas. De resto, as consultas médicas, para além da operacionalidade técnica e simbólica de que se possam revestir, através do aconselhamento, quicá das imposições, constituem, também, um importante meio de formação, em ordem aos comportamentos correlacionados com a saúde e a doença, a percepção e o saber-fazer acerca delas.

Trata-se de um fenómeno que tende, hoje, a generalizar-se nas sociedades ocidentais, embora de maneira desigual e sentido como tal pelas respectivas populações. Por exemplo, os resultados de um estudo, feito à escala dos 12 países da então Comunidade Europeia, em Março e Abril de 1987, no âmbito do programa “Europa contra o cancro”, vieram revelar diferenças significativas entre os diversos países. Assim, perante as respostas obtidas à questão: “No conjunto como descreve o seu estado de saúde neste momento: muito bom, bom, aceitável, mau, muito mau?”, são os dinamarqueses e os irlandeses que atingem os índices mais elevados, quanto a um estado de saúde muito bom: 49% e 39% respectivamente e, inversamente, 4% para os portugueses (G. Tchobroutsky, O. Wong, 1995, 21-22).

Tendo, por outro lado, em atenção as observações acima apresentadas, a propósito da pertença social dos indivíduos em situação de recurso à intervenção médica ou da interiorização de uma certa ética em torno da saúde e da doença, parece razoável concluir-se que a diversidade das situações sociais influencia, diferentemente, as atitudes e os comportamentos acerca da relação com o corpo, das representações sobre a saúde e a doença (C. Herzlich, 1996), os cuidados a tomar para preservar uma e prevenir a outra e as relações médico-utente. Por

exemplo, os grupos sociais mais escolarizados têm todas as probabilidades de estarem mais familiarizados com certos conhecimentos médicos e expressão linguística, a respeito do que engloba as questões da saúde e da doença. Por isso, quando se dirigem ao médico usufruem de um outro capital social de relação que outros não possuem. De modo idêntico, são, normalmente, também aqueles que se mostram mais aptos a seguir medidas preventivas de saúde. Além disso, as medidas de prevenção médica aproximam-se mais do seu *ethos* de pertença social, o que não é, sempre, o caso dos grupos sociais de condição modesta. Ora, este conjunto de factores contribui largamente para influenciar a relação entre médico-utente e os respectivos comportamentos individuais, familiares e grupais que daí decorrem.

### A SAÚDE - UMA QUESTÃO E UM VALOR PARA A FAMÍLIA, A SOCIEDADE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A primeira grande questão, e que é, aliás, cada vez mais conhecida por grande parte dos profissionais de saúde e do grande público em geral, pode exprimir-se nos seguintes termos: a saúde e a doença não se inscrevem apenas numa relação entre médicos ou outros profissionais de saúde e os doentes ou apenas clientes, mas inscrevem-se, igualmente, num contexto social e familiar, tal como já o referimos.

Quanto ao primeiro, estudos, de cariz sociológico, levados a cabo por vários investigadores nesta matéria (L. F. Berkman, 1984; L. Bozzini, M. Renaud, 1987), têm revelado que não só a influência do contexto social onde as pessoas vivem, mas igualmente o suporte social de que dispõem exercem um papel fundamental sobre o estado de saúde dos indivíduos e, na sua ausência, inversamente, sobre o estado de morbilidade (P. Adam, C. Herzlich; G. Cresson, 1995). Esta situação faz-se sentir, sobretudo, em casos de *stress* ou outras doenças do foro psicológico ou neurológico, não deixando, contudo, de se fazer também reflectir noutro tipo de doenças, como, por exemplo, as de ordem cardíaca. Deste modo, as pessoas e os grupos com elevados níveis de integração social e de intensos suportes de apoio social, afectivo, cognitivo, material e normativo, revelam-se mais capazes de escapar a este tipo de patologias e vencer melhor a doença quando ela sobrevem.

Ora, as capacidades para a criação de um suporte social sólido prendem-se, por um lado, com as características do próprio indivíduo para o efeito e, por outro, com as condições sociais e culturais em que o mesmo cresceu e se desenvolveu. Por conseguinte, não só a qualidade do profano intervém de maneira directa sobre a saúde, como também a própria situação familiar, uma vez que é, sobretudo, a partir desta que se constroem os vários suportes sociais.

Olhando a realidade que nos rodeia, poder-se-á dizer outro tanto para as questões da saúde e da doença, embora o papel dos amigos, de uma pertença religiosa ou de cariz associativo ou similar possam ser relevantes, a este propósito. Sabe-se, por exemplo, que um bom suporte social de apoio ou relacional (Le Desert, 1985) – que nem sempre se confunde com as redes de relações sociais – exerce uma influência decisiva, em situações relacionadas com o fórum psiquiátrico, nas patologias relativas aos processos de suicídio ou outras. Embora os estudos de índole sociológica não abundem, em Portugal, no atinente à relação entre a família, o suporte social, a saúde ou, ao invés, a morbilidade, tal não impede, contudo, que, de forma empírica, se possa constatar semelhante realidade.

Em boa verdade, verifica-se, logo que alguém necessite de cuidados que prolongam ou secundarizam o acto médico ou hospitalar, que é, em primeiro lugar, à família que se faz apelo para desempenhar esta tarefa. Além disso, é através da relação que se estabelece entre o médico e a família, designadamente com a mulher (esposa, mãe, avó ou filha), que mais directamente se estabelece este triângulo de mediação: médico-doente-família. Sendo assim, o acto médico, pontuando o percurso de doença e, por conseguinte, a recuperação da saúde, não dispensa a participação activa de outros actores que, sendo leigos em matéria médica, nem por isso deixam de desempenhar um papel de acompanhamento e de intervenção raramente substituível.

A ilustração deste último ponto pode fazer-se recorrendo a dois aspectos da actualidade. Um diz respeito às políticas de saúde implementadas, ultimamente, em Portugal e o outro à revalorização da família, ao longo dos últimos decénios. Quanto ao primeiro, é sabido que, por razões económicas, que se prendem com os *déficits* do Ministério da Saúde, se tende a reduzir, ao máximo, o período de hospitalização. Em tal situação, procura-se devolver, rapidamente, o doente à família e “à comunidade”, sendo esta formada pelo conjunto dos actores familiares e informais que se devem ocupar do doente. É o caso da “Community Care” de que falam A. Walker, (1982, 1985), G. Parker, (1985) e J. Lewis, B. Meredith, (1988), entre outros. Ora, numa época em que, na generalidade dos casos, todos os elementos da família estão dispersos durante o dia: uns no emprego e outros na escola e em que as empregadas domésticas e os meios para lhes pagar não abundam para muitas famílias, a questão da articulação deste conjunto de esferas revela-se complexa, sobretudo para a mulher, a quem, tendencialmente, são atribuídas estas tarefas.

Mas estará a sociedade, no seu todo, apta a repensar esta problemática que, entre outros aspectos, questiona a organização e divisão sexual do trabalho na família e no emprego, a rigidez e a flexibilização dos horários de trabalho, as identidades masculina e feminina, os horários de trabalho, as regalias sociais relacionadas com o Estado Providência, as baixas para alguns para se ocuparem dos

familiares, em caso de doença mais ou menos prolongada, a reorganização das formas de solidariedade social e as relações entre as instituições e profissionais de saúde e a família, situada socialmente, logo que a doença sobrevém e exige maior mobilização e disponibilidade familiar?

Por outro lado, e isto refere-se ao segundo aspecto, precisamente em virtude do aumento do desemprego que atira muitas pessoas e famílias para a pobreza e possivelmente para a exclusão social, da designada crise do Estado-Providência e dum certo enfraquecimento dos laços sociais em sentido mais lato, a família que havia sido algo de menor valorização, por volta dos anos setenta, chegando até a aparecer a tese da “morte da família” (D. Coper, 1971), ei-la de novo a tornar-se num valor fundamental da modernidade hodierna (L. França, 1993; F. De Singly, 1996; T. Bloss, 1997; M. E. Leandro, M. V. Pato, 1997).

O mesmo raciocínio poderá ser utilizado a propósito do accionamento de um conjunto de medidas que a partir da família influenciam as atitudes e os comportamentos em relação à saúde e à doença. Frise-se, no entanto, que, ao nível do espaço doméstico, onde normalmente se desenvolvem as estratégias e se definem as escolhas em relação a esta ou aquela alternativa relacionada com as medidas sanitárias, definem-se as mulheres e, designadamente, enquanto mães de família, como essenciais a um processo de socialização e uma praxis familiar, a este respeito. Ademais, a família continua a exercer para a mulher um maior impacto na formação da sua identidade que para o homem, cuja influência decorre mais da profissão (F. De Singly, 1996). Significa isto que, correntemente, e apesar de todas as transformações operadas em termos de uma maior igualdade entre os géneros, quer teóricas e jurídicas, quer empíricas, nas várias esferas da vida familiar, profissional, política e económica, à mulher continuam a ser socialmente atribuídas maiores responsabilidades de intervenção e implicitamente exigida mais eficácia junto dos familiares, logo que se trate das questões relacionadas com a saúde e a doença. Outro tanto se diga no atinente às relações que se vão criando entre a família e os profissionais de saúde e os processos de aprendizagem que daí decorrem.

Nesta perspectiva, os homens, sendo por definição profissionais no exterior, ainda que a mulher os acompanhe cada vez mais nesta função, inscrevem-se diferentemente no campo familiar doméstico e na respectiva produção de cuidados sanitários. Quer isto dizer que o acometimento do homem, em matéria de cuidados de saúde, tanto preventivos, como curativos – de resto produto de um longo processo histórico de socialização, pesem embora as significativas modificações e as excepções que se têm produzido recentemente – se condiciona e diferencia familiar e socialmente. Refira-se que, para além desta distinção de investimento que decorre da condição de género, há algo que constitui o homem num actor social interveniente, que é precisamente o seu lugar numa família que se deve preo-

cupar e zelar pelo bom estado de saúde de todos os seus elementos. Mas, na prática constata-se que lhe cabe mais um papel de acompanhante do que executante desta ou daquela tarefa, sobretudo quando esta exige cuidados aturados.

Uma cuidada análise desta situação põe a claro uma grande ironia da sociedade, de ontem e de hoje, pesem embora as significativas mudanças que se têm operado, a este propósito, que faz com que, no que toca à valorização profissional e social, tal o caso do médico, aliás como poderia ser o do cozinheiro ou do costureiro, o prestígio age em favor do homem, ao passo que no que toca à prestação quotidiana de serviços, correlacionados com estes aspectos exercidos no reduto e silêncio do espaço doméstico, eles continuam a ser preferencialmente atribuídos às mulheres ainda que, também, trabalhadoras no exterior como os homens. O caso da relação com os dois extremos do percurso de vida, a infância e a velhice, ilustram bem esta situação. Assim, se no primeiro caso, de maneira geral, é em primeiro lugar a mãe que detecta, por “motu próprio” ou por informação dos próprios filhos, a situação de saúde em que se encontram e que toma as primeiras iniciativas para debelar a situação, no segundo, é, ainda à mulher filha ou nora que é solicitada a sua intervenção. Porém, em termos profissionais, as profissões médicas ou correlativas eram apanágio dos homens. Em contrapartida, a esfera dos serviços, muito mais ligada à enfermagem, era atributo das mulheres, embora neste âmbito também se registem mudanças significativas.

Recuando um pouco no tempo, embora com significações e objectivos distintos, podemos encontrar algumas analogias entre duas temporalidades. Assim, ao ser criada em França, em 1778, a *Société Royale de Médecine*, institucionalizando uma política de saúde baseada na preocupação com a saúde das populações, com o objectivo de combater o flagelo das doenças que grassavam na época, rapidamente se fez apelo à participação da família na resolução desta questão, através da mulher esposa e mãe. J. Donzelot (1977, 22) diz que, durante “o século XVIII, os tratados médicos expõem simultaneamente uma doutrina médica e conselhos educativos. No século XIX, os textos médicos dirigidos às famílias mudam de tom e limitam-se a dar conselhos imperativos”. Isto não obsta a que surgissem problemas de vária ordem, uma vez que o saber médico da época era frequentemente confrontado com o dos charlatões, o que foi, paulatinamente, combatido, graças à implementação do médico de família.

Compreender-se-á, na sequência de tais políticas de saúde, o que, em 1876, escreveu o higienista Fonssagrives no Dicionário de Saúde. Declarando-se determinado a ensinar às mulheres a arte de enfermeira doméstica, ambicionava fazer delas as colaboradoras mais directas no combate à doença e preservação da saúde. Considerando, embora, que o papel do médico e o das mães devem permanecer distintos, pensa também que eles se completam ou deviam completar-se, no interesse do doente. Logo, “o médico prescreve e a mãe executa”.

Este último ponto adquire ainda maior relevância nos nossos dias, quando se sabe, por exemplo, que, na família, o papel da mulher não se reduz a uma simples executante das ordens de outrem, neste caso o técnico especializado medicamente, mas ela própria por sua iniciativa participa largamente nos cuidados sanitários. Esta participação é significativamente notória ao nível das práticas alimentares, cujos gostos são forjados, desde tenra idade, no interior da família (M. E. Leandro, 1987), dos cuidados prestados à infância e aos doentes, a quem ela deve prestar serviços particulares e acompanhá-los, logo que necessário, às consultas ou outros serviços de ordem médica e medicamentosa, da maneira como se forjam os modos de vida e de relação com o meio envolvente, das concepções como interioriza e aplica os saberes especializados transmitidos pelos profissionais de saúde e os tradicionais, em relação a certas patologias, ou na resolução de um problema de saúde e assim por diante. Em suma, a divisão sexuada do trabalho doméstico, tanto ontem como hoje, faz da mulher um actor primário de promoção da saúde, no interior da família.

Para compreender melhor o papel deste actor social e familiar, nestes domínios e também no educativo, vale a pena lembrar que, apesar de continuar a verificar-se uma divisão sexual do trabalho no interior do espaço doméstico, também o homem, embora de modo diferente, é cada vez mais solicitado a participar destas tarefas, em muitas circunstâncias, até em consequência da nova situação que se tem criado ao longo das últimas décadas, com a profissionalização maciça das mulheres. Daí que o funcionamento da família, no seu todo, não seja alheio à promoção, à conservação ou à recuperação da saúde. Na opinião de A. Pitrou (1984), a influência da família sobre a saúde é diversificada. De qualquer modo, é aqui que se formam as atitudes e se elaboram os hábitos que se relacionam com a saúde, o equilíbrio físico e mental. De facto, “o quadro de vida familiar determina a higiene da vida. O ritmo de vida e o modo de vida familiar forjam pouco a pouco o indivíduo. Todos os domínios da vida são atingidos (a alimentação, a poluição, o alojamento, as condições de emprego dos pais, etc); eles são, ao mesmo tempo, objectos possíveis de uma intervenção dirigista do Estado, dos serviços públicos (inclusive médicos) e de uma reivindicação de iniciativa por parte das famílias” (G. Cresson, 1995, 41-42).

Em boa verdade, a partir da realidade familiar, conjungam-se duas mudanças de grande envergadura, operadas neste século, acerca da saúde e a mudança de atitudes com ela correlacionadas. Sobre o plano dos factores etiológicos da doença, passa-se do acentuado realce das condições materiais de vida para o dos modos de vida, ao passo que, no atinente à intervenção, após se ter insistido longamente na relação entre condição social e estado de saúde, deixando os indivíduos sem qualquer capacidade de intervenção neste processo, passa-se, ultimamente, à responsabilização individual, enquanto cidadão integrado num todo mais vasto.

Deste conjunto de elementos e reflexões, haverá ainda lugar para dizer que, a este nível de intervenção, apesar dos apelos à responsabilização individual (L. Dumont, 1983), N. Elias, 1987), não é alheia a pertença social. Com efeito, denota-se, e os trabalhos produzidos sobre esta problemática confirmam-no (G. Cresson, 1995), que, independentemente da distinção das interferências que decorrem das condições de género, são as famílias com índices mais elevados de escolarização e melhor condição social que exercem um papel mais interventivo em matéria de saúde, quer através das práticas da vida quotidiana, designadamente ao nível da alimentação, da higiene, da conciliação entre horários de trabalho e das relações familiares e sociais, quer recorrendo mais assiduamente aos serviços médicos e seguindo com mais persistência as orientações dos profissionais de saúde ou das campanhas de índole nacional, a este propósito.

Uma breve referência às desigualdades sociais, perante o exercício do direito à saúde, valor moderno universalmente consagrado na generalidade dos países ocidentais, a esperança de vida e, por conseguinte, a morbilidade e a mortalidade, as condições de trabalho, o desgaste que o mesmo provoca, segundo a qualidade da profissão e as condições de vida, as atitudes e os comportamentos adoptados permitem constatar que, na maioria dos casos, a condição social e os modos de vida que lhes são tributários influenciam grandemente a posição dos indivíduos e das famílias, não só perante a saúde e a doença e o modo como podem intervir a este propósito, mas também a própria morte.

Não obstante, numa sociedade que, racionalmente, tem investido *hic et nunc* na glorificação de uma vida sadia, elevada à dignidade de valor supremo – de resto como diz Protágoras “o homem é a medida de todas as coisas” – não se faz menos apelo à auto-responsabilização individual numa nova concepção de saúde transformada, também, em valor de solidariedade colectiva. Por exemplo, o apelo aos comportamentos em relação às doenças infectacontagiosas, cujo protótipo é, actualmente, o caso da sida não é o menos eloquente neste sentido. Ora, de maneira geral, tais atitudes e comportamentos, requerem o que correntemente se designa de projecto de educação para a saúde. Assim sendo, o que importa relevar, nesta altura, é que este ensejo exige a mobilização e a conjugação de vários mecanismos e actores sociais, implicando mais directamente a corresponsabilidade da família, do corpo de profissionais de saúde, da escola, da sociedade em geral e do indivíduo em si mesmo, enquanto sujeitos-actores no seio deste processo de modernidade.

## BIBLIOGRAFIA

- AIACH, P.; DELANOË, D. (1998) – *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Económica.
- ATTIAS-DONFUT, C. (sous la direction de), (1995) – Les solidarités entre générations, Paris, Nathan (Coll. "Essais & Recherches").
- AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (1984) – (sous la direction de), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des archives contemporaines.
- BALANDIER, G. (1985) – *Le détour. Pouvoir et modernité*, Paris, Fayard.
- BALANDIER, G. (1985) – *Le dédale. Pour en finir avec le XXe siècle*, Paris, Fayard.
- BARBOSA, A. (1987) – "Educação para a saúde. determinação individual ou social?", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 169-182.
- BERGER-FORESTIER, C. (1995) – "Éléments pour une approche théorique du lien social", in KELLERMAN L. SOLINIS G. (sous la direction de), *Sujet-acteur et sociétés en transformations*, Actes du Colloque de l'ARCI organisé en collaboration avec le Département de Sociologie de l'Université de Perpignan, Perpignan, Presses Universitaires de Perpignan (Coll. "Études"), pp. 221-226.
- BERKMAN, L. F. (1984) – "Assessing the physical effects and social networks and social support", *Annual Review of Public Health*, Vol. V, pp. 413-432.
- BLOSS T., (1997) – *Les liens de famille. Sociologie des rapports entre générations*, Paris, PUF (Col. "Le sociologue").
- BOZZINI, L. et alii (1989) – *Médecine et société: les années 80*, Québec, De. Ccop. Albert Saint-Martin.
- BRETON, D. (1990) – *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF (Coll. "Sociologie d'aujourd'hui").
- CARAPINHEIRO, G., (1993) – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Ed. Afrontamento.
- CERTEAU, M.; DOMENACH, J.-M. (1974) – *Le christianisme éclaté*, Paris, Seuil.
- COOPER, D. (1971) – *La mort de la famille*, Paris, Seuil (Coll. "Essais").
- CORBIN, A. (1982) – *Le miasme et la jonquille*, Paris, Aubier Montaigne (Coll. "Historique").
- CRESSON, G. (1995) – *Le travail domestique de santé*, Paris, L'HARMATTAN.
- DE CERTEAU, M. (1990) – *L'invention du quotidien. I. Arts de faire*, Paris, Gallimard (Coll. "Essais").
- DE SINGLY, F. (1996) – *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Nathan (Coll. "Essais & Recherches"9).
- DESCARTES, R. (1953) – *Discours de la méthode*, Paris, Galimard, La Pléiade.
- DONZELOT, J. (1977) – *La police des familles*, Paris, Ed. de Minuit.
- DRULHE, M. (1996) – *Santé et société. Le façonnement societal de la santé*, Paris, PUF (Coll. "Sociologie d'aujourd'hui").
- DUMONT, L. (1983) – *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*, Paris, Seuil.
- DURKHEIM, E. (1985) – *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF (Coll. "Quadrige").
- ELIAS, N. (1987) – *La société des individus*, Paris, Fayard.
- EQUIPE DE RECHERCHE CMVV (1993) – *Valeurs et changements sociaux*, Paris, L'HARMATTAN (Coll. "Logiques Sociales").

- FARRUGIA, F. (1993) – *La crise du lien social. Essai de sociologie critique*, Paris, L'HARMATTAN (Coll. "Logiques sociales").
- FOUCAULT, M. (1963) – *La naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF.
- FRANÇA, L. (1993) – *Portugal. Valores europeus. Identidade cultural*, Lisboa, IED.
- GAUCHET, M. (1985) – *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris, Gallimard (Coll. "nrf").
- GIDDENS, A. (1992) – *As consequências da modernidade*, Oeiras, Celta.
- HERVIEU-LÉGER, D. (1985) – "Sécularisation et modernité religieuse", *Esprit*, oct.
- HERVIEU-LÉGER, D. avec la collaboration de CHAMPION, F. (1985) – *Vers un nouveau christianisme*, Paris, CERF.
- HERVIEU-LÉGER, D. (1999) – *Le pèlerin et le converti*, Paris, Flammarion.
- HERZLICH, C. (1970) – *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton.
- HERZLICH, C.; PIERRET, J. (1984) – *Malades d'hier et malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- HERZLICH, C. (1996) – *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, EHESS.
- ISAMBERT, F. (1982) – *Le sens du sacré. Fêtes et religions populaires*, Paris, Ed. de Minuit.
- ISAMBERT, F.; TERRENOIRE, G. (1982) – *Éthique des sciences de la vie et de la santé*, Paris, La Documentation Française.
- ISAMBERT, F. (1992) – *De la religion à l'éthique*, Paris, CERF (Coll. "Sciences humaines et religion").
- LAMBERT, Y. (1985) – *Dieu change en Bretagne*, Paris, CERF.
- LAPLANTINE, F. (1986) – *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
- LAWRENCE, R. (1998) – "Habitat, écologie, santé et bien-être", in SEGAUD M., BONVALET C., BRUN J., *Logement et habitat. État des savoirs*, Paris, Éditions La Découverte (Coll. "Textes à l'appui"), pp. 382-388.
- LEANDRO, M. E. (1987) – "Alimentação e relações interculturais dos emigrantes portugueses na região parisiense", *Cadernos do Noroeste*, Vol. I, nº 1, pp. 31-40.
- LEANDRO, M. E. (1995) – "Essai de définition du lien social. Le cas des minorités ethniques", in KELLERMAN L. SOLINIS G. (sous la direction de), *Sujet-acteur et sociétés en transformations*, Actes du Colloque de l'ARCI organisé en collaboration avec le Département de Sociologie de l'Université de Perpignan, Perpignan, Presses Universitaires de Perpignan (Coll. "Études"), pp. 213-220.
- LEANDRO, M. E.; VAZ PATO, M. (1997) – *Cadernos Sinodais III. Análise aos inquéritos sinodais e aos recenseamentos da prática dominical na Arquidiocese de Braga*, Braga, Secretariado Geral do Sínodo.
- LEBRUN, F. (1995) – *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*, Paris, Seuil (Coll. "Histoire").
- LE DISERT, D. (1985) – *La maladie: la part du social*, Paris, Éditions du CDSH.
- LEWIS, J.; MEREDITH, B. (1988) – *Daughters Who Care*, Londres, New York, Guilford Press.
- LYOTARD, F. (1979) – *La condition postmoderne*, Paris, Ed. de Minuit.
- MACHADO, H.; FONSECA, I.; COSTA, P. (1996) – "O corpo do delito", *Revista Portuguesa de Psicanálise*, nº 15, pp. 65-73.
- MACHADO, H. (1996) – *A ficha plural. Registo médico personalizado*, Porto, Departamento de Clínica Geral do Hospital Geral de Santo António.
- NOSSA, P. (1996) – *Abordagem geográfica da relação saúde/doença. O caso da sida*,

Dissertação de Mestrado em Geografia Humana, Universidade de Coimbra.

- NUNES, J. (1987) – “Sobre a medicina e as artes de curar”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23.
- PARSONS, T. (1955) – *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon.
- PAVAGEAU, J.; GILBERT, Y.; PEDRAZZINI, Y. (sous la direction de) (1997) – *Le lien social et l'inachèvement de la modernité. Expériences de l'Amérique et de l'Europe*, Paris, L'HARMATTAN/ARCI (Coll. “Changement”).
- PEDRAZZINI, Y.; SANCHEZ, M. (1989) – *Cultura de urgencia: ultimas aventuras de lo urbano*, Caracas, Epoca.
- PHILIPPE, A.; HERZLICH, C. (1993) – *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.
- RENAUD, M. (1987) – “L'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention. 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie”, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 35, nº 1, pp. 3-19.
- SALVADOR, J. (1991) – *Sociologie des genres de vie. Morphologie culturelle et dynamique des positions sociales*, Paris, PUF (Coll. “Le sociologue”).
- SANTOS, B. (1994) – *Pela mão da Alice: o social e o político na pósmodernidade*, Porto, Ed. Afrontamento.
- SANTOS SILVA, A. (1994) – *Tempos cruzados. Um estudo interpretativo da cultura popular*, Porto, Ed. Afrontamento (Col. “Biblioteca das ciências do homem”).
- SCHLEGEL, J.-L. (1986) – “Revenir de la sécularisation?”, *Esprit*, nº 113-114, avril-mai, pp. 9-23.
- SFEZ, L., (1997) – *A saúde perfeita. Críticas de uma utopia*, Lisboa, Instituto Piaget.
- TCHOBROUTSKY, G.; WONG, O. (1995) – *La santé*, Paris, PUF (Coll. “Que sais-je?”).
- THOMAS, L.-V. (1979) – *Civilisation et divagations*, Paris, Payot.
- THOMAS, L.-V. (1975) – *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.
- THOMAS, L.-V. (1984) – *Les fantômes au quotidien*, Paris, Méridiens.
- THOMAS, L.-V. (1988) – *L'Anthropologie des obsessions*, Paris, L'HARMATTAN (Coll. “Logiques sociales”).
- THOMAS, L.-V. (1991) – *La mort en question. Traces de mort, mort des traces*, Paris, L'HARMATTAN (Coll. “Nouvelles études anthropologiques”).
- WALKER, A. (1982) – *Community Care: The Family, the State and Social Policy*, Oxford, Blackwell.
- WALKER, A. (1985) – “From Welfare State to Caring Society? The Promise of informal Support Network”, in YODER J. A., *Support Network in a Caring Community*, Dordrecht, Martinus Nijhoff Publishers, pp. 41-58.
- WARDLEJ and STEPTOE, A. (1991) – The European health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom, *Social Science and Medicine*, vol. 33, nº 8.
- WEBER, M. (1964) – *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon.
- WEBER, M. (1971) – *Économie et société*, Paris, Plon.
- WEISMAN, C. (1987) – “Women and their health care providers: a matter of communication/communication between and their health care providers: research findings and unanswered questions”, *Public Health Repots*, Washington, pp. 147-151.
- XIBERRAS, M. (1993) – *Les théories de l'exclusion*, Paris, Meridiens Klincksieck (Coll. “Sociologies au quotidien”).