



**X Congresso Português de Sociologia**  
*Na era da “pós-verdade”? Esfera pública, cidadania e qualidade da democracia no Portugal contemporâneo*  
Covilhã, 10 a 12 de julho de 2018

**Secção/Área temática / Thematic Section/Area:**  
**Sociologia da Saúde**

## **O turismo no contexto das mudanças sociais do campo da saúde** **Tourism in the context of social changes in health field**

**TAVARES, David.** Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL-IPL)/H&TRC - Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia; Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL Instituto Universitário de Lisboa)

### **Resumo**

O turismo de saúde tem sido pouco estudado numa perspetiva sociológica, não obstante se consubstanciar como um fenómeno social crescente em diversos países e as tendências do seu desenvolvimento refletirem alguns dos vetores principais de mudança social do campo da saúde.

A proposta deste artigo é fazer uma abordagem preliminar sobre a relação que se estabelece entre a reconfiguração do turismo de saúde e os processos de mudança social ocorridos nas últimas décadas no domínio da saúde. Tendo por base um projeto de investigação em curso (“Inovação e futuro: Contribuição para o desenho da oferta turística na Área Metropolitana de Lisboa”), com recurso a uma metodologia qualitativa, analisa-se a relação entre o desenvolvimento do turismo de saúde e a evolução das formas de perceber e experienciar a saúde, a doença e o corpo nas sociedades contemporâneas que tem originado o alargamento e reconfiguração destes domínios e suas fronteiras.

Palavras-chave: Turismo de saúde, Mudança social, Campo da saúde, Reconfiguração das fronteiras da saúde

### **Abstract**

Health tourism has been little studied from a sociological perspective, although it has become a growing social phenomenon in several countries and the trends of its development reflect some of the main vectors of social change in health field.

The purpose of this article is to make a preliminary approach about the relationship between the reconfiguration of health tourism and the processes of social change that have occurred in recent decades in health field. Based on an ongoing research project (“Innovation and the future: Contribution to the design of tourism in the Lisbon Metropolitan Area” - FCT / SAICT), using a qualitative methodology to analyse the relationship between the development of health tourism and the evolution of representations and experiences of health, disease and the body in contemporary societies that have originated the extension and the reconfiguration of these domains and their boundaries.

Keywords: Health tourism; Social change; Health field; Reconfiguration of health boundaries

XAPS-29908



O turismo de saúde expressou-se desde o século XVIII através de sanatórios e clínicas (numa fase inicial, na Suíça, Alemanha e Itália) que recebiam doentes oriundos de outros países europeus, teve um grande aumento nas últimas décadas, acompanhando o crescimento exponencial do setor do turismo e simultaneamente foi objeto de uma reconfiguração e alargamento das áreas tradicionais da terapêutica e do “bem-estar” (Gustavo, 2010; Joaquim, 2015; Veselova, 2017). Não obstante se consubstanciar como um fenómeno social crescente em diversos países e o seu desenvolvimento refletir as tendências de mudança social do campo da saúde, o turismo de saúde tem sido pouco estudado numa perspetiva sociológica.

A proposta deste artigo é fazer uma abordagem preliminar sobre a relação que se estabelece entre a reconfiguração do turismo de saúde e os processos de mudança social ocorridos nas últimas décadas no domínio da saúde, questionando o modo como o desenvolvimento do turismo de saúde está relacionado com a evolução das formas de perceber e experienciar a saúde e a doença nas sociedades contemporâneas; os processos de globalização que refletem dinâmicas, relações, sistemas de interdependência e posicionamento desigual entre os países no espaço global; o alargamento do domínio da saúde e da doença a outras dimensões da vida social contemporânea; a reconfiguração das fronteiras da saúde e da doença, incorporando áreas distantes do universo da patologia; o aumento da procura das medicinas complementares e alternativas; o crescente pluralismo médico e o conseqüente pluralismo dos utilizadores; o enquadramento simbólico e ideológico da prevenção e gestão da saúde nos “estilos de vida saudáveis”; as formas de relacionamento com o corpo expressas em ideologias e investimento no corpo, mobilizado como referência identitária e projeto; a indústria da corporalidade enquanto reflexo da “hipercorporização do social” expressa no aumento da produção e das atividades que têm o corpo como finalidade.

A análise assenta na reflexão efetuada no âmbito de um projeto de investigação<sup>i</sup>, em que se estuda a oferta e as potencialidades turísticas deste território (sobretudo as menos visíveis e as mais inovadoras) em diferentes domínios, incluindo o da saúde, utilizando uma metodologia qualitativa, com recurso a técnicas de investigação documentais (recolha e análise bibliográfica e documental, cuja informação constitui a base do presente artigo) e não documentais (entrevistas de grupos focais, entrevistas semi-diretivas e observação direta). Considerando a fase atual da nossa reflexão, este artigo estabelece uma primeira abordagem, ainda exploratória, do tema, tomando como ponto

de partida os contributos teóricos da sociologia da saúde e da sociologia do turismo relativamente a este objeto de estudo.

A noção de turismo de saúde refere-se a viagens turísticas regionais e internacionais realizadas para fora da área de residência habitual com o propósito de manutenção, melhoria ou restabelecimento do bem-estar físico e mental, abrangendo um campo vasto que se inscreve nas esferas da medicina, saúde e lazer. A abordagem do turismo de saúde compreende duas dimensões distintas, ainda que se possam (em alguns casos) articular-se: o turismo médico e o turismo de saúde e bem-estar. O turismo médico reporta-se às viagens para um destino específico com a motivação principal de procura de serviços e cuidados médicos, em termos do diagnóstico e, principalmente, da terapêutica; o turismo de saúde e bem-estar reporta-se às viagens cuja motivação principal é a saúde, numa perspetiva mais lata e alargada, relacionada com o bem-estar, obtido através de uma grande panóplia de equipamentos e serviços em que se incluem os *SPA* e *resorts*. Em ambos os casos, a saúde pode não ser o motivo exclusivo da experiência turística, sendo possível observar-se combinações simultâneas entre diferentes procuras e ofertas turísticas de saúde e de outro tipo (cultura, lazer e atividades recreativas, circuitos, gastronomia, etc.) (Gustavo, 2010; Governo de Portugal, 2014; Veselova, 2017; Hoz-Correa, Muñoz-Leiva e Bakucz, 2018; Tavares, 2019).

De facto, as práticas inseridas no universo do turismo de saúde e bem-estar inserem-se num vasto leque de atividades situadas no cruzamento dos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, estilos de vida, lazer e investimento corporal. Os *SPA* (a expressão deriva da designação *Salut Per Acqua*, embora atualmente as atividades aí realizadas se situem muito para além do seu sentido tradicional, associado à água e com génese nas termas), assentes nos princípios do relaxamento e da massagem, constituem um excelente exemplo de oferta turística situada no cruzamento destes domínios (Gustavo, 2010).

Embora se articulem entre si, estas duas dimensões consubstanciam-se como domínios analíticos distintos, com particularidades e especificidades próprias. Assim, o turismo médico situa-se claramente no domínio da intervenção médica enquanto o turismo de saúde e bem-estar se situa num campo fluido que se pode prender com a prevenção da saúde e/ou com o lazer, enquadrado na complexidade, pluralidade, subjetividade e diferenciação da experiência turística contemporânea (Joaquim, 2015). No quadro do turismo de saúde, em termos de problematização teórica e sobretudo de

operacionalização empírica, é necessário distinguir e estabelecer uma fronteira que proceda à delimitação entre os domínios do turismo médico e do turismo de saúde e bem-estar.

O domínio do turismo médico é relativamente bem delimitável por se reportar a uma prática profissional definida em termos formais. No panorama internacional, a procura turística de cuidados médicos abrange um conjunto variado de áreas, incide principalmente nas cirurgias estéticas da mama, face e lipoaspiração; medicina dentária; cardiologia, incluindo cirurgia cardíaca (colocação de *by-pass*, *pacemaker*); ortopedia; gastroenterologia; obstetrícia; transplante de órgãos, células e tecidos; oftalmologia e cirurgia ocular; exames de diagnóstico e *check-ups* (Veselova, 2017; Hoz-Correa, Muñoz-Leiva e Bakucz, 2018; Tavares, 2019).

O turismo médico consubstancia-se como uma atividade crescente em diversos países de diferentes continentes. Em Portugal, de modo diferente do que sucede com o turismo de saúde e bem-estar em que se verifica algum desenvolvimento, a oferta de turismo médico tem uma expressão relativamente reduzida (segundo o Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial formado no âmbito dos ministérios da Economia e da Saúde, de 2014, “ainda não está estruturada enquanto produto nem ancorada numa reputação e reconhecimento internacionais” - Governo de Portugal, 2014: 5), apesar das potencialidades de crescimento futuro, considerando a qualidade relativa dos serviços de saúde, a preços comparativamente baixos no panorama internacional e o crescimento do turismo que se tem verificado nos últimos anos.

Um dos indicadores da fase embrionária que caracteriza o turismo médico em Portugal reside no número reduzido (14) de unidades de saúde acreditadas pela *Joint Comission International*, organismo de referência para o reconhecimento internacional da qualidade dos serviços prestados, com vista ao posicionamento nos mercados internacionais de turismo médico, cinco dessas unidades (todas hospitalares) situam-se na Área Metropolitana de Lisboa, onde decorre o trabalho de investigação que suscita o presente artigo - o Hospital Beatriz Ângelo em Loures, o Hospital de Cascais, o Hospital de Vila Franca de Xira, o Hospital da Luz e o Hospital dos Lusíadas (Fonte: Joint Comission International, 2018).

O crescimento e expansão do turismo médico em diversos países de diferentes continentes constitui um reflexo das tendências observadas nos processos de globalização, aplicadas ao domínio da saúde, simultaneamente trata-se de uma atividade potenciada por esses processos. Por um lado, representa a intensificação dos

fluxos de mobilidade traduzidos nas deslocações internacionais, o maior acesso à informação à escala mundial e a própria mediatização deste fenómeno (turismo médico). As deslocações em massa das pessoas, em que também se insere o turismo (bem como as migrações) constituem-se, aliás, como uma das dimensões mais relevantes dos processos de globalização, perspetivados numa visão alargada, como “interações transnacionais dos sistemas de produção, das transferências financeiras, da disseminação, a uma escala mundial, de informação e imagens através dos meios de comunicação social ou das deslocações em massa de pessoas” (Santos, 2001: 31).

Considerando que “não existe estritamente uma entidade única chamada globalização; existem, em vez disso, globalizações, em rigor este termo só deveria ser usado no plural” (Santos, 2001: 62), pois este é um processo que não vigora de modo homogéneo em todo o planeta, sobressaindo particularidades e especificidades nacionais e locais em que se enquadram as diferentes respostas relativamente ao turismo médico, podendo assumir usos hegemónicos ou contra-hegemónicas do turismo à escala global, manifestando-se, neste segundo caso, através de modos alternativos de prestação de cuidados médicos e de diversas experiências turísticas alternativas, em diferentes âmbitos (gastronómico, ambiental, rural, cultural, literário, espiritual, comunitário, solidário, de voluntariado,...) que se expressam de forma crescente, acompanhando a tendência contemporânea do aumento da pluralidade e multiplicidade dos tipos de turismo (Uriely, 2005; Joaquim, 2015).

O turismo médico também reflete as dinâmicas, as relações, os sistemas de interdependência e o posicionamento desigual entre os países, no espaço global (Santos, 2001; Costa, 2012), tendo-se desenvolvido de forma particularmente significativa em países semiperiféricos, considerando a sua posição no sistema mundial (Índia, Brasil, Malásia, Tailândia, Turquia, México, Costa Rica, Taiwan, Coreia do Sul, Singapura) que oferecem serviços de qualidade a custos relativamente baixos a turistas oriundos de países centrais, como é o caso dos Estados Unidos da América, Alemanha, Japão, França e Áustria (Veselova, 2017; Hoz-Correa, Muñoz-Leiva e Bakucz, 2018; Tavares, 2019).

Quando se procura delinear, em concreto, os domínios do turismo de saúde, se o turismo médico é relativamente bem delimitável, o mesmo não se pode dizer do estabelecimento de fronteiras para circunscrever um campo tão abrangente como o turismo de saúde e bem-estar, através da definição de indicadores que se inserem ou não nesta dimensão. Neste âmbito, uma das principais dificuldades reside na

demarcação entre os domínios da saúde e do lazer que se confundem frequentemente no quadro da oferta turística de “saúde e bem-estar”. Estas dificuldades de delimitação do campo e de operacionalização do conceito de turismo de saúde e bem-estar colocam-se de modo semelhante relativamente ao conceito de saúde, como ilustra o debate sociológico em torno da sua definição, adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 (“saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”).

De facto, se essa definição parece recolher, em abstrato, um consenso alargado, não deixa de ser idealista e confundível com as noções de bem-estar, felicidade e qualidade de vida que são, de facto, distintas da de saúde (Silva, 2004; 2008). Como refere Luísa Ferreira da Silva, “o que essa definição faz é substituir o conceito de saúde pelo de bem-estar” (2008:13), aglutinando as duas componentes que designam o “turismo de saúde e bem-estar”. Do mesmo modo, também não é possível, em processos de investigação e de intervenção social, mobilizar empiricamente o conceito de saúde, tal como é definido pela OMS, através da construção de “indicadores sensíveis na estimação do bem-estar nas suas três dimensões” (Carapineiro, 1986: 11).

O domínio da saúde aponta para um espectro muito alargado que se articula com outras dimensões da vida social contemporânea (hábitos alimentares, higiene, questões ambientais, condições de habitação, infraestruturas públicas, etc.), em que o turismo também se insere. Por um lado, o reforço crescente da tendência para o alargamento do domínio da saúde está relacionado com o processo de medicalização das sociedades contemporâneas (Zola, 1972; Illich, 1976; Conrad e Schneider, 1992) que origina o aumento progressivo do número de situações que passam a ser consideradas doenças e com o alargamento da atividade e dos diagnósticos médicos a um número cada vez maior de áreas que antes eram do domínio exclusivo das práticas sociais quotidianas, em que os “problemas não médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios” (Conrad e Schneider, 1992: 209), como resultado da “crescente intervenção médica na gestão da existência humana, incluindo a intervenção sobre condições corporais e comportamentais tradicionalmente aceites como exteriores ao quadro estrito da patologia e que passam a ser geridas como doenças” (Lopes et al., 2012: 6). O programa da Secção Temática de Sociologia da Saúde do X Congresso Português de Sociologia, de que resulta o presente artigo, inclui comunicações cujo objeto de estudo exemplifica bem este fenómeno, nomeadamente o parto (Mário Santos) e a obesidade (Goreti Nunes e Amélia Augusto); poderiam também

ser dados, entre outros exemplos, a infertilidade ou a hiperatividade e *deficit* de atenção que foram objeto de trabalhos de investigação realizados em Portugal (Augusto, 2006; Sardinha, 2015).

Por outro lado, paradoxalmente, a própria evolução da medicina e o processo de medicalização, ao enfatizarem os fatores sociais e ao orientarem progressivamente a sua ação para os aspetos comportamentais e para os estilos de vida, como estratégias de “promoção da saúde” e prevenção da doença, consagraram a tendência para este domínio deixar de se circunscrever exclusivamente ao universo médico, emergindo as condições para a distinção entre as noções de saúde e de medicina, passando a saúde a reportar-se a um campo mais alargado que não se restringe aos domínios da medicina nem se confunde com a própria medicina (Tavares, 2016, 2017, 2019).

As transformações sociais ocorridas mais recentemente no domínio da saúde ou com efeitos neste domínio resultaram na reconfiguração das fronteiras que delimitam a saúde e a doença. Um exemplo paradigmático desta reconfiguração de fronteiras reside nos consumos terapêuticos orientados para a *performance* e a gestão do desempenho pessoal, uma prática que ultrapassa o domínio exclusivo da saúde e da doença, para se inscrever noutras áreas situadas para além da tradicional linha de fronteira entre a saúde e a doença e de aspetos distantes do campo da patologia, como por exemplo, as culturas corporais, o investimento estético, o desempenho corporal, o desempenho sexual e o combate ao envelhecimento que não se relacionam necessariamente com finalidades terapêuticas (Lopes e Rodrigues, 2015; Tavares, 2016; 2017; Lopes, Pegado e Zóximo, 2017). Na mesma lógica, observa-se uma redefinição de fronteiras entre saúde e lazer nas ofertas turísticas de saúde e bem-estar que, na perspetiva de parte dos utilizadores, podem prender-se com motivações exclusivamente relacionadas com o lazer.

É neste quadro de mudança nas formas de perceber, experienciar e agir perante a saúde e a doença nas sociedades contemporâneas que podem ser enquadradas as reconfigurações do turismo de saúde e bem-estar, caracterizado por uma oferta e procura de serviços muito alargada, podendo incluir áreas muito diversificadas, como por exemplo, a aromaterapia, tratamentos de ayurveda, balneoterapia, tratamentos faciais, banho hidroterapêutico, tratamentos laser, manicure, pedicure, massagens, microdermoabrasão, reflexologia, sauna/banho de vapor, banho escocês, talassoterapia, terapia do silêncio.

Parte da procura e oferta de serviços e produtos de turismo de saúde e bem-estar enquadram-se no universo heterogéneo das designadas (à falta de propostas alternativas



satisfatórias, como refere Elsa Pegado - 2017) medicinas complementares e alternativas “que têm em comum o facto de se constituírem como alternativa à chamada “medicina convencional» (que, no nosso país e na generalidade das sociedades ocidentais, é, em simultâneo, a “medicina oficial”) e de proclamarem a posse de um corpo de saberes mais ou menos sistematizado sobre a saúde e a doença orientador das práticas terapêuticas” (Pegado, 2017: 3). A maior procura e oferta de serviços e produtos de turismo de saúde e bem-estar, no que se refere às medicinas alternativas e complementares, reporta-se precisamente às que têm menor visibilidade, legitimação e reconhecimento social, como são os casos da aromaterapia, ayurveda e reflexologia, embora também integrem as que têm maior visibilidade, reconhecimento e legitimação por parte do Estado, como são os casos da acupuntura ou da homeopatia.

O enquadramento destes serviços no quadro do turismo de saúde e bem-estar reflete o aumento que se tem verificado na sua procura por parte da população de diferentes países europeus ocidentais, como resultado do crescente pluralismo médico (“coexistência na sociedade de diferentes tradições médicas, baseadas em diferentes princípios ou em diferentes perspetivas” - Gabe, Bury e Elston, 2004: 183) que remete para a diversidade de práticas de prestação de cuidados de saúde e do consequente “pluralismo dos utilizadores, ou seja, a combinação, de formas variadas, segundo critérios também variados, da diversidade de recursos terapêuticos disponíveis, situados dentro de diferentes sistemas terapêuticos” (Pegado, 2017: 97).

O turismo de saúde e bem-estar constitui um reflexo da tendência para enquadrar, simbólica e ideologicamente, a prevenção e gestão da saúde nos “estilos de vida saudáveis”. Uma das principais expressões dessa tendência reside nos diversos modos de valorização corporal e de relacionamento com o corpo, inserido na cultura de consumo (Featherstone, 1991), bem como nas ideologias que privilegiam o culto do corpo e formas de investimento no corpo e na produção corporal associadas à indústria da corporalidade, em que se inscreve grande parte da procura e oferta de serviços de turismo de saúde e bem-estar, tanto no plano dos tratamentos estéticos dos mais diversos tipos, como no das práticas de exercício físico, emergindo o corpo como um bem de consumo e de investimento. Neste sentido, a oferta de serviços e produtos turísticos constitui-se como um conjunto de modalidades privilegiadas de intervir nos corpos no sentido da sua modelação e traduz a propensão a cuidar do corpo que se articula com a noção de corpo como “projeto” e como referência identitária. Esta tendência dominante não invalida, contudo, no âmbito do turismo de saúde e bem-estar

e da relação com o corpo, o desenvolvimento de nichos desmercantilizados orientados por representações e ideologias desligadas da cultura de consumo que tendem a privilegiar a valorização espiritual.

A procura e oferta de serviços e produtos de turismo de saúde e bem-estar refletem também o processo que Pierre Guibentif (1991) designa por hipercorporização do social, expresso no aumento da produção que tem o corpo como finalidade e no aumento de atividades relacionadas em primeira linha com o corpo, integrando “uma panóplia de produtos e serviços: os cosméticos, as dietas, os desportos de manutenção ou aperfeiçoamento da forma física, até às cirurgias estéticas” (Lopes, 2000: 77), em contraste com o processo de descorporização do social traduzido no decréscimo da importância do corpo que assume um papel mais passivo, tanto nos processos de produção (terciarização da economia e automatização que reduzem o espaço de intervenção do trabalho físico) como nas atividades quotidianas em que o recurso aos diversos automatismos substitui progressivamente a intervenção do corpo. Trata-se de dois regimes dicotomicamente contraditórios que coexistem nas sociedades contemporâneas, pois “à descorporização que se observaria em certas regiões da sociedade, correspondem, noutras regiões, regimes de forte investimento no corpo” (Guibentif, 1991: 85), subjacentes à hipercorporização do social.

A análise realizada neste artigo constitui uma abordagem preliminar e exploratória sobre o tema, em que se procura relacionar a reconfiguração do turismo de saúde nas sociedades contemporâneas com processos sociais transversais a transformações estruturais que desafiam a análise sociológica relativamente às perceções e experiências de saúde e doença, ao alargamento destes domínios a outras dimensões da vida social contemporânea, à recomposição das fronteiras entre a saúde e a doença, à relação plural com as diferentes terapêuticas, ao enquadramento simbólico e ideológico da prevenção e gestão da saúde nos “estilos de vida saudáveis”, às formas de relacionamento com o corpo, aos processos de globalização.

De facto, o turismo de saúde constitui um campo rico para a análise sociológica a diversos níveis, gerando potencialmente um diálogo profícuo entre as áreas de especialização temática da sociologia da saúde e da sociologia do turismo. A delimitação entre as componentes do turismo médico e do turismo da saúde e bem-estar constitui um reflexo da fluidez das fronteiras do domínio da saúde e das que se estabelecem entre este e outros domínios (por exemplo, o lazer) que se confundem frequentemente no quadro da oferta turística. Por outro lado, é questionável a utilização

da categoria “turismo médico” para reportar uma componente da experiência turística, quando os indivíduos se deslocam para receber tratamento, numa situação vulnerável em termos de saúde que é impeditiva de desfrutar essa experiência. As dificuldades de delimitação do campo do turismo de saúde colocam-se de modo semelhante relativamente ao campo mais vasto da saúde, cujo alargamento crescente altera a sua definição e os seus limites, situados para além da tradicional linha de fronteira entre a saúde e a doença e de aspetos distantes do campo da patologia, traduzidos, por exemplo, nos consumos de performance, nas culturas corporais, investimento estético, desempenho sexual e combate ao envelhecimento.

As tendências de evolução do turismo de saúde refletem processos e transformações sociais que têm sido objeto de análise sociológica em termos mais gerais e da sociologia da saúde em particular. Neste sentido, parece-me particularmente pertinente aprofundar a análise acerca da relação entre o entendimento alargado do conceito de saúde e a dificuldade de delimitação dos campos do turismo de saúde e bem-estar e do turismo de lazer ou do turismo desportivo (na componente da prática desportiva e não, obviamente, dos eventos desportivos), entre a tendência de oferta crescente de serviços médicos em equipamentos associados ao turismo de saúde e bem-estar e o processo de medicalização das sociedades contemporâneas, entre a oferta turística de medicinas complementares e alternativas e o pluralismo médico, entre o crescimento do turismo sénior no domínio da saúde e o envelhecimento da população nos países do hemisfério norte, entre a oferta global de turismo médico e as dinâmicas observadas nos processos de globalização, considerando as assimetrias, contradições, tendências hegemónicas e contra-hegemónicas presentes nesses processos.

## **Notas**

<sup>i</sup> O presente artigo resulta do projeto de investigação “Inovação e Futuro: contributos para o desenho da oferta turística na área metropolitana de Lisboa” (Lisboa-01-0145-FEDER-023368) que decorre na Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril, em parceria com o Instituto Politécnico de Lisboa e o Centro de Investigação e Estudos em Sociologia do ISCTE-IUL Instituto Universitário de Lisboa, sendo financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) - (PTDC/CS-SOC/118073/2010), com fundos do FEDER/União Europeia - Fundos Europeus Estruturais e de Investimento e Portugal 2020.

## **Referências bibliográficas:**

Augusto, Amélia (2006), *Infertilidade e reprodução medicamente assistida: definição de contextos e produção de significados*, in Carapinheiro, Graça (org.), «Sociologia da saúde - Estudos e perspectivas», Coimbra: Pé de Página.

Carapinheiro, Graça (1986), *A saúde no contexto da sociologia*, Sociologia, Problemas e Práticas, 1.

Conrad, Peter e Schneider, Joseph (1992), *Deviance and medicalization*, Philadelphia: Temple Press.

Costa, António Firmino (2012), *Desigualdades sociais contemporâneas*, Lisboa: Mundos Sociais.

Featherstone, Mike (1991), *The body in consumer culture*, in Featherstone, Mike et al. (org.), «The body – social process and cultural theory», London: Sage.

Gabe, Jonathan; Bury, Mike e Elston, Mary Anne (2004), *Key concepts in medical sociology*, London: Sage.

Governo de Portugal (2014), *Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial - Turismo de Saúde*, Lisboa: Governo de Portugal.

Guibentif, Pierre (1991), *Tentativas para uma abordagem sociológica do Corpo*, Sociologia, Problemas e Práticas n.º 9.

Gustavo, Nuno (2010), *Os novos espaços de lazer, turismo e saúde em Portugal - o caso dos SPA*, Coimbra: Universidade de Coimbra (tese de doutoramento).

Hoz-Correa, Andrea; Muñoz-Leiva, Francisco e Bakucz, Márta (2018), *Past themes and future trends in medical tourism research: A co-word analysis*, Tourism Management, 65.

Illich, Ivan (1976), *Medical Nemesis: The expropriation of health*, New York: Pantheon Books.

Joaquim, Graça (2015), *Viajantes, Viagens e Turismo. Narrativas e Autenticidades*, Lisboa: Mundos Sociais.

Lopes, Noémia (2000), *A dimensão social do corpo* in Dias, Maria do Rosário e Amorim, Armanda, «Clínica dentária integrada: Contributos bio-psico-sociais», Monte da Caparica: Edições Egas Moniz.

Lopes, Noémia; Clamote, Telmo; Raposo, Hélder; Pegado, Elsa e Rodrigues, Carla (2012), *O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa*, Saúde & Tecnologia, 8.

Lopes, Noémia e Rodrigues, Carla (2015), *Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança*, Sociologia, Problemas e Práticas, 78.

Lopes, Noémia; Pegado, Elsa e Zózimo, Joana (2017), [\*Aging and memory medication: social rationales and consumption practices\*, \*Sociology of Health & Illness\*, 39 \(7\).](#)

Pegado, Elsa (2017), *O recurso às medicinas complementares e alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas*, Lisboa: ISCTE/IUL - Instituto Universitário de Lisboa (tese de doutoramento).

Santos, Boaventura de Sousa (2001), *Os processos da globalização*, in Santos, Boaventura de Sousa (org.), «Globalização: fatalidade ou utopia?», Porto: Afrontamento.

Sardinha, Ana (2015), *De crianças irrequitadas a crianças hiperativas - o caso da perturbação de hiperatividade e défice de atenção*, in Carapinheiro, Graça e Correia, Tiago (orgs), «Novos temas de saúde, novas questões sociais», Lisboa: Mundos Sociais.

Silva, Luísa Ferreira (2004), *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, cultura e saúde/doença*, Lisboa: Universidade Aberta.

Silva, Luísa Ferreira (2008), *Saber prático de saúde - as lógicas do saudável no quotidiano*, Porto: Afrontamento.

Tavares, David (2016), *Introdução à Sociologia da Saúde*, Coimbra: Almedina.

Tavares, David (2017), *Saúde, multidisciplinaridade e sociedade*, Saúde & Tecnologia, 18.

Tavares, David (2019), *Uma perspetiva sociológica sobre as tendências do turismo de saúde*, in Joaquim, Graça; Tavares, David; Santos, Ezequiel; Trindade, Pedro; Gustavo, Nuno; Moreira, Raquel; Tristão, Rodolfo e Belo, Miguel, «Tourfly. Inovação e futuro: Contributos para o desenho da oferta turística na Área Metropolitana de Lisboa», Estoril: ESHTe - Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril.

Uriely, Natan (2005) *The Tourist Experience. Conceptual Developments*, Annals of Tourism Research, vol.32, 1.

Veselova E.Sh. (2017), *Medical Tourism - Tourism with health benefits*, Problems of Economic Transition, Vol. 59: Issue 6.

Zola, Irving (1972), *Medicine as an institution of social control*, The Sociological Review, Vol.20: Issue 4.