

Noémia Mendes Lopes

Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança

Aviso

O conteúdo deste website está sujeito à legislação francesa sobre a propriedade intelectual e é propriedade exclusiva do editor.

Os trabalhos disponibilizados neste website podem ser consultados e reproduzidos em papel ou suporte digital desde que a sua utilização seja estritamente pessoal ou para fins científicos ou pedagógicos, excluindo-se qualquer exploração comercial. A reprodução deverá mencionar obrigatoriamente o editor, o nome da revista, o autor e a referência do documento.

Qualquer outra forma de reprodução é interdita salvo se autorizada previamente pelo editor, excepto nos casos previstos pela legislação em vigor em França.

revues.org

Revues.org é um portal de revistas das ciências sociais e humanas desenvolvido pelo CLÉO, Centro para a edição eletrónica aberta (CNRS, EHESS, UP, UAPV - França)

Referência eletrónica

Noémia Mendes Lopes, « Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança », *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], 78 | 2007, posto online no dia 01 Outubro 2012, consultado o 30 Janeiro 2013. URL : <http://rccs.revues.org/760>

Editor: Centro de Estudos Sociais

<http://rccs.revues.org>

<http://www.revues.org>

Documento acessível online em: <http://rccs.revues.org/760>

Este documento é o fac-símile da edição em papel.

© CES

NOÉMIA MENDES LOPES

Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança¹

Analisam-se neste texto os saberes e racionalidades leigas em que se inscrevem as práticas de automedicação. O objectivo é demonstrar, após uma breve revisão crítica dos principais marcos teóricos da análise dos saberes leigos frente aos saberes periciais, as actuais formas de apropriação e reconversão leiga do saber pericial e as modalidades de *pericialização* que tais saberes comuns revelam. A discussão sobre as novas formas de dependência leiga em relação à pericialidade, em contraposição com as potencialidades sociológicas que essas formas encerram para o desenvolvimento de novos espaços de autonomia leiga, é desenvolvida através da temática da automedicação e de uma tipologia de modalidades de construção cognitiva leiga constituída por *saberes espontâneos*, *saberes mediados* e *saberes confirmados*. O carácter construído destes saberes, e não meramente mimetizado a partir do contacto com as fontes periciais, deixa em aberto a necessidade de um novo diálogo epistemológico entre as diferentes correntes teóricas que se debruçam sobre a reflexividade das sociedades modernas.

Introdução

Na actual fase da modernidade, estão a emergir novas formas de protagonismo leigo no campo da saúde, as quais, por sua vez, indiciam estar-se perante o desenhar de uma nova matriz sociológica no que respeita aos saberes e racionalidades leigas de gestão terapêutica.

Esta asserção introdutória tem subjacente a perspectiva de que a tradicional dicotomia entre racionalidades leigas e racionalidades periciais – sobre a qual se foram constituindo as interpretações acerca de cada um destes universos – é uma dicotomia que necessita ser questionada à luz dos novos instrumentos de análise que as teorias sociológicas sobre a modernidade e sobre a reflexividade moderna têm suscitado.

No campo da saúde, como naturalmente noutros campos sociais, os sistemas de referência leigos estão a revelar-se, de forma cada vez mais

¹ Este texto é uma versão revista e aprofundada da comunicação com o mesmo título apresentada no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, em Setembro de 2004.

acentuada, como sistemas abertos e permeáveis à assimilação das lógicas e concepções produzidas nos universos periciais.

Inclusivamente, é essa permeabilidade às lógicas periciais que se tem constituído numa das principais instâncias modernas de legitimação e de validação social dos próprios sistemas de acção da pericialidade. No domínio terapêutico, isso é visível, desde logo, na crescente procura e consumo de soluções médicas para um leque cada vez mais vasto de aspectos da vida humana que tradicionalmente eram geridos fora da esfera da intervenção médica.

De facto, seja no campo da saúde, seja em qualquer outro campo social, a expansão da pericialidade no quotidiano não é passível de ser explicada como um mero efeito do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, ou como mera consequência de uma qualquer hegemonia técnico-ideológica. Para além do lastro social de tais factores, não deixa de ser também o produto da própria mediação leiga na difusão social das lógicas da pericialidade, manifesta na generalizada adesão cultural ao consumo das soluções disponibilizadas pelos sistemas periciais.

Se bem que tal adesão cultural seja um dado incontornável da modernidade, não significa, contudo, que se esteja perante um definhamento, ou perante uma simples *satelitização*, dos sistemas de racionalidade específicos dos universos leigos. Isto é, não significa que estes universos estejam a configurar-se como meros destinatários passivos, ou como simples reféns, das formas de racionalidade e de autoridade cognitiva produzidas nas instâncias periciais. Bem pelo contrário, as novas formas de dependência leiga da pericialidade comportam em si mesmas as condições propícias a novas modalidades de autonomia e de protagonismo leigos. Sublinhe-se que tanto a autonomia como o protagonismo sempre foram intrínsecos à lógica de constituição dos saberes e racionalidades leigas. O que actualmente se afigura diferente são as referências mobilizadas na construção desses mesmos saberes e racionalidades.

Um tipo de práticas leigas de saúde cuja análise é particularmente adequada para a sustentação do conjunto de premissas aqui enunciado é o caso da *automedicação*. Trata-se de um domínio de excelência para captar a diversidade das fontes referenciais que enformam os saberes e racionalidades leigas, assim como para entender a contingência e pluralidade contextual das específicas configurações que tais saberes e racionalidades comportam.

Esta incursão analítica tem por base uma investigação, já concluída, no âmbito dos comportamentos de automedicação. O universo empírico incluiu um total de 309 indivíduos, residentes na área metropolitana de Lisboa, equitativamente distribuídos por sexo, situados nas faixas etárias entre os

18 e os 64 anos, e diferenciados em 3 subgrupos: um relativo a participantes sem doenças crónicas, e os dois outros correspondentes a participantes com, respectivamente, diabetes e hipertensão.² A recolha de informação foi realizada, inicialmente, através de um inquérito por questionário à totalidade dos indivíduos e, numa segunda fase, através de entrevistas em profundidade a 50 dos anteriores inquiridos.³

Porém, antes desta incursão analítica, e de forma a deixar explícito o quadro teórico da sua problematização, procede-se primeiramente a uma breve reflexão crítica sobre os modelos de análise que têm marcado a teorização sociológica em matéria de saberes leigos de saúde.

Marcos teóricos na análise dos saberes leigos de saúde: uma revisão crítica

O marco inicial da produção sociológica sobre os saberes leigos de saúde remonta ao princípio da década de 70, e é assinalado pelos primeiros trabalhos de Freidson (1970, 1984), os quais se tornaram obras de referência da sociologia da saúde. Foi justamente este autor que, pela primeira vez, conferiu visibilidade teórica à autonomia dos universos leigos de saúde, no quadro das sociedades modernas. Um dos seus achados conceptuais nesta matéria reside na formulação da noção de *sistema referencial leigo*, constituindo-a numa nova categoria de análise. O propósito analítico e operativo de tal formulação foi demonstrar que a matriz de referência das concepções e percepções leigas de saúde é constituída pelas representações e experiências partilhadas nos contextos socioculturais das vivências quotidianas, e não propriamente nas experiências que decorrem do contacto com os profissionais. A importância primordial deste novo instrumento conceptual é que ele veio romper com as concepções *parsonianas* até então dominantes – isto é, as formulações inspiradas no modelo de Parsons (1966) sobre o *papel passivo* do doente – as quais circunscreviam a estrutura de referência dos universos leigos ao espaço da relação com os profissionais e à subordinação à sua autoridade técnica e social. Ou seja, não havia propriamente o reconhecimento de uma lógica intrínseca aos universos leigos, estes eram

² A inclusão de indivíduos com trajectórias de saúde diferentes (com e sem doenças crónicas) visou assegurar a diversificação da amostra quanto à diferente regularidade dos contactos dos participantes com o sistema médico e, designadamente, com os medicamentos. Os participantes com doença crónica foram contactados em dois estabelecimentos de saúde, respectivamente especializados em cada uma das doenças, e os outros participantes foram contactados no seu local de trabalho numa empresa industrial.

³ Para informação mais detalhada sobre a metodologia da investigação em referência, cf. Lopes (2001, 2003). A investigação decorreu pelo CIES/ISCTE, tendo sido financiada pelo INFARMED (Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento) e pela FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia) – (POCTI/SOC/36479/99).

concebidos tão-somente como os receptáculos passivos das decisões periciais, sendo que qualquer derivação a essa receptividade passiva recaía formalmente no domínio da irracionalidade socialmente desviante.

Foi precisamente em torno da nova concepção teórica instaurada por Freidson, e no restituir de uma identidade própria aos universos leigos, que começou a desenvolver-se toda uma série de outros trabalhos sobre representações e práticas leigas de saúde. O mérito destes últimos foi, sem dúvida, a contribuição que deram para consagrar uma nova inteligibilidade sobre os universos leigos de saúde e sobre as suas racionalidades endógenas. Porém, algumas derivações desta nova abordagem também contribuíram para alimentar – mesmo que à revelia dos seus intuítos analíticos – uma certa aura de exotismo em torno dos universos leigos. Com efeito, o propósito de estabelecer um firme recorte entre universos leigos e universos periciais, e de dar conta da distinta natureza das formas de cognição que organizam cada um destes universos, acabou por circunscrever as formas de conhecimento leigo à categoria de *crenças* ou de sabedorias enraizadas na tradição, sem que o estatuto de *saber* lhes fosse de facto reconhecido. Esta é, aliás, uma visão conceptual que ainda hoje tem seguidores, não só na sociologia, mas também noutros ramos disciplinares das ciências sociais, em que os saberes leigos de saúde continuam a figurar como uma espécie de objectos culturais exóticos, que ora são apresentados como algo a preservar, ora são apresentados como expressão de idiosincrasias e de irracionalidades que entravam os desejados ganhos em saúde.

Num registo algo diferente desenvolveu-se, paralelamente, um outro filão de análise que, ao contrário da perspectiva anterior, se orientou sobretudo para uma leitura relacional sobre os universos periciais e leigos (Navarro, 1976; Hart, 1985). Neste caso, tratou-se de fazer emergir as relações de poder que estruturam as interacções entre universos leigos e periciais. Foi possível, assim, dar conta da relação de subordinação – bem como dos mecanismos que a sustentam – em que se inscrevem as formas de protagonismo leigo no quadro da dominância profissional. Embora este outro enfoque tenha tido o mérito de dar visibilidade à questão do poder – tornando-o numa categoria analítica indispensável para decifrar as formas hierarquizadas de coexistência entre racionalidades e saberes de natureza distinta – fechou, por outro lado, a visibilidade sobre as formas de autonomia leiga que permanecem mesmo num quadro de hegemonia da racionalidade pericial.

O questionar destas formulações conceptuais desponta no final dos anos 80 com as correntes teóricas sobre a modernidade e com os contributos que estas trouxeram para uma nova leitura sobre as relações entre universos leigos e periciais.

No quadro destes novos contributos, são de destacar três categorias teórico-analíticas que se revelaram decisivas para os novos eixos de problematização que, a partir de então, começaram a desenvolver-se sobre as racionalidades e os saberes leigos.

Uma das categorias prende-se com a estrutura conceptual em que se inscreve a noção de *disseminação dos sistemas periciais no quotidiano* (Giddens, 1992; Beck, 1992). É a partir desta que é dada visibilidade ao intensificar das relações entre leigos e peritos, deixando perceber novas formas de proximidade social entre ambos os universos.

Outra das categorias reporta ao conceito de *reflexividade* (Giddens, 1992). Trata-se de um conceito que substancia, e que permite conferir visibilidade, à crescente centralidade que a difusão da informação pericial assume na constituição das práticas sociais.

A outra categoria remete para o questionamento da própria *noção de ciência* enquanto saber homogéneo (Santos, 1989, 2000; Giddens, 1992; Nunes, 2001). Reside neste questionamento a possibilidade de perceber o emergir de novos quadros de incerteza, bem como a relação de ambivalência entre confiança e cepticismo que assinala as relações leigas com a informação pericial.

É em torno deste novo articulado conceptual que os saberes e as racionalidades leigas de saúde começaram, então, a ser objecto de um novo enquadramento. Mas também aqui podem distinguir-se duas correntes teóricas perfiladas em perspectivas com tónicas diferentes.

Uma corrente que aponta no sentido de um acentuar da dependência leiga face à pericialidade – enquanto efeito decorrente do disseminar dos sistemas periciais no quotidiano – e que dá conta de um progressivo esvaziamento da autonomia dos saberes leigos, consequente de uma crescente colonização dos quotidianos leigos pela hegemonia dos saberes periciais (Peterson, 1997; Santos, 2000).⁴

Outra corrente que aponta no sentido de uma crescente autonomização dos universos leigos. A procura de soluções alternativas às soluções periciais, designadamente no campo da saúde, é enunciada como a evidência empírica de novas formas de autonomia. O cepticismo relativamente à ciência, e a crescente reflexividade leiga, constituem a ancoragem para este novo quadro social (Williams e Popay, 1994; Sharma, 1996; Williams e Calnan, 1996).

⁴ A tónica no efeito de “colonização” não exclui outros contributos desta corrente teórica quanto à emergência de novos sinais de emancipação dos saberes leigos. Contudo, é essa tónica que, ao evidenciar a relação de hegemonia que os sistemas periciais estabelecem com os universos leigos, constitui a mais-valia analítica desta corrente para a actual discussão acerca das rupturas e continuidades entre os dois paradigmas de saberes.

Qualquer destas leituras – a da progressiva colonização pericial dos universos leigos, ou a das novas formas de autonomização destes últimos – não deixa de constituir um exercício necessário para dar conta de uma realidade cada vez mais complexa, em que dependência e autonomia deixaram de figurar como pólos opostos, e se revelam como realidades (paradoxalmente) cada vez mais interdependentes. Porém, a limitação de cada uma destas perspectivas é o seu fechamento analítico. Cada uma delas apenas se centra numa das vertentes da dinâmica social que actualmente atravessa as relações entre sistemas periciais e universos leigos.

É aqui, pois, que surge a necessidade de um outro diálogo entre estas diferentes aproximações teóricas. Procura-se seguidamente operacionalizá-lo, num exercício analítico sobre a automedicação e sobre as modalidades de construção dos saberes e racionalidades que subjazem a este domínio de práticas leigas.

Práticas de automedicação e o seu reenquadramento sociológico

A recorrência dos contactos entre os leigos e os sistemas e agentes periciais – que assinala a presente fase da modernidade⁵ – e a forma como estes últimos moldam cada vez mais as vivências do quotidiano revelam-se, de facto, como um processo de crescente colonização pericial dos universos leigos. O modo como actualmente se configuram as práticas de *automedicação*⁶ é, em si, um elucidativo exemplo dessa colonização, ou, recorrendo a uma outra terminologia, da crescente dependência leiga da pericialidade.

Efectivamente, o recurso à automedicação começou a aumentar à medida que o fenómeno da *medicalização* se foi socialmente disseminando, isto é, à medida que as concepções médicas de saúde e doença se foram impregnando no tecido social, em consequência do crescente contacto da população com os agentes periciais da saúde.⁷ Foi por esta via que a familiaridade leiga com os medicamentos aumentou, o que se deve, desde logo, ao facto de estes últimos constituírem o principal meio de gestão terapêutica das opções médicas e, por consequência, à medida que aumentou o consumo de cuidados médicos, aumentou correlativamente a prescrição

⁵ Esta fase da modernidade tem sido designada, consoante as correntes teóricas, por *pós-modernidade*, *modernidade tardia* ou *modernidade reflexiva*

⁶ A noção de *automedicação* é usada neste texto na sua acepção institucionalizada, *i.e.*, o uso de medicamentos sem prévia orientação médica. Sobre a problematização do conteúdo ideológico que essa noção encerra, designadamente quanto à referência normativa e etno-profissional que a enforma, cf. Lopes, 2003: 26-40.

⁷ Para uma identificação mais desenvolvida do conceito de *medicalização* e do fenómeno a que reporta, cf. Crawford, 1980; Williams e Calnan, 1996.

e o consumo de tais recursos terapêuticos. O medicamento deixou assim, progressivamente, de figurar nos imaginários culturais como um “bem esotérico e raro”, para se tornar num “bem exotérico e comum” (Van der Geest e White, 1989). O fenómeno da medicalização desencadeou, desta forma, um outro fenómeno correlato: o da *farmacologização* do quotidiano,⁸ no qual se inscreve o aumento do recurso à automedicação verificado nas últimas décadas.⁹

Por outro lado, a generalidade dos registos disponíveis aponta que a larga maioria das práticas de automedicação recai sobre os distúrbios de saúde cuja gestão, tradicionalmente, era feita com recurso aos saberes domésticos, nos quais se inserem os chamados tratamentos caseiros (Quaeyhaegens, 1996). Nos dados da investigação que constitui o suporte empírico deste texto, isso tornou-se igualmente patente, atendendo a que cerca de 80% dos problemas de saúde que tinham estado na origem do recurso à automedicação se relacionavam com indisposições gerais, tais como dores de cabeça, gripes, problemas digestivos, etc. (Lopes, 2001). Trata-se, portanto, de sintomas que, tradicionalmente, era raro serem geridos com recurso a fármacos. Aliás, nas entrevistas ao membros do grupo geracional mais velho incluído na investigação, foi frequente referirem que, actualmente, tomavam medicamentos para tratar de “maleitas” (*sic*), que bem podiam ser tratadas de outro modo, e que nos seus tempos de infância ou juventude eram tratadas sem medicamentos, sendo que agora tais meios terapêuticos acabavam por ser uma solução mais prática.

Ora, o que este novo quadro manifesta é que as actuais práticas de automedicação reflectem uma progressiva expropriação dos tradicionais recursos cognitivos e autonomias leigas na gestão terapêutica do quotidiano. De facto, os medicamentos são objectos terapêuticos sobre cujos (complexos) processos de produção os universos leigos não têm qualquer controlo cognitivo – o seu virtual controlo sobre o *uso* está dissociado de qualquer controlo sobre a *produção* –, ao contrário do que sucedia com os recursos terapêuticos produzidos no espaço doméstico, em que o controlo sobre o uso e a produção se mantinham indissociáveis. E, neste sentido, a automedicação

⁸ Para uma identificação mais desenvolvida da noção de *farmacologização* e do fenómeno a que reporta, cf. Lopes, 2003: 47-54.

⁹ Nas sociedades europeias, o aumento do recurso à automedicação começou a manifestar-se a partir da década de 1970 (WHO, 1988; Richard e Senon, 1996). No caso específico de Portugal, apesar da incipiência e descontinuidade dos dados oficiais nesta matéria, é de admitir que tal aumento se tornou mais significativo a partir da década de 1980, com a criação da categoria de *medicamentos de venda livre* e com o facto de a sua quase totalidade deixar de ser comparticipada pelo Estado. Acerca do caso específico português, cf. Lopes, 2003: 7-20.

é, manifestamente, uma prática que expressa a crescente dependência leiga dos sistemas periciais.

No entanto, esta vertente de dependência assume outros contornos se atendermos a que a maioria das práticas de automedicação é efectuada com medicamentos que foram usados por indicação médica em situações anteriores. Ou seja, o primeiro contacto com o medicamento é geralmente através do médico – ou através de outro agente pericial – e só posteriormente passa a ser usado por iniciativa leiga. Na investigação em referência, dos medicamentos usados (na última vez em os inquiridos tinham recorrido à automedicação), 63,8% haviam sido prescritos pelo médico ou recomendados pelo farmacêutico noutra ocasião, e somente os restantes 36,2% correspondiam a medicamentos usados sem qualquer prévia mediação pericial (Lopes, 2001). Atendendo a que, destes últimos, mais de um terço tinha sido indicado “por alguém conhecido”, e que por essa via teria havido também uma anterior mediação pericial no acesso a tais meios terapêuticos, a proporção de formas de automedicação com recurso a medicamentos obtidos através da intervenção pericial acentua-se ainda mais. Estamos, assim, perante um tipo de práticas que tipifica uma progressiva apropriação leiga das lógicas periciais de gestão terapêutica. E é essa apropriação que abre espaço a novas formas de autonomia leiga nos quotidianos de saúde.

Contudo, numa primeira leitura, pode afigurar-se que essas apropriações não passam de uma reprodução mimética das opções periciais, o que, portanto, eliminaria, desde logo, qualquer possibilidade analítica de se falar num novo protagonismo leigo, ou mesmo de se falar numa nova matriz de saberes leigos.

Acontece, porém, que as apropriações das lógicas periciais que se encontraram nas práticas de automedicação não são o único suporte para tais iniciativas leigas de gestão terapêutica. Subsiste sempre um *controlo leigo prático* (Baszanger, 1998) sobre a validade dessas apropriações, e até mesmo sobre a validade das opções periciais. Tal controlo é manifesto na centralidade que as respostas corporais assumem nos critérios leigos de validação das estratégias terapêuticas.

Com efeito, as *respostas corporais* constituem-se no principal meio de controlo prático sobre a eficácia dos medicamentos utilizados. Um medicamento usado em automedicação é, em geral, aquele que já deu provas de corresponder aos resultados desejados, seja na experiência directa do próprio utilizador, seja na experiência partilhada por via de outros utilizadores. E é este mesmo critério das respostas corporais que legitima as decisões leigas de continuar ou interromper os tratamentos, mesmo quando

estes estão a ser efectuados sob directa prescrição médica. Os seguintes excertos de entrevista são uma ilustração de tal centralidade conferida às respostas corporais:

... quando tenho sintomas de constipação ou quando tenho febre, costumo tomar sempre Nimed... (E: porquê?). Porquê?, primeiro, porque resulta sempre, já uso há anos e os resultados são sempre bons, e também porque não sinto que me faça mal a qualquer outra coisa, não sinto que tenha quaisquer efeitos secundários... (mulher, 22 anos, curso superior (3º ano), diabética, entrev. 11)

... eu tenho problemas de osteoporose, e dói-me sempre esta parte aqui... e custa-me a fazer esforços com o braço esquerdo. Cheguei a tomar uns comprimidos que o médico me receitou, já nem me recordo o nome, porque isto já foi há um ano, e também pouco tempo os tomei. Faziam-me mal ao estômago, davam-me azia e faziam-me uma dor aqui nesta zona... Foi por isso que parei, e depois também nunca mais fui ao médico. Voltei outra vez a usar uma pomada, o Reumon-gel, que já usava antes, e que sempre me alivia. Mas qualquer dia tenho que voltar ao médico, porque eu sei que aqui só alivia, não cura... (homem, 57 anos, < 9º ano, hipertenso, entrev. 22)

Significa assim que o corpo assume um duplo estatuto no quadro das racionalidades leigas de saúde: não só é o destinatário das intervenções terapêuticas, como é também transformado em instrumento de monitorização da eficácia dessas intervenções, sejam elas periciais ou leigas. Nesta medida, é pela via da centralidade conferida às respostas corporais que, então, é reposto um controlo leigo directo sobre as opções assimiladas no contacto com os agentes periciais. A experiência prática constitui-se, deste modo, numa categoria cognitiva, face à qual fica invalidada qualquer leitura que confine tais opções leigas a uma mera reprodução mimética das lógicas periciais.

É neste permanente entrecruzar de experiência prática e informação assimilada no contacto com as fontes de informação pericial que as trajetórias leigas de gestão terapêutica vão sendo construídas.

Saberes em processo e pericialização leiga

A centralidade que adquirem na produção dos sistemas referenciais leigos, relativos aos medicamentos, tanto a experiência corporal directa, como os quadros de interacção social em que tal experiência é revalidada, enunciam estas duas dimensões como os vectores que organizam a *matriz geral* em que se alicerçam as trajetórias cognitivas leigas. É nela que continuamente se reactualiza o primado da experiência, no qual se inscreve, por sua vez, a imanente natureza prática deste domínio de saberes (Williams e Popay, 1994).

A partir dessa matriz, as modalidades concretas das aquisições cognitivas leigas assumem diferentes configurações e seguem múltiplos itinerários. Assinalam-no os diversos processos de aprendizagem que se inscrevem nesse quadro matricial, e nos quais se revela a natureza *construída* destes saberes (Baszanger, 1989, 1998) e, uma vez mais, a sua irredutibilidade a qualquer assimilação mimética das respostas corporais ou das referências circulantes nos quadros de interacção.

A componente de aprendizagem que subjaz a qualquer das modalidades de elaboração cognitiva sobre os medicamentos não é um dado imediato directamente descortinável. Mas ela é passível de ser captada analiticamente, com recurso a algumas categorias operativas, tais como as formuladas por Nitcher e Vuckovic (1994) no seu modelo tríplico da *aprendizagem empírica directa*, da *aprendizagem pelo exemplo* e da *aprendizagem pela informação*. O recurso a estas categorias não só torna possível restituir visibilidade ao carácter *construído* dos saberes leigos accionados no uso dos medicamentos, como também aos diferentes tipos de saberes que tais modalidades de aprendizagem vão consolidando.

Relativamente à *aprendizagem empírica directa*, inscreve-se nas situações em que o uso dos medicamentos é feito em condições de incerteza quanto à complexidade do problema de saúde em causa. Nestas circunstâncias, os medicamentos são usados, simultaneamente, como tentativa terapêutica e como meio de diagnóstico para avaliar a complexidade dos sintomas percebidos, e ainda para determinar, em função das respostas corporais obtidas, a necessidade de procurar ou não cuidados profissionais. Aqui, o controlo da trajetória de incerteza é assegurado pela certeza de que a adequação ou inadequação da solução adoptada é detectada na legibilidade dos alertas corporais.

Fora do âmbito estrito da automedicação, também Conrad (1985) se refere a outras estratégias leigas de diagnóstico, inscritas nesta mesma lógica da aprendizagem empírica directa. É o caso quando os doentes decidem suspender ou reduzir a medicação prescrita, como forma de avaliarem a origem de efeitos secundários que supõem relacionados com os medicamentos que estão a tomar; ou como forma de avaliarem a sua eficácia terapêutica em função da evolução dos sintomas durante a interrupção ou redução do tratamento (1985: 32). Tais estratégias configuram o que este autor designa como um *método racional empírico* intrínseco ao campo leigo.

Os resultados obtidos com estes diferentes tipos de práticas vão gerando um património de saberes provisórios, admitidos como saberes sujeitos a revisão perante cada nova experiência. No entanto, à medida da rotinização temporal das práticas, vão-se tornando em saberes sedimentados, que são naturalizados e accionados como *saberes espontâneos*.

São múltiplos os exemplos em que a processualidade destas trajetórias se detecta, e que o seguinte excerto de entrevista pode ilustrar:

... A última vez que fui ao médico deve ter sido há mais de um ano, e foi por causa de uma grande infecção que tive na garganta. Eu tinha começado com dores, custava-me a engolir, e estava a ficar com aqueles pontos brancos de pus. Comecei então a tomar um xarope e uns comprimidos que tinha lá em casa, já nem sei os nomes, mas eram tipo anti-inflamatórios, e que costumam fazer bem. Mas dessa vez a infecção era mais complicada, nunca mais passava, e então tive mesmo que ir ao médico, e até tive que andar a tomar penicilina... (mulher, 19 anos, 9º ano, saudável, entrev. 49)

Quando a solução adoptada não resulta como estratégia terapêutica, como ressalta na narrativa ilustrada, o efeito (subjectivado) é o da confirmação de que a complexidade do problema ultrapassa as competências leigas e requer intervenção especializada. Mas, também nesta circunstância, volta a ser o medicamento e as representações de que este é objecto que funcionam como confirmação da complexidade do problema, o que, no caso em referência, é enfaticamente expresso no destaque dado à necessidade de “tomar penicilina”. Não são, portanto, os *saberes espontâneos* mobilizados para a gestão inicial da situação que são postos em questão; pelo contrário, ficam revalidados ao possibilitarem diferenciar as fronteiras de complexidade que legitimam a intervenção leiga ou a intervenção profissional.

Noutras circunstâncias, a aprendizagem empírica directa cede lugar à *aprendizagem pelo exemplo*. Esta não se constitui propriamente numa modalidade totalmente autónoma da anterior – figurando antes como uma sua particularização – mas permite captar o processo de constituição de outro tipo de saberes. Se bem que a lógica de produção seja a mesma – já que é através das sucessivas experiências pessoais, ou partilhadas de outros, que vão sendo produzidos os saberes accionados nas situações consideradas semelhantes – a diferença é que o garante (subjectivado) da eficácia dessas opções medicamentosas reside na circunstância de os medicamentos terem sido prescritos pelo médico em situações anteriores e terem dado os resultados desejados. Pelo que não são já usados como *tentativa* terapêutica, mas como *solução* terapêutica. Porém, a possibilidade de transitar da tentativa para a solução não é assegurada apenas pela credenciação médica dos medicamentos, se com esta não se conjugar uma experiência aprofundada de reconhecimento dos sintomas e das suas respostas a essas opções terapêuticas.

Cada um dos seguintes exemplos ilustra, nos seus detalhes, como se processam essas sequências cognitivas nesta modalidade de aprendizagem:

... em situações que nós já passámos duas ou três vezes, há sempre aquele conhecimento, aquela experiência que se adquire, não é? Eu, por exemplo, quando me constipo já sei por experiência que se não tomar nada daí a dois ou três dias estou muito pior, então sou capaz de tomar um anti-gripe ou qualquer coisa parecida para não piorar. Dou-lhe outro exemplo, aqui há tempos tive uma infecção num dedo, ataquei logo com um anti-inflamatório, por acaso não resolveu o problema, tanto assim que acabei por ter de ir ao médico, mas pelo menos ajudou a não desenvolver tanto... (homem, 33 anos, curso superior, diabético, entrev. 1)

...há bocado disse que não me automedicava, mas talvez não seja bem assim. Por exemplo, eu já sei o que é uma dor da colite, e sei que devo tomar o Pankreoflat, e se a dor for muito intensa já sei que tenho que tomar também um Buscopan, se não, não me passa. Isto já é uma automedicação, mas é uma automedicação com medicamentos indicados pelo médico, e que eu já percebi para que é que cada medicamento serve, não faço isto à toa.... (mulher, 39 anos, 11º ano, hipertensa, entrev. 25)

Se, analiticamente, o que diferencia a constituição deste tipo de saberes, relativamente ao saberes espontâneos, é a deslocação da aprendizagem do método da tentativa e, portanto, da gestão da incerteza, para a sua sustentação num quadro de diagnóstico já reconhecido e, portanto, de incerteza já controlada, do mesmo modo também os saberes respectivamente produzidos são entre si diferenciáveis. No plano de análise em referência, tais recursos cognitivos configuram-se como *saberes confirmados*, o que propicia uma evocação de legitimidade mais imediata no seu accionamento do que a registada no accionamento dos saberes espontâneos, anteriormente descritos.

Dado a génese dos saberes confirmados se inscrever privilegiadamente no contexto da interacção com o sistema médico, é comum ser admitido que se trata de saberes resultantes de uma assimilação directa da informação médica disponibilizada ao doente durante a relação terapêutica. Porém, tal informação detém um espaço apenas residual, como pode constatar-se quando se analisa a processualidade social em que a mesma se inscreve.

Com efeito, a pretensão de uma suposta *didáctica médica*, que alimentaria as modalidades leigas de assimilação das referências periciais – e de que seria tributária a actual reconversão dos tradicionais sistemas referenciais leigos – revela-se descompassada da sua efectiva expressão social. É antes no quadro da *pragmática médica*, e particularmente nas suas formas de concretização mais padronizadas, que emergem as condições para a apropriação leiga dos saberes médicos.

A crescente rotinização e padronização das prescrições de medicamentos configuram, neste âmbito, a instância primordial do acesso leigo à assimilação e incorporação dos saberes periciais. É a partir de tal instância que emerge uma trajectória de aprendizagens, em que cada medicamento, ou grupos de medicamentos, vão sendo associados ao tratamento de determinados sintomas, pela sua reiterada prescrição em quadros de sintomatologias idênticas. Esta trajectória de aprendizagem não se reduz a um mero acto de associação de medicamentos a sintomas. A eficácia do medicamento é sempre reavaliada pelo crivo das respostas corporais obtidas e, em função destas, adoptado ou excluído das opções terapêuticas por iniciativa leiga.

A centralidade que a *aprendizagem pela experiência empírica* continua a manter, mesmo quando as referências cognitivas mobilizadas foram assimiladas das práticas periciais, imprime a lógica de autonomia leiga que prevalece na reelaboração e reajustamento das referências periciais à matriz constitutiva dos saberes leigos.

Este processo de apropriação leiga, gerado pela rotinização e padronização das prescrições, revela ainda que, embora seja o acto médico de prescrição que funciona como a possibilidade do acesso leigo ao saber pericial, no entanto é o medicamento e os seus resultados que conferem inteligibilidade leiga ao próprio acto médico. Ou seja, é o medicamento que, na processualidade social da sua apropriação leiga, se constitui em recurso de descodificação e de inteligibilidade dos saberes periciais. Tal equivale a dizer que o *efeito de metonímia* dos medicamentos – o qual corresponde a uma figuração do medicamento enquanto extensão e substituição do médico, no sentido em que condensa em si o próprio saber médico, feito tecnologia terapêutica (Van der Geest e White, 1989) – pode ter um entendimento mais alargado. Isto é, o medicamento não só representa uma extensão e substituição do médico, como representa ainda o meio de descodificação e apropriação leiga do saber médico.¹⁰

¹⁰ Esta instrumentalidade social do medicamento nas trajectórias de especialização dos saberes leigos é equiparável à que vêm adquirindo os meios tecnológicos de diagnóstico (radiografias, análises clínicas, imagiologia, etc.) e de auto-diagnóstico (medidores de colesterol, da pressão arterial, etc.), que são enquadrados por Vuckovic e Nichter (1997) como meios possibilitadores do controlo leigo sobre a saúde; e pode acrescentar-se que funcionam também como descodificadores dos diagnósticos médicos. Estes meios concretizam os diagnósticos em imagens, ou em valores numéricos, que se vão tornando acessíveis à inteligibilidade leiga à medida da familiarização com o seu uso. Se bem que subsista uma parte do diagnóstico médico que, pela sua indeterminação, não pode ser contido na codificação tecnológica, tal não invalida, pelo menos nas situações de menor complexidade, que essa codificação tecnológica acabe por restituir as possibilidades de controlo leigo e de acesso aos saberes periciais. Neste cenário, é a própria centralidade da mediação médica na gestão da saúde, sustentada na inacessibilidade leiga à pericialidade do saber médico, que poderá reconfigurar-se à medida que a apropriação leiga das tecnologias médicas se for expandindo.

As possibilidades de apropriação cognitiva que os medicamentos prescritos representam assumem a sua maior evidência no uso que (posteriormente) é feito desses mesmos medicamentos para o recurso à automedicação. Os seguintes excertos narrativos são ilustrativos da processualidade social de tais apropriações:

... sempre que utilizo qualquer medicamento sem ir ao médico é porque a primeira vez que o usei me foi receitado pelo médico. Depois, lá está, como vi que aquilo até resultava, passei a usar esse medicamento quando acho que preciso... (homem, 30 anos, curso superior, diabético, entrev. 3)

... durante anos e anos andei constantemente a fazer anginas. Quando ia ao médico ele receitava-me sempre o mesmo tipo de medicamentos, era essencialmente na base dos antibióticos... Muitas vezes eu já nem ia ao médico... para quê?... ele ia receitar-me aquilo que eu já tinha em casa... (mulher, 45 anos, curso superior, diabética, entrev. 47)

... assim medicamentos gosto mais de tomar com conselho médico. Mas quando é coisas que a gente vê que a gente já sabe, assim coisas da garganta, coisas de inflamações, a gente também já conhece certos medicamentos que o nosso médico de família nos receita, não é?... E a gente vai à farmácia e pede ao farmacêutico, sei lá, um Brufen, uma coisinha assim conhecida... Eu acho que por uma coisa pouca também não há necessidade de estar a sacrificar os médicos... (mulher, 52 anos, < 9ºano, hipertensa, entrev. 27)

Eu guardo sempre as sobras dos medicamentos e, desde que estejam na validade, volto a usá-los quando preciso. Faço isso muito com as alergias, com as constipações, ou com alguma indisposição ou dorzita, porque já sei que se for ao médico ele vai receitar-me o mesmo, ou semelhante, ao que já tenho em casa... (mulher, 34 anos, curso superior, saudável, entrev. 43)

O que igualmente sobressai destes registos é a instrumentalidade que adquirem os medicamentos prescritos na legitimação, não só das práticas, mas, simultaneamente, das referências cognitivas que presidem a essas práticas. De facto, a repetida evocação de que os medicamentos usados já tinham sido receitados em situações anteriores funciona, nas subjectividades individuais e na sua exteriorização, como suporte de validação da própria experiência empírica que determinou a continuação do seu uso. As referências periciais assimiladas convertem, assim, a experiência empírica em recurso cognitivo legitimado pelo próprio suporte de pericialidade que lhe está subjacente.

Significa, então, que o rotinizar dos contactos da população com o sistema médico não derivou apenas para um novo quadro de possibilidades de acesso leigo à incorporação de saberes periciais, mas tem também possibilitado a sua instrumentalização para novas formas de legitimação dos saberes leigos. Em algumas entrevistas, a procura de tal legitimação enunciou-se em moldes particularmente explícitos:

... tenho sempre a preocupação, não só de ouvir atentamente o que o médico me diz, mas também de o questionar, de saber porque é que isto aconteceu, porque é que agora vou tomar isto e não aquilo, enfim...gosto sempre de perguntar, nem que seja para ouvir aquilo que já sei... (homem, 29 anos, 12º ano, saudável, entrev. 36)

Não obstante a relevância que detém nas subjectividades individuais a legitimação através da apropriação dos saberes periciais, os recortes de demarcação entre a legitimidade leiga e a pericial mantêm-se bem definidos nas formas de reconhecimento social a que cada uma delas é circunscrita.

Com efeito, os saberes accionados nas práticas leigas, mesmo quando incorporam referências periciais, nunca são evocados como cognições detentoras de um estatuto de saber, em sentido universalizante, mas sobretudo como cognições práticas instrumentalizáveis em quadros de ocorrências bem controladas por familiarização. A legitimidade evocada para essas cognições restringe o seu âmbito ao quadro da legitimidade leiga, sem pressupor qualquer confronto com a legitimidade pericial ou qualquer pretensão de rivalizar com esta. Esta demarcação dos espaços de exercício de cada uma das legitimidades assinala, assim, as condições sociais que compatibilizam a coexistência entre quadros de racionalidade leiga e pericial intervenientes num mesmo universo.

Quanto à modalidade de *aprendizagem pela informação*, diferencia-se das anteriores categorias já identificadas pela acção deliberada de congregar diferentes registos de informação – informação pericial difundida através dos *mass media*, da Internet, ou de revistas especializadas – os quais funcionam como base de equacionamento das opções a tomar. Porém, também esta aprendizagem não detém um espaço de autonomia na construção das cognições leigas, dissociável das anteriores modalidades de aprendizagem centradas no primado da experiência empírica. O seu efeito é essencialmente de produção de *saberes mediadores*, que não desalojam o primado da experiência, nem a participação dos *saberes espontâneos* ou dos *saberes confirmados* – inscritos em tal primado –, mas antes reorganizam as condições de validação da própria experiência.

Embora seja uma modalidade que se assinalou com mais recorrência nas estratégias terapêuticas dos entrevistados detentores de recursos de escolaridade mais elevada, tal não equivale, necessariamente, ao perfilar de uma predisposição cultural particular destes grupos sociais para o accionamento de um dado tipo de saberes.¹¹ Pelo contrário, é o quadro das circunstâncias e, em particular, da incerteza que pode envolver as estratégias terapêuticas, que surge genericamente como o factor propício ao investimento nos *saberes mediadores*. Essa natureza contingente das circunstâncias tornou-se patente em diversas narrativas, sobretudo dos entrevistados com mais recursos de escolaridade:

... Há dois ou três anos comecei com problemas de apneia do sono, acordava com o meu próprio ressonar. Comecei a falar deste problema a algumas pessoas amigas, que se queixavam do mesmo, e depois comecei a procurar informação na internet sobre este assunto. Com essa informação pelo menos fiquei a saber que o problema podia ser tratado e que para isso tinha que consultar um especialista. Eu até pensava que isto não era coisa que se tratasse... (homem, 45 anos, curso superior, hipertenso, entrev. 16)

... Há aquelas pessoas que vão ao médico, e seja o que for que lhes receitem, tomam sem procurar mais informação complementar: os meus sogros são assim. Já nós, eu e a minha mulher, procuramos sempre documentar-nos o mais possível, seja através da internet, seja falando com outras pessoas amigas, até decidirmos seguir qualquer tratamento, sobretudo se se tratar de alguma coisa nova... (homem, 41 anos, curso superior, saudável, entrev. 35)

O interesse analítico da dissociação de cada uma destas modalidades de aprendizagem é, essencialmente, o de permitir demonstrar a pluralidade de tipos de saberes que se ocultam na categoria lata de saberes leigos e, ao mesmo tempo, dar visibilidade à engenhosa processualidade social que faz determinar o espaço que, em cada circunstância de acção, é conferido a cada um dos diferentes tipos de saberes ou aos seus níveis de intersecção.

¹¹ A frequente confusão entre predisposições (culturais) e recursos (culturais) tem alimentado uma ideologia de consagração de *perfis culturais*, designadamente no campo da saúde, legitimadora do acesso diferenciado da população à informação. Qualquer predisposição cultural, neste, ou em qualquer outro âmbito, só pode ser sociologicamente sustentada enquanto expressão/retradução das condições sociais em que tais predisposições se produzem (Bourdieu, 2000, 1979). Pelo que o descortinar dos diferentes tipos de saberes leigos e dos seus modos de accionamento nas estratégias terapêuticas requer a exclusão de quaisquer categorizações de acordo com predisposições culturais; são categorizações que obscurecem as condições estruturais e as dinâmicas situacionais mobilizadas de diferentes tipos de saberes.

É neste patamar que se restitui plena visibilidade ao carácter *construído* destes saberes, inscrito no seu ajustamento às circunstâncias pessoais e sociais dos indivíduos, bem como na sua indelével articulação com o primado da experiência corporal e com as experiências socialmente partilhadas.

Por serem construídos, e não passivamente mimetizados, os diferentes tipos de saberes leigos possibilitam aos indivíduos um controlo directo do seu exercício, que alimenta a convicção de segurança aquando da sua mobilização no quotidiano.

Essa convicção de segurança é especialmente patente nas opções de automedicação. Com efeito, são maiores as probabilidades de incerteza relativamente a medicamentos prescritos, quando usados pela primeira vez, do que relativamente a medicamentos recorrentemente usados em automedicação. Enquanto, no primeiro caso, o que é accionado é a confiança no saber do prescriptor, no segundo caso, a confiança accionada tem por base um saber dominado e controlado pela experiência directa.

É nesta dissimetria, presente não só na distinta natureza dos saberes leigos e dos saberes periciais mas, sobretudo, no modo como é estruturada a relação leiga com ambos os saberes – isto é, o controlo leigo directo que um incorpora e que o outro exclui – que se geram as condições de autonomização dos saberes de automedicação. É também em função desta endogénese do controlo leigo relativo aos saberes accionados no uso dos medicamentos que, paralelamente, pode entender-se o alcance limitado dos alertas institucionais no combate aos hábitos de automedicação.

Assim, à ideia de ausência de racionalidade nas opções de automedicação, contrapõe-se um quadro de reflexividade continuamente accionada no recurso a diferentes modalidades de aprendizagem. Uma reflexividade cujo accionamento se tem tornado tanto mais imperativo para a construção de *uma perspectiva leiga própria* (Baszanger, 1998) quanto mais contraditórias se têm tornado as fontes de informação, designadamente as fontes especializadas. No contexto de incerteza que deriva do actual aumento de informação contraditória, a construção de uma perspectiva leiga própria configura-se, então, como o antídoto social para o preservar da unicidade e integridade da referência cognitiva, funcionando como o reduto de segurança ontológica na gestão quotidiana da saúde.

É no articular desta pluralidade de enfoques analíticos que, incontornavelmente, a automedicação se revela como um dos domínios de maior visibilidade da recomposição e especialização dos saberes leigos de saúde. Com efeito, a progressiva desqualificação social dos tradicionais saberes domésticos terapêuticos deu lugar, por sua vez, à progressiva apropriação de novos recursos cognitivos que a crescente farmacologização do quotidiano tornou

disponíveis. Significa isto que as lógicas e racionalidades de automedicação não se singularizam apenas na natureza construída dos saberes que as sustentam, mas também nas trajectórias de *pericialização* que o espaço da automedicação propicia.

Notas finais

As trajectórias de reconversão e de pericialização dos recursos cognitivos leigos, que analiticamente se enunciaram, recolocam os saberes accionados nas práticas de automedicação no quadro de uma racionalidade leiga irreductível ao mero mimetismo das pragmáticas que concretizam as racionalidades profissionais, ou à sua simples dissociação e impermeabilidade a esses universos. Decorre desta mesma abordagem a sustentação de que a pluralidade de recursos cognitivos mobilizados e operacionalizados nas trajectórias de reconversão e pericialização dos saberes leigos de saúde não é confinável ao estatuto de meras *crenças* a que têm sido circunscritos, nem tão pouco à persistente deslegitimação de que têm sido objecto.

Como sustentaram já outros autores (Popay e Williams, 1996), a atribuição do estatuto de saberes às cognições leigas no domínio da saúde não só colhe fundamento no seu efectivo carácter cognitivo e na sua efectiva instrumentalidade social, como constitui, simultaneamente, um imperativo para a reconceptualização das modalidades de intervenção e reposicionamento profissional frente aos universos leigos.

Contudo, tal imperativo necessitará de ser alargado. Não pode circunscrever-se ao reconhecimento da natureza cognitiva dos saberes leigos, mas requer ainda o reconhecimento da sua pluralidade e carácter contingente. É que se trata de saberes que não são nem homogêneos nem universalizáveis, justamente porque são saberes construídos em quadros de contingências pessoais e sócio-culturais diversas.

Foi essa diversidade que se encontrou nas múltiplas combinações que reagrupam, perante as contingências de cada situação e dos recursos de cada indivíduo, o mosaico de *saberes espontâneos*, de *saberes confirmados* e de *saberes mediadores* que são accionados nas iniciativas terapêuticas leigas.

Demonstrou-se, igualmente, que se trata de construções cognitivas assentes numa dupla filiação: não só decorrem de uma apropriação reflexiva das referências periciais, como também do recorrente reavaliar da eficácia dessas referências no quadro das vivências e experiências práticas.

É justamente esta natureza construída, e não passivamente assimilada, que atesta as novas formas de autonomia leiga relativamente à hegemonia pericial. É neste sentido que pode falar-se em novas racionalidades emergentes, as quais não podem ser entendidas fora do quadro da crescente

interdependência entre universos leigos e periciais. Um dos desafios que hoje se colocam à sociologia é o de uma leitura mais epistemológica e dialéctica, relativa aos próprios efeitos da reflexividade moderna, que permita dar conta destas novas interdependências.

Referências bibliográficas:

- Baszanger, Isabelle (1989), “Douleur, travail médical et expérience de la maladie”, *Sciences Sociales et Santé*, VII(2), 5-34.
- Baszanger, Isabelle (1998), “La migraine – connaissances descriptives, traitement et prévention”, Rapport établi à la demande de la Mutuelle Générale de l’Education Nationale, INSERM, 251-263.
- Beck, Ulrich (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Bourdieu, Pierre (2000), *Esquisse d’une théorie de la pratique*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, Pierre (1979), *La distinction – critique sociale du jugement*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Conrad, Peter (1985), “The Meaning of Medications: Another Look at the Compliance”, *Social Science & Medicine*, 20(1), 29-37.
- Crawford, R. (1980), “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”, *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.
- Freidson, Eliot (1970), “Influence du client sur l’exercice de la Médecine”, in Claudine Herzlich (org.), *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton, 225-238.
- Freidson, Eliot (1984), *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Giddens, Anthony (1992), *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta.
- Hart, Nicky (1985), *The Sociology of Health and Medicine*. Lancashire: Causeway Books.
- Lopes, Noémia (2001), “Automedicação: algumas reflexões sociológicas”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 37, 141-165.
- Lopes, Noémia (2003), *Automedicação: práticas e racionalidades sociais*. Lisboa: ISCTE (diss. de Doutoramento).
- Navarro, Vicente (1976), *Medicine under Capitalism*. London: Croom Helm.
- Nichter, Mark; Vuckovic, Nancy (1994), “Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice”, *Social Sciences & Medicine*, 39(11), 1509-1525.
- Nunes, João Arriscado (2001), “Teoria crítica, cultura e ciência: O(s) espaço(s) e o(s) conhecimento(s) da globalização”, in Boaventura de Sousa Santos (org.), *Globalização, Fatalidade ou utopia?*. Porto: Afrontamento, 299-338.
- Parsons, Talcott (1966), *El Sistema Social*. Madrid: Revista de Occidente.
- Peterson, Alan (1997), “Risk, Governance and the New Public Health”, in A. Peterson; R. Bunton (orgs.), *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 189-206.
- Popay, Jennie; Williams, Gareth (1996), “Public Health Research and Lay Knowledge”, *Social Sciences & Medicine*, 42(5), 759-768.

- Quaeyhaegens, William (1996), “Las realidades del mercado de la automedicación: hoy e mañana”, in *Actas do Simposium La Automedicación en los Sistemas de Sanidad Europeos*, Bruxelas, 23 de Janeiro, 23-40.
- Richard, Denis; Senon, Jean-Louis (1996), *Le médicament*. Paris: Flammarion.
- Santos, Boaventura Sousa (1989), *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Afrontamento.
- Santos, Boaventura Sousa (2000), *A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência*. Porto: Afrontamento.
- Sharma, Ursula (1996), “Using Complementary Therapies: A Challenge to Orthodox Medicine?”, in S. Williams; M. Calnan (orgs.), *Modern Medicine – Lay Perspectives and Experiences*. London: UCL Press, 230-255.
- Van der Geest, Sjaak.; Whyte, Susan R. (1989), “The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms”, *Medical Anthropology Quarterly*, 3(4), 345-367.
- Vuckovic, Nancy; Nichter, Mark (1997), “Pharmaceutical Practice in the US: Research Agenda for the Next Decade”, *Social Science and Medicine*, 44(9), 1285-1302.
- WHO (1988), *Self-Medication in Europe*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- Williams, Gareth; Popay, Jennie (1994), “Lay Knowledge and Privilege of Experience”, in Jonathan Gabe *et al.* (orgs.), *Challenging Medicine*. London: Routledge, 118-139.
- Williams, Simon J.; Calnan, Michael (1996), “Modern Medicine and the Lay Populace: Theoretical Perspectives and Methodological Issues”, in S. J. Williams; M. Calnan (orgs.), *Modern Medicine – Lay Perspectives and Experiences*. London: UCL Press, 2-25.