

# A SAÚDE NO CONTEXTO DA SOCIOLOGIA

GRAÇA CARAPINHEIRO\*

«Partout, et à chaque époque,  
c'est l'individu qui est malade,  
mais il est malade aux yeux de sa société,  
en fonction d'elle,  
et selon des modalités qu'elle fixe.»

Claudine Herzlich e Janine Pierret,  
Malades d'hier, malades d'aujourd'hui.

## I. INTRODUÇÃO

Sempre que queremos reunir elementos que nos permitam reflectir sobre a problemática da saúde e da doença, depara-se-nos a dificuldade de contornarmos o peso das componentes de ordem individual e subjectiva que conformam necessariamente o entendimento destes fenómenos.

De facto, embora seja o nível individual o nível analítico preferencialmente usado nas abordagens desenvolvidas pelas ciências mais legítimas (1), a explicação da sua realidade fenomenológica torna necessário a

\* Assistente do curso de Sociologia do ISCTE e investigadora no Núcleo de Sociologia da Saúde do CIES

sua inserção em estruturas sociais mais amplas onde todos os seus elementos ganham sentido. Tendo-se consagrado como unidades de análise os sistemas de interacção médica, tomando como protagonistas principais médico e doente na realidade da relação terapêutica possível, torna-se imprescindível a passagem às unidades de análise que colocam a ordem da saúde e da doença na ordem do mundo e da sociedade.

Daí a possibilidade de manejarmos categorias analíticas novas apostadas na descoberta de níveis de visibilidade histórica, sociológica e antropológica que atingem, em cada época da idade das sociedades, as determinantes sociais que definem «as doenças», «os doentes» e as concepções que eles e os outros interiorizam sobre a «condição de doente».

A doença torna-se uma «realidade construída», o doente «um personagem social» (2). Da falência dos modelos organicistas mais simples à vulnerabilidade dos modelos organicistas mais complexos, desenha-se a crise do positivismo e as transformações dos fundamentos epistemológicos construtores do objecto de pesquisa saúde/doença tanto na Medicina como na Sociologia. Trata-se, no que diz respeito à Sociologia, da passagem da Sociologia Médica, tal como foi designada originalmente nos países de língua anglo-saxónica nas décadas de 50 e 60, à Sociologia da Saúde. Voltaremos a este assunto neste mesmo artigo.

## 2. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA

A História Social das doenças nas sociedades europeias tem revelado que, em cada época, uma doença «domina a realidade da experiência e a estrutura das representações». (3)

Tal facto reenvia-nos ao universo das categorias analíticas de que falámos na Introdução e àquela que mais se nos afigura ser prometedora na desmontagem da multiplicidade de lugares comuns que habitam a nossa consciência social dos fenómenos da doença, da saúde e da morte.

Trata-se da «construção social da doença» e a importância desta categoria resulta da conjugação de duas possibilidades analíticas que lhe estão associadas. Por um lado permite traçar o quadro da realidade social das doenças em contextos histórico-sociais precisos: conjunto de doenças que tipificam cada sociedade em dado momento; a sua distribuição social; o traçado histórico das doenças que precedem a situação actual; as mudanças produzidas no seu estatuto qualitativo; a mudança dos sistemas de valorização social das doenças; a diversidade dos seus usos sociais. Por outro lado permite determinar os elementos de estruturação da identidade social do doente (construção social do estatuto do doente); relação social do doente com a doença (percepção, representação e experiências subjectivas e objectivas da doença); níveis de descoincidência entre a «doença do doente» e a «doença do médico»; possibilidades de afirmação da perspectiva do doente (conjunto de ideias

tecidas sobre a condição de doente, autónomas relativamente ao pensamento médico).

Subjaz à construção e ao uso desta categoria analítica a ideia da doença como fenómeno social total. Claudine Herzlich e Janine Pierret criticando perspectivas teóricas que na Sociologia desenvolvem abordagens liminarmente microssociológicas, consideram que se estabelece sistematicamente o perigo da penetração de elementos de persuasão do modelo médico onde se centra de uma forma inequívoca a concepção organicista de doença: «... This view fails to perceive the reality of sickness as a 'total, social phenomenon' that can be analysed by discovering the illnesses and their distribution that are typical of historical ages and given societies.» (4) E reiteram esta posição afirmando que: «... Though observed at the individual level and through interactions with physicians, they cannot be fully understood without being placed within the macrostructure.» (5)

Jogando finalmente no campo das conceptualizações de saúde/doença, decorrer do que foi dito anteriormente que, para dar lugar à diversidade dos sistemas de conceitos destes fenómenos, atravessados pelos universos práticos e simbólicos das classes sociais, é necessário afastarmo-nos das relações bipolares saúde/doença tão ao gosto dos discursos oficiais, legitimados pelas instituições médicas, verdadeiras instâncias de consagração social do poder de definir o normal e o patológico.

Maria Angeles Durán ao referir as três concepções habituais de saúde, «saúde ausência de doença», «saúde como reserva», «saúde como equilíbrio», não deixa de as comentar com alguma ironia: «... De estas tres interpretaciones de la salud, la primera es una condición en la que se está o es: la segunda se tiene, y la tercera se hace. En el primer caso la enfermedad destruye a la salud: en el segundo, la salud se interpreta como una resistencia, y, en el tercero, como una capacidad de asimilación del desorden.»()

Se de facto a definição proposta pela O.M.S. (Organização Mundial da Saúde) assenta na noção de bem-estar (saúde como bem-estar físico, psíquico e social e não a mera ausência de doença), no entanto muitas dificuldades subsistem quando temos necessidade de passar da noção abstracta e generalizável à sua expressão estratificada por classes sociais, sexo e idade, já para não referir a dificuldade de construir indicadores sensíveis na estimação do bem-estar nas suas três dimensões.

Por outro lado não será que a análise dos conceitos de saúde/doença implica resgatar a relação indivíduo/sociedade ao silêncio a que foi votada nas lógicas sociais dominantes, na sequência da metáfora «saúde, silêncio dos órgãos»?

De facto o dispositivo binário indivíduo/sociedade revela-se insuficiente pois não contempla no seu campo de acção, com alguma particularidade, a acção humana desenvolvida e dirigida directamente para o

grupo. Colette Berger-Forestier não deixa de exprimir com veemência a importância que atribui à tríada anterior como lugar de produção do diálogo onde a saúde está inevitavelmente presente: «... Le groupe prend toute sa valeur dans le sens qu'il est le lieu d'apprentissage de la parole, d'apprentissage de l'autre, de la relation médiatisée par un projet, le projet même du groupe. La santé se forge dans le corps et dans l'autre, tous les autres qui vous jugent, vous apprécient, vous payent, vous exploitent, vous rejettent, vous valorisent, vous reconnaissent, etc... S'exprimer n'est-ce pas un acte de santé, et comment s'exprimer si tout va à l'encontre de l'expression? Le groupe ne serait-il pas l'enceinte sociale par excellence ou les expressions seraient recueillies, attendues, suggérées?» (7) Não é este o lugar para levar mais longe este tipo de análise. No entanto vale a pena dizer com René Dubos que: «Não há definição universal de saúde; cada um de nós quer fazer qualquer coisa da sua vida e necessita para isso de uma saúde que lhe é particular». (8) É no particularismo da relação do indivíduo com o seu grupo de pertença e portanto com a sociedade que se descobrem as componentes de grupo da gestão da saúde. Também Nicolas Dodier apresenta a gestão da saúde como um critério sensível de diferenciação social. Quando a gestão da saúde é simultaneamente gestão do trabalho e gestão do tempo em geral e quando a gestão se produz na conquista dum equilíbrio traduzido numa certa regularidade e numa certa previsibilidade dos acontecimentos biológicos, diz Nicolas Dodier: «... Le type de gestion possible est largement lié au degré de modulation dans le travail qui détermine notamment la possibilité de régler l'activité sur l'état personnel.» (...) «Si l'on observe alors que des types de gestion de la santé se rencontrent de façon privilégiée dans certaines catégories sociales de salariés, du fait de formes de travail propres à ces catégories, on aura alors repéré un facteur intéressant de différenciation sociale.» (9)

### 3 DA COLITE... À TUBERCULOSE: O UNIVERSO DAS METÁFORAS

O Dr. Axel Munthe acabou de instalar o seu consultório na Avenida Villiers em Paris, artéria «chic», de «bom tom», por si só fornecendo créditos de qualidade e fortuna. Estamos na década dos 20 deste século e o diploma obtido na célebre École de Médecine de Paris traz a escola de saber de Charcot, cujo elemento paradigmático é o seu tratado «Maladies du Système Nerveux» e as aulas na Salpêtrière. (10)

Na passagem da prática hospitalar à prática da consulta privada em consultório depara-se a este médico um novo campo de problemas clínicos que nenhum tipo de saber médico consegue controlar: «... Naquela época estavam em moda as apendicites entre as pessoas da melhor sociedade, que procuravam uma enfermidade. Todas as mulheres

nervosas a tinham no cérebro, à falta de a terem no abdómen, e davam-se excelentemente com ela, assim como os seus médicos. Deste modo, optei pela apendicite e curei grande número de casos com resultados diversos. Mas, quando começou a correr a voz de que um cirurgião norte-americano tinha empreendido uma campanha para cortar todos os apêndices dos Estados Unidos, os meus casos começaram a diminuir duma maneira impressionante. Consternação!

– Cortar o apêndice? O meu apêndice? – diziam as senhoras da moda, agarrando-se desesperadamente ao seu **processo vermicularis** como uma mãe ao seu próprio filho. – Que farei sem ele?

– Cortar os apêndices, os seus apêndices? – diziam os médicos, consultando a lista dos doentes. – Nunca ouvi maior estupidez na minha vida! Mas se não há nada nos seus apêndices, não hei-de sabê-lo eu, que tenho de examiná-los duas vezes por semana? Sou de opinião absolutamente oposta.

Depressa se tornou evidente que as apendicites passavam de moda e que tinha de descobrir-se uma nova doença para satisfazer o pedido geral. Então a Faculdade mostrou-se à altura e lançou no mercado uma nova enfermidade, uma nova palavra cunhada, uma verdadeira moeda de ouro, a Colite. Era uma enfermidade conveniente, ao abrigo do bisturi do cirurgião e adaptável a todos os gostos...» (11)

Este pequeno trecho da autobiografia de Axel Munthe enquadra-se no conjunto de questões levantadas no ponto anterior. Assim o autor revela com bastante clareza como condições sociais determinadas desenvolvem a necessidade de emergência de novas doenças, justificadoras de privilégios sociais adquiridos. Trata-se neste caso de uma clientela específica, mulheres de camadas sociais da aristocracia e da burguesia da época, desocupadas, endinheiradas e conscientes do seu estatuto social, que á falta de melhor ocupação do seu tempo, ansiavam pela conquista do estado de enfermidade. Era a classe médica a fiel depositária das suas expectativas sociais de interesse, notoriedade e credibilidade sociais. Para isso bastava a descoberta de patologias cuja terapêutica não passasse pelo bisturi. Mais, cuja cura fosse tão longa que constituísse a doença como elemento de reconhecimento social e de pauta de condutas a seguir em sociedade. Constituiu-se a estirpe onde as doenças nervosas ganhavam alcance e sentido.

A passagem à colite como doença da moda mostra, por um lado o impacto das pressões sociais sobre a teoria e as práticas médicas; por outro lado desmonta as funções sociais atribuídas à Medicina como instituição social e a sua íntima relação com os grupos de poder. Descobre-se assim os usos da doença como figura ou metáfora do social.

Recentemente tive acesso a um livro que se apresenta sob a forma de uma antologia de ensaios, extremamente curiosos, escritos por um médico, que vão desde o relato das suas experiências vividas no contexto

da prática da Medicina até ao tratamento de temas ligados à historiografia das doenças em Portugal. (12)

Um dos ensaios intitula-se «Os poetas e a tuberculose» e a dada altura, tentando estabelecer uma relação entre a criação poética de alguns poetas portugueses e a tuberculose afirma: «... Gonçalves Crespo, Cesário Verde, António Nobre e José Duro pagaram pesado tributo à tuberculose, que tem dizimado a ala dos namorados das últimas gerações de poetas nacionais. Em Nobre e José Duro este atributo foi bastante precoce. Mal experimentaram o sabor da vida. É na juventude, idade dos arroubos e dos devaneios poéticos, que a tuberculose pulmonar é mais grave e mais impressionante. Na época romântica, um adolescente tísico comovia até às lágrimas e inspirava aos poetas sentimentos de ternura, de simpatia e de mórbida exaltação. A literatura do romantismo veio dar à tísica um papel de relevo na poesia, na novela, no romance e mesmo nas peças de teatro em que era preciso fazer sofrer ou morrer algum personagem. Foi moda adoecer de tuberculose. Os poetas, então, suspiravam porque fosse esta doença que viesse pôr fim aos seus dias atribulados. Tornou-se uma doença eminentemente intelectual. Era corajosamente e espiritualmente festejada. A tuberculose é mesmo uma doença espiritualizante. A pele torna-se diáfana e transparente, mármórea, no dizer dos vates...» (13)

A tuberculose oferece-nos a possibilidade de mais uma travessia no universo das metáforas. Foi uma forma de adoecer e de morrer que atravessou todo o século XIX até ao início do século XX envolvida num complexo de ideias que paradigmaticizavam o mórbido embora ao mesmo tempo lhe fornecessem uma estética. A moda não deixa de incorporar a «ideia tuberculóide do corpo» e o processo de «romantização do corpo» que se lhe associa instala-se tanto na aristocracia decadente, tornada cultora de imagens mais do que poderes, como se instala também na burguesia assumindo a expressão ideal do «belo». Diz Susan Sontag: «Gradualmente, el aspecto tuberculoso, símbolo de una vulnerabilidad atrayente, de una sensibilidad superior, fue convirtiéndose en el aspecto ideal de la mujer mientras que los grandes hombres de la segunda mitad del siglo XIX engordaron, fundaron imperios industriales, escribieron cientos de novelas, libraron guerras y expoliaron continentes.» (14)

Na imagem da tuberculose existe sempre a paixão. Sentimentos de paixão arrebatadores, dolorosos, frustrados, provocam necessariamente nas suas vítimas o estado físico e mental conveniente para o aparecimento da doença. Com contrastes violentos, vão-se sucedendo períodos de palidez e prostração seguidos de outros em que a actividade se exacerba, o olhar torna-se febril e as rosáceas do rosto se acentuam. Tudo isto acompanhado da tosse, sintoma peculiar da tuberculose, regular e contínua ou espasmódica e convulsiva. E os homens que cultivavam as artes e as letras, no rodopio das paixões com que teciam o acto criativo, transformavam a tuberculose no seu modo de vida, devolvendo-nos a

atitude pré-romântica de paixão e o sentido pré-moderno de doença: «ser tuberculoso é ser interessante, é ser triste, é ser melancólico, é ser criativo». Era esta a panóplia que cobria a ideia de doença individual. Diz Susan Sontag: «... Es con la tuberculosis que se articula la idea de enfermedad individual, así como la idea moderna de individualidad, idea que adquiriría en el siglo XX una forma más agresiva, si bien no menos narcisista.» (15)

Mas existem as condições materiais onde o bacilo de Koch é omnipresente: as condições reais de vida que acompanham a emergência e o desenvolvimento da classe operária desde os fins do século XVIII e ao longo de todo o século XIX na Europa capitalista. É que a tuberculose não é só uma doença de ricos, é também uma doença de pobres. E como diz Claudine Herzlich e Janine Pierret: «... En effet, une constatation empirique irréfutable est venu rompre les certitudes antérieures: la tuberculose n'est pas, comme on le croyait, une maladie des riches; c'est d'abord, des statistiques précises le prouvent alors, une maladie de la classe ouvrière. La problématique du mal des pauvres et des taudis va prendre place à côté de celle de l'autodestruction interne du bourgeois et de l'artiste.» (16)

Em 1882 é descoberto o bacilo de Koch e até meados do nosso século é declarada a guerra à tuberculose. Mas, no entanto, o mito atravessou quase dois séculos, desafiando a progressão do saber médico e a carga histórica das experiências humanas acumuladas.

Quando num determinado momento histórico surge uma doença que se apresente misteriosa, cuja origem seja obscura e para a qual ainda não estejam disponíveis terapêuticas eficazes, as mitologias sociais desenvolvem um trabalho ideológico de recuperação do fenómeno no quadro social da sua existência colectiva, atribuindo-lhes significados que a individualizam e lhe fornecem caracterização social.

Yvette Harvois escreve: «... La gestion collective et individuelle des problèmes de santé est complètement immergée dans un imaginaire ou s'entrecroisent des phénomènes inconscients, collectifs et individuels, qui nourrissent à la fois les idéologies et les phantasmes des individus...» (17)

#### 4 DA SOCIOLOGIA MÉDICA À SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Foi referido na Introdução a necessidade de abordar a problemática da saúde e da doença sob o enfoque da sociologia da saúde preferencialmente ao da sociologia médica. Trata-se no fundo de um processo de divórcio da sociologia com a perspectiva médica como perspectiva central de análise e, ao mesmo tempo, a constituição de um campo de análise mais abrangente que tem a ver com a saúde, individual e colectivamente considerada. A sociologia da saúde aparece assim com uma perspectiva

mais alargada a factos, estruturas e situações ligados à saúde e à doença e menos comprometida com enfoques particulares.

Nesta posição há a denuncia da era positivista na relação da medicina com a sociologia, fase historicamente necessária quando o universo de questões a tratar apelava a um tipo de convergência voltada para um trabalho de legitimação das funções sociais atribuídas à medicina nas sociedades modernas, mas que progressivamente se foi tornando incapaz de responder a novos universos de necessidades levantadas com o crescente entendimento do papel da medicina nos sistemas de saúde, configurando-a cada vez mais como um sistema de controle social. Foi o que Zola denominou de «medicalização do desvio» (18)

Margaret Stacey e Hilary Homans ao apresentarem a situação actual da sociologia da saúde e as suas perspectivas de futuro afirmam: «It is clear that health and illness provide a wide arena for the practice of sociology and present many problems of organization, control, order, stratification, power and prestige, domination and subordination, experience and meaning where the understandings and insights of sociology have much to offer...» (19)

Não há dúvida que para ser possível falar em sociologia da saúde foi indispensável, por um lado, emancipar a sociologia médica do modelo médico dos factos biológicos e, por outro lado, constituir o modelo médico como uma das várias e numerosas maneiras de falar de saúde e de doença em sociedade.

É nas décadas de 50 e 60 que a sociologia médica nasce e se estabelece. Alguns autores consideram que 1960 foi o ano crucial para a definição formal da disciplina visto que corresponde a esta data a criação da Secção de Sociologia da Medicina na Associação Americana de Sociologia. A contribuição mais decisiva para a delimitação dos contornos da sociologia médica foi o trabalho desenvolvido por Talcott Parsons em 1951 sobre o tratamento teórico das profissões e clientes (20). Pela primeira vez foi reconhecida a importância da medicina na sociedade, tornando-se objecto privilegiado de análise sociológica como instituição social. A doença aparece conceptualizada como desvio social, os processos terapêuticos como formas de controle social e as relações sociais entre médico e doente organizam-se segundo um modelo de interacção social onde surgem bem definidos os respectivos papéis. Ao papel social atribuído ao médico é conferido uma importância especial pois é ele que define o que é saúde e é doença e portanto legitima o papel social do doente.

Importa não esquecer que o conceito de saúde e doença em Parsons localiza-se na estrutura de papéis e de controle social, logo a situação de doença é uma situação de ameaça ao normal e efectivo desempenho dos papéis e tarefas para os quais os indivíduos foram socializados. Esta situação torna-se assim uma situação de dependência e é submetida a um controle rigoroso, senão isolamento (o caso das doenças mentais que



Parsons não deixa de diferenciar das doenças físicas e orgânicas), quer no sentido da cura (objectivo individual) quer no sentido de evitar os riscos de contágio motivacional (senão também bacteriológico) e os riscos de desorganização social.

Esta primeira aproximação à doença como objecto de pesquisa sociológica determinou um sulco teórico que mais tarde aproxima a sociologia da medicina à sociologia do trabalho. De facto, a doença como desvio na sua conceptualização clássica coloca no trabalho um papel primordial e consequentemente também nas representações sociais de doença. Repare-se que, nesta perspectiva, o absentismo funciona como indicador de disfuncionalidade para a empresa ou a sociedade. Posteriormente, noutras abordagens teóricas ao absentismo, não alinhadas com o Funcionalismo, a doença persiste como objecto médico exterior ao trabalho. Só muito recentemente surgiram novas propostas teóricas que introduzem o trabalho na sociologia da doença e a doença na sociologia do trabalho produzindo uma aproximação útil entre estes dois campos da sociologia.

Este é apenas um dos múltiplos registos teóricos que nos apontam um campo de análise mais abrangente da relação entre saúde, doença e sociedade.

Toda a sociologia médica desenvolvida nesta época em países de língua anglo-saxónica, especialmente E.U. e Canadá, recebe a influência da tradição intelectual estrutural-funcionalista como teoria sociológica fundamental e, sensivelmente até à década de 70, a teoria Parsoniana, o funcionalismo de Merton, a teoria psicanalítica gozam do estatuto privilegiado de constituírem o conjunto das teorias sociológicas tradicionais na sociologia médica. Repare-se que as décadas de 50 e 60 correspondem ao período de recuperação pós-guerra nas sociedades industriais avançadas, transformadas em novos cenários sociais atravessados por mudanças substanciais nos quadros de existência colectiva. O desenvolvimento do Welfare State propiciou formas de actuação política inseparáveis dum projecto reformista global, o qual abarcava necessariamente a organização dos sistemas de cuidados médicos no contexto de novas realidades e novas experiências: factos novos na dinâmica da população; a emergência de mudanças no conjunto das doenças consideradas típicas, impulsionadas pelo aumento da esperança de vida e pela queda das doenças epidémicas decorrentes do desenvolvimento do saber e das tecnologias médicas; as crescentes sensibilidades sociais à subida das doenças crónicas; a ocorrência de fenómenos de burocratização, especialização, sofisticação tecnológica e subida de custos dos serviços de medicina, na resposta a uma procura cada vez maior dos serviços de saúde.

Se quiséssemos recensear os factores mais importantes para o desenvolvimento da sociologia médica, encontrá-los-íamos especialmente no campo da medicina, não por ausência de disponibilidade teórica ou metodológica por parte da sociologia, que apesar de todas as vicissitudes

que se levantam da sua íntima relação com a perspectiva médica, vai-se desenvolvendo relativamente ao universo dos objectos de estudo, apropriando para o conhecimento as novas realidades de saúde, doença, vida e morte e construindo estratégias de conhecimento adequadas, mas pelo ímpeto que tomam os interesses sociais ligados ao desenvolvimento de uma medicina moderna, com novos currículos, maior nível de conhecimentos e maior incorporação tecnológica. Interesses tanto situados dentro da órbita médica como fundamentalmente fora dela, nos meios políticos e económicos mais gerais.

É quase clássico aparecer em manuais de introdução à sociologia médica a célebre distinção estabelecida por Robert Strauss, em 1957, entre dois tipos de cruzamento da sociologia com a medicina: Sociologia **na** Medicina e Sociologia **da** Medicina (21). Torna-se quase paradigmática a forma de intervenção sociológica proposta, pois revela tanto o ascendente disciplinar da medicina como a inviabilidade de um modelo de integração interdisciplinar sem equívocos, tensões e conflitos.

Utilizando a forma sucinta como Isidoro Alonso Hinojal apresenta os elementos desta distinção, diremos com ele: «... En el primero caso la incorporación del sociólogo sería favorable a la medicina, que utilizaría los conceptos y métodos de la sociología para aumentar sus posibilidades; el sociólogo, colaborador del médico, se orienta a la solución de problemas y desarrolla una sociología aplicada. Se considera, por el contrario, que el sociólogo hace sociología de la medicina cuando, con una orientación más teórica, considera el ámbito de la enfermedad como especialmente significativo en la interacción social, y con su estudio trata de enriquecer la teoría sociológica.» (22)

Duas formas de trabalho sociológico que surgem numa alternativa falsa e facilmente solúvel nas práticas correntes de investigação recente, embora numa fase inicial tivessem concorrido fortemente para a ambivalência do papel do sociólogo neste domínio. Ao querer situar-se numa ou noutra prática de sociologia arrastava com a sua opção a impossibilidade de fazer uma avaliação correcta das reais condições de trabalho em que se inseria e o risco de esquecer sistematicamente a posição desigual destas sociologias em situações e estruturas sociais diversas. Resta acrescentar que a aplicação *stricto sensu* desta distinção produz efeitos perversos na designada convergência disciplinar, realizando-se apenas uma colaboração desigual.

A apresentação deste problema obedeceu ao propósito de concretizar até que ponto é que a posição estratégica da medicina nas sociedades modernas determinou os graus de autonomia do exercício das teorias e dos métodos deste tipo de sociologia. Vale no entanto referir, os avanços que se fizeram na compreensão dos papéis e da socialização dos médicos, da organização hospitalar, do conjunto das interacções sociais do médico com outros agentes sociais e da psicologia social da doença.

As décadas de 70 e 80 mostram de uma forma inequívoca que o

controle da doença não repousa apenas sob os processos médicos e medicalizantes. Os trabalhos dos demógrafos e epidemiologistas sociais têm vindo a estabelecer claramente as relações estreitas existentes entre taxas de mortalidade, natalidade, morbidade, fecundidade, etc., com as classes sociais, modelos de urbanização, estilos e ritmos de vida e outros aspectos da organização social.

Constata-se e reconhece-se a importância dos factores sociais na etiologia e tratamento das doenças, particularmente quando o tratamento é difícil, o diagnóstico impossível e os sintomas não se ajustam aos sistemas de identificação dos sinais de doença correntes na prática clínica. Constata-se e reconhece-se que mudanças importantes ocorrem quando dum situação de prevalência de doenças agudas se passa a uma situação de prevalência de doenças crónicas.

Dá-se o colapso do poder explicativo da teoria dos germes, modelo monocausal simples, fundamentador da eficácia dos actos médicos desde que a medicina se constitui como ciência positiva. A necessidade da construção de um modelo multicausal complexo, capaz de elaborar a sociogénese das doenças, era inevitável.

Assim a sociologia da saúde aparece comprometida com novos modelos de causalidade, tradutores das transformações ocorridas pela confrontação das teorias e dos métodos da sociologia médica com o novo panorama dos factos sociais e das novas realidades da saúde e da doença já descritos. Ao nível das teorias, não há dúvida que um maior interesse desponta pelo interaccionismo simbólico e pela escola fenomenológica dentro das abordagens consideradas microsociológicas e pelas teorias do conflito no que tem vindo a ser designado de abordagens macrosociológicas. Quanto aos métodos, determinados como estão pelas transformações teóricas, sofrem o impacto de novas modalidades de visualização e de novas formas de intervenção técnica, tanto sobre os novos objectos de pesquisa como sobre os objectos de pesquisa tradicionais configurados sob novas perspectivas de análise.

Não se desvaloriza as instituições e as estruturas médicas como dimensões de análise próprias da sociologia da saúde, embora assentes numa perspectiva crítica relativamente aos interesses de ordem médica e na convicção de que são os lugares onde mais condições se reúnem para tornar explícitos princípios e regras geralmente implícitos noutras estruturas sociais relativamente aos factos da vida colectiva. Parece que a positividade dos processos que envolve a realização do acto médico clarifica e torna transparentes os mecanismos sociais reguladores das condutas colectivas.

A sociologia da saúde também é sensível à abertura relativa da medicina às dimensões sociais e económicas da saúde, que longe de constituir a expressão de um verdadeiro processo de ruptura, tem-se esboçado na conquista de esferas onde novos esquemas de saúde têm surgido à revelia do seu poder controlador.

É o que se passa quando, face a críticas persistentes dirigidas do exterior do campo médico ou de grupos de pressão situados no interior do seu próprio campo, se desenvolve um esforço de reconquista da homogeneidade dos interesses divergentes e de reconstituição de uma lógica consensual, nem que para isso seja necessário reforçar o apelo à saúde como a última das estratégias de legitimação da instituição médica.

Assim as críticas surgem desfiguradas em tecnocríticas, banalizadas no discurso do cidadão comum, que de uma forma ou outra teve contacto com os serviços de saúde: «a relação com os profissionais de saúde é despersonalizada, não sendo valorizados os aspectos psicológicos»; «os médicos estão cada vez mais especializados e usam técnicas frias»; «não há qualquer forma de protecção relativamente aos efeitos secundários dos fármacos prescritos»; «em caso de internamento a adaptação é difícil e vivida sem afectividade»; «o tempo nunca é suficiente para o profissional de saúde escutar com atenção o utente (doente)», entre outras possíveis.

E à medida que a medicina vai penetrando em domínios não tradicionais como o trabalho, escola, velhice, sexualidade, desporto, etc., vinculam-se cada vez mais os traços que consolidam os interesses médicos aos interesses que estão na sua órbita: novas competências e técnicas adaptadas à especificidade da actuação médica nesses domínios; maior clarificação das funções sociais da medicina (orientar, controlar, aconselhar, mais que curar); inauguração de estratégias de apropriação de novas posições de poder nunca experimentadas anteriormente.

Estes são apenas alguns dos vectores de análise em que a sociologia da saúde se comprometeu, apelando a disponibilidades analíticas resultantes da mudança de campo produzida relativamente aos enfoques tradicionais da sociologia da medicina. Também toda a primeira parte deste artigo se situou na demonstração do poder explicativo da «construção social da doença» e das cargas simbólicas que se lhe associam, no caso de doenças cuja história persiste na nossa memória colectiva, sendo a contribuição da sociologia da saúde fundamental, numa linha de convergência com a história social das doenças.

Hoje, no terreno das práticas concretas de investigação, é difícil resistir à constituição de pontes teóricas entre várias áreas disciplinares que têm vindo a adquirir zonas de abertura à problemática da saúde e da doença como problemática global, sem se desmunirem dos elementos teóricos e metodológicos que compõem a particularidade e especificidade dos seus pontos de vista. Assim deparamo-nos constantemente com propostas de articulação da sociologia da saúde com a antropologia médica, psicologia social, a história, no sentido de dotar os objectos de análise escolhidos dum maior alcance explicativo e, simultaneamente, enriquecer os campos de estudos especializados que têm vindo a afirmar-se dentro da sociologia da saúde. É o caso da sociologia do hospital; é o

caso da sociologia dos profissionais de saúde; é o caso da sociologia das doenças mentais.

Maria Angeles Dúran considera que: «... En los estudios empíricos es frecuente la confluencia de varias perspectivas en un mismo trabajo y asimismo es frecuente, en las numerosas antologías o readers de esta área, que la unidad provenga del tema estudiado pero su interés radique precisamente en la sucesiva contemplación del objeto (la enfermedad o los sistemas específicos de cuidado de la salud) bajo perspectivas diferentes, complementarias e incluso opuestas.» (23)

O percurso da sociologia da saúde ficou traçado.

No entanto é importante referir que alguns desenvolvimentos não foram feitos, por se situarem fora do âmbito deste artigo, relativos à exploração analítica da capacidade de teorização e de intervenção prática desta disciplina.

#### NOTAS

( 1) Consideram-se como tal a Medicina, a Psiquiatria, a Psicologia, especialmente a Psicologia Clínica.

( 2) HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984, pág. 15.

( 3) HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine, «The social construction of the patient: patients and illnesses in other ages», *Social science and Medicine*, vol., 20, n.º 2, 1985, pág. 146.

( 4) Cf. HERZLICH e PIERRET; op. cit., pág. 145.

( 5) Ibid., pág. 145.

( 6) DURÁN, María Angeles, *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Tecnos, 1983, pág. 34.

( 7) BERGER-FORESTIER, Forestier, Colette, «Essai d'introduction sur la santé... et un tas de choses», *Pour*, n.º 78, Mai/Juin 1981, pág. 6.

( 8) DUBOS, René, «La santé et la condition humaine», *Prospective*, n.º 10, Déc. 1963, pág. 39-56.

( 9) DODIER, Nicolas, «La maladie et le lieu de travail», *Revue Française de Sociologie*, XXIV, 1983, pág. 266.

(10) O Hospital Salpêtrière destacou-se nos finais do séc., passado e no início deste séc., pelos estudos e experiências que desenvolveu no campo das doenças nervosas.

(11) MUNTHE, Axel, *O Livro de San Michele*, Lisboa, Livros do Brasil, (s.d.), 7.ª edição.

(12) CRESPO, José, *Medicina e Literatura*, Porto, Civilização, 1961 (1.ª edição: 1953).

(13) Cf. Crespo, op. cit., pág. 52.

(14) SONTAG, Susan, *La enfermedad y sus metáforas*, Barcelona, Muchnik ed., S.A. 1981, pág. 47 (1.ª ed.: 1977).

(15) Cf. SONTAG, op. cit., pág. 48.

(16) Cf. HERZLICH e PIERRET, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, pág. 51.

(17) HARVOIS, Yvette, «A la santé de l'imaginaire», *Pour*, n.º 78, Mai/Juin, 1981, pág. 97.

(18) ZOLA, Irving Kenneth, «Medicine as a institution of social control», in: Cox, Caroline e Mead, Adrienne, (org.) *A Sociology of Medical Practice*, London, Collier-Macmillan, 1975.

(19) STACEY M. e HOMANS, H., «The Sociology of Health and Illness: its present

- state, future prospects and potential for health research», *Sociology*, 12, 1978, pág. 285.
- (20) PARSONS, Talcott, *The Social System*, New York, The Free Press, 1951.
- (21) STRAUSS, Robert, «The Nature and Status of Medical Sociology», *American Sociological Review*, n.º 22, 1957, pág. 200-204.
- (22) HINOJAL, Isidoro Alonso, *Sociología de la Medicina, aspectos teóricos y empíricos*, Madrid, Tecnos, 1977, pág. 19.
- (23) DURÁN, María Angeles, *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Tecnos, 1983, pág. 17.

## BIBLIOGRAFIA

- COE, Rodney M., *Sociología de la Medicina*, Madrid, Alianza Editorial, 1984, 3.ª edição, (1.ª edição: 1973).
- COX, Caroline e Mead, Adrienne (org.), *A Sociology of Medical Practice*, London, Collier-Macmillan, 1975.
- CRESPO, José, *Medicina e Literatura*, Porto, Civilização, 1961, (1.ª edição: 1953).
- DODIER, Nicolas, «La maladie et la lieu de travail», *revue Française de Sociologie*, XXIV, 1983, pág. 255-270.
- DURÁN, María Angeles, *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Tecnos, 1983.
- HERZLICH, Claudine, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1969.
- HERZLICH, Claudine, *Médivine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970.
- HERZLICH, Claudine, e Pierret, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984.
- HERZLICH, Claudine e Pierret, Janine, «The social construction of the patient: patients and illnesses in other ages», *Social Science and Medicine*, vol. 20, n.º 2, 1985.
- HINOJAL, Isidoro Alonso, *Sociología de la Medicina. Aspectos teóricos y empíricos*, Madrid, Tecnos, 1977.
- KLEINMMAN, Arthur, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, California University Press, 1981.
- MIGUEL, Jesus de, *Sociología de la Medicina: una Introducción crítica*, Barcelona, Vicens Vives, 1978.
- NAVARRO, Vicente, *La Medicina bajo el capitalismo*, Barcelona, ed., Crítica, 1979, (1.ª ed.: 1976).
- PARSONS, Talcott, *The Social System*, New York, The Free Press, 1951. (especialmente o cap.º: «Social structure and dynamic process; the case of modern medical practice»)
- SONTAG, Susan, *La enfermedad y sus metáforas*, Barcelona, Muchnick editores, 1980. (tradução espanhola da 1.ª edição americana: *Illness as metaphor*, New York, Farrar, Strauss e Giroux, 1977).
- STACEY, M. e Homans, H., «The Sociology of Health and Illness: its present state, future prospects and potential for research», *Sociology*, n.º 12, 1978, pág. 281-307.
- STRAUSS, Robert, «the Nature and Status of Medical Sociology», *American Sociological Review*, n.º 22, 1957.
- TUCKETT, David (org.), *An Introduction to Medical Sociology*, London, Tavistock Publications, 1978.
- TWADDLE, Andrew G., «From Medical Sociology to the Sociology of Health: Some changing concerns in the sociological study of sickness and treataent», in: Bottomore, Tom; Sokolowska, Magdalena; Nowak, Stephan, *Sociology, the state of the art*, London and Beverly Hills, Sage Publications, 1982.
- WILLIAMS, R.G.A., «Concepts of health: an analysis of lay logic», *Sociology*, Londres, n.º 2, 1983.
- «La santé, enjeu individuel et social», *Pour*, n.º 78, Mai Juin, 1981.