

---

## Vivências de saúde e bem-estar<sup>1</sup>

*Luísa Ferreira da Silva<sup>2</sup>, Fátima Alves, Ester Vaz, Cristina Vieira,  
Aleksandra Berg, Tânia Silva, Fátima Sousa, Clementina Braga,  
Rudolph van den Hoven e Maria José Guerra<sup>3</sup>*

### Resumo

A modernidade, multiplicadora dos possíveis e exigente de opções, é acompanhada de uma regulação social que, ao nível das práticas quotidianas, se procura introduzir nas consciências. A cada pessoa compete, no discurso dominante, a responsabilidade pela escolha de um modo de vida saudável. Os estilos de vida são modelados pelo 'habitus' em consonância com a posição social.

Esta comunicação apresenta resultados (intermédios) de uma pesquisa qualitativa sobre as vivências da saúde e bem-estar entre a população portuguesa (norte do país). Entre a informação que se recebe e as condições em que se vive, as pessoas organizam os seus próprios modos de vida saudáveis de acordo com lógicas variáveis de posicionamento existencial.

*This paper presents some data from a qualitative study conducted by interviews in Portugal and aimed at the understanding of the way people relate to the notion of healthy in their day-to-day lives.*

### Introdução

Nas sociedades modernas, o conceito de saúde/doença tem vindo a colocar na ordem do dia as preocupações ambientais relativas à natureza artificial em que vivem os seres humanos. A própria natureza física é um produto histórico, destruído ou ameaçado pelo desenvolvimento da sociedade cuja dinâmica fabrica e auto-reproduz ameaças e perigos em continuidade com os processos de modernização autonomizada de inovação permanente (Beck, (1986 1ª ed. alem.) 1998 (ed. esp.)). A distribuição dos recursos socio-económicos sustenta uma desigual distribuição da saúde, seja ao nível dos países ou ao dos grupos sociais dentro de cada país (PNUD, 1999; Townsend e Davidson, 1983).

Genericamente abrangidas pelo domínio da saúde pública, tais preocupações que historicamente remontam à gestão colectiva das cidades e à luta contra as epidemias, desenvolveram-se no campo da medicina e foram secundarizadas pela clínica cujos avanços e sucessos, desde os finais do século XIX e durante a primeira metade do século vinte, criaram a ilusão de uma capacidade ilimitada para resolver a ameaça da doença. Na segunda metade do século XX, a Organização Mundial de Saúde reconhece a incapacidade da medicina para curar as doenças que constituem as principais causas de morte sem uma inflexão do desenvolvimento socio-económico a nível mundial (World Health Organization, 1978), sem mudanças na organização estrutural das condições de vida no interior das sociedades (OMS e Portugal, 1985), sem políticas participadas no sentido da sustentabilidade (World Health Organization, 1989) e sem a presença multi-profissional nas equipas de cuidados de saúde na comunidade (World Health Organization, 1986).

Explicou Foucault (1976) que o exercício do bio-poder (no sentido da inseparabilidade do poder e do conhecimento) é subtil e constante, identificável em dois pólos principais: a bio-política da população que se manifesta na vigilância e nas intervenções estratégicas de política social e a anatomo-política do corpo que difunde a disciplina normalizadora em todas as relações da vida social. Mecanismo de regulação e de coerção, o bio-poder traduz-se em disposições concretas que investem o corpo, a saúde, a alimentação, as condições de vida e todo o espaço da existência. Ou, como escreve Fassin (1996), o higienismo médico do início do século transformou-se em higienismo universal, isto é, uma generalização do pensamento de

---

<sup>1</sup> Pesquisa financiada por FCT - FEDER

<sup>2</sup> [luisafs@univ-ab.pt](mailto:luisafs@univ-ab.pt)

<sup>3 3</sup> Todas/os as/os autoras/es são investigadoras/es do CEMRI – Universidade Aberta / FCT

saúde ao corpo social. A saúde torna-se actividade cívica que se estende ao conjunto da população e abarca todos os comportamentos humanos.

O 'dever de saúde' está hoje presente nas consciências individuais como obrigação de organizar estilos de vida saudáveis (Herzlich, 1970). No entanto, o estudo dos problemas de saúde, numa perspectiva de identificação e de medida da importância relativa dos factores de risco, verifica a predominância da predisposição social e cultural relativamente ao estilo de vida individual (Frankenberg, 1993). A incidência diferencial dos comportamentos de risco, da exposição aos perigos ambientais e do recurso aos cuidados preventivos de saúde mantém com as condições de vida associadas ao baixo estatuto económico, educacional e ocupacional, uma relação de 'causa fundamental' (Link B. G. et al 1995 cit por Levinson, 1998; Blackburn, 1999).

Na perspectiva médica da saúde, os estilos de vida são entendidos numa abordagem reducionista em relação às orientações da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1986) como um conjunto de comportamentos individuais que a epidemiologia demonstra serem de risco do ponto de vista da doença e que incluem, designadamente, a alimentação, a prática de exercício físico e o consumo de tabaco e de álcool. O discurso sobre a saúde é assim marcado pela responsabilização individual que investe as mudanças de comportamentos do quotidiano o que resulta num procedimento de individualização da doença que, ocultando as condições estruturais que em grande parte a determinam, pouco mais consegue do que 'culpabilizar as vítimas' (Crawford, 1977; Minkler, 1999; Eyles, 2001).

Mas, como escreve Ziglio (2000: 144), ainda que as mensagens sobre o estilo de vida e os comportamentos individuais tenham sido adoptadas por uma boa parte da população e, conseqüentemente, se verificar maior consciência sobre a necessidade de responsabilidade pessoal pela saúde, a verdade é que a capacidade de muitas pessoas para agirem de acordo com esses conhecimentos é, em geral, fortemente limitada pela ausência de um ambiente cultural, social e económico favorável.

Vários estudos verificam a falta de coincidência entre o conhecimento que têm os actores sociais das normas relativas ao modo de vida saudável, as atitudes consideradas desejáveis e os comportamentos realmente efectuados o que se deve à clara associação desses comportamentos - comportamentos de saúde (as actividades 'saudáveis' do dia-a-dia e as práticas médicas preventivas, nomeadamente) e comportamentos de doença (utilização dos recursos dos sistemas de saúde) - com a posição social (capital económico e capital cultural), numa configuração em que à superior posição na hierarquia social correspondem comportamentos considerados mais saudáveis (D'Houtaud, 1989; Calnan e Williams, 1991; Blaxter, 1998).

A abordagem sociológica dos estilos de vida que os define como construções de modos de ser e estar que, individualmente, se decidem no espaço situado entre as posições e as disposições estruturais (Bourdieu, 1979), torna-se necessária para a compreensão da articulação entre o condicionalismo social e a agência individual. Com efeito, os comportamentos não resultam de meras decisões individuais escolhidas em função da informação acessível ao conhecimento de racionalidade científica. Eles são o resultado de opções de racionalidade contextual, isto é, embora as escolhas sejam individuais, elas são modeladas pelas circunstâncias objectivas e pelas disposições subjectivas.

Existe já uma razoavelmente vasta bibliografia antropológica e sociológica sobre os conceitos leigos de doença e sobre as atitudes envolvidas nos processos e comportamentos a ela associados (Shaw, 2002; Lawton, 2003 para revisões recentes). Mas, como afirma Lawton, falta pesquisa sobre as vivências da saúde.

A perspectiva que encara os comportamentos saudáveis como 'uma forma de fazer' inserida num estilo de vida global ou 'forma de ser', é bem ilustrada pela realidade das diferenças de género na saúde, diferenças que se traduzem nos indicadores de mortalidade (superior nos homens, ao longo de toda a vida) e nos de morbilidade (superior nas mulheres) e cuja interpretação remete para as posições e as disposições ('habitus') diferenciadas dos géneros como categorias sociais construídas em torno de papéis e de atributos condicionados e condicionadores de atitudes que se reflectem em comportamentos de saúde e de doença (Silva, 2003).

## Objectivo e hipóteses

O objectivo da pesquisa é a compreensão de como os agentes sociais individuais integram o conhecimento disponível sobre 'o saudável' nas suas formas de agir. Tal compreensão que abrange o entendimento sobre a informação recebida, será buscada através dos discursos dos próprios agentes sobre as noções de bem-estar e de saudável e sobre as suas práticas da vida quotidiana.

Em Portugal, sociedade semi-periférica onde a pré-modernidade co-existe com a pós-modernidade (Santos, 1994), o ambiente social e cultural é pouco favorável à promoção da saúde pela via das decisões individuais, nomeadamente pelo baixo nível de riqueza da população média, comparado com os outros países desenvolvidos, e pelos baixos níveis médios de instrução e de informação. O acesso generalizado ao consumo, é relativamente recente e associado à melhoria das condições de vida que se verificaram desde a democratização e industrialização o que faz do consumo um valor com alta carga simbólica. O sistema nacional de saúde, pela sua implantação também recente numa sociedade estratificada característica do período pré-democrático, é caracterizado por uma forte vertente médico-dependente, centrada na cura e na prevenção da doença e que só residualmente integra a promoção da saúde nos cuidados primários e comunitários. Paralelamente, a sociedade civil, sem tradição de intervenção democrática e fracamente organizada, tem alguma intervenção de influência junto dos poderes públicos e a nível da formação de opinião pelos meios de comunicação social, mas tem pouca actuação no terreno capaz de influenciar o sentido de responsabilidade colectiva dos agentes individuais.

Vários indicadores mostram que a população portuguesa não parece estar consciente, no sentido de consciência assimilada com conseqüente mudança a nível dos comportamentos, das conseqüências nefastas dos hábitos de vida modernos na saúde individual e colectiva: 20% dos adultos são obesos (Carmo, 2000); a maioria dos Portugueses adultos não tem prática regular de exercício físico (Ministério Saúde, 1997); Portugal é o país europeu com a taxa mais alta de mortalidade por acidentes de viação (Eurostat 1998/99); apenas 38% da população participa na reciclagem do lixo doméstico<sup>4</sup>.

Por hipótese, a pesquisa pressupõe, na população portuguesa, a existência de lógica(s) resistentes à mensagem do 'saudável' como resultante dos comportamentos individuais; que essa mensagem ainda não estará objectivada no mundo social como esquema tipificado e disponível para apropriação pelos actores individuais; que na base da integração da informação relativa à promoção da saúde está a influência dos contextos socio-económicos, nomeadamente no que se referem aos lugares de classe e às gerações; que esses condicionamentos se articulam com elementos da biografia individual e relacional.

## Método

O método de pesquisa é a entrevista semi-estruturada num guião que se distribui por dois momentos (duas entrevistas com cada pessoa separadas por um período de tempo mínimo de um mês). A forma de perguntar evita as questões directas, designadamente na introdução dos temas e procura evoluir a partir das declarações recolhidas. As questões são dirigidas à vida da própria pessoa entrevistada, não pedindo opiniões mas informação sobre as suas práticas concretas.

A primeira entrevista começa por explorar a noção de bem-estar (conceito definidor de saúde segundo a OMS) após o que é pedida informação detalhada sobre o decurso do dia que antecede a entrevista e sobre um dia do mais recente fim-de-semana. Esta introdução dá liberdade à pessoa entrevistada para falar dos aspectos que considera relevantes e só então passa a introduzir as questões relativas aos temas previamente decididos. O guião valoriza os domínios do quotidiano medicamente associados à noção de saúde, interessando-se, nomeadamente, por conhecer as práticas relativas à alimentação, ao exercício físico e aos

---

<sup>4</sup> Sociedade Ponto Verde - página web de 23.03.2004

cuidados com o corpo, mas abordando também a condução automóvel, os consumos de bebidas, de tabaco e 'drogas', a utilização do preservativo e ainda a recuperação dos lixos domésticos. Só então o guião explora a noção de saudável e a noção de prevenção associada à saúde. Finalmente, é colocada uma questão sobre as expectativas face ao envelhecimento e são pedidas sugestões para a melhoria da qualidade de vida no local de vida da pessoa entrevistada.

A segunda entrevista inicia-se com uma questão aberta que explora a noção de saúde/doença : "a saúde é uma preocupação na sua vida?" e segue pela exploração da relação com a saúde e a doença, física e mental, aplicada à realidade da pessoa entrevistada. Os temas do guião incluem a percepção da doença e os comportamentos face a sinais e sintomas, a relação com os medicamentos, com a medicina e com as práticas terapêuticas alternativas.

O guião inicialmente construído foi evoluindo progressivamente em profundidade de acordo com a reflexão sobre os dados das entrevistas. As perguntas introdutórias de cada uma das entrevistas, primeira e segunda, foram mantidas sempre rigorosamente iguais por grupos de entrevista, isto é, a sua alteração foi sempre deliberadamente decidida tendo resultado em grupos de entrevistas que são analisadas tendo em conta essa alteração.

As entrevistas centram-se na exploração das práticas face às quais a análise do discurso procura a interpretação dos conceitos ou atitudes presentes nas declarações. Na realidade, como atrás definido, o objectivo não é o conhecimento das práticas em si mesmas mas as lógicas íntimas que as sustentam e que são reveladas pela sua contextualização no conjunto das declarações produzidas.

## **Amostra**

A amostra é constituída por cerca de (pesquisa ainda em curso) 120 pessoas adultas (mais de 25 anos) residentes no norte de Portugal e é diversificada no que respeita ao género sexual, à idade, ao tipo de família e ao local de vida.

A construção da amostra não teve preocupações de representatividade de tipo estatístico mas obedeceu a um critério de diversificação e não enviesamento que passou pelo processo de utilizar como ponto de partida uma amostra de crianças de escolas públicas e privadas dos primeiro e segundo ciclos e do ensino secundário em quatro zonas socio-geograficamente distintas: regiões de Porto (área Metropolitana), Bragança, Viana e Vale de Cambra. As escolas foram escolhidas por forma a abrangerem zonas mais e menos urbanizadas. As crianças, seleccionadas de forma aleatória, remetiam para os respectivos encarregados de educação (mediante carta escrita que lhes era endereçada) e a estes era pedido o contacto de pessoa das suas relações que se encontrasse nas condições de género, idade e tipo de família (vivendo só ou em família) previamente definidas. O próprio/a encarregado/a de educação podia integrar a amostra caso estivesse nessas condições pré-definidas.

## **Resultados preliminares**

A análise dos dados está em curso, realizada sobre a transcrição integral das entrevistas e recorrendo, em alguns momentos, à audição dos registos audio para esclarecimento da intencionalidade das expressões utilizadas. Até ao momento, os conteúdos de uma primeira série de entrevistas foram organizados pelas dimensões previamente definidas no guião, independentemente do momento da entrevista em que fazem aparição no discurso. Os conteúdos temáticos são explorados tendo em conta o contexto em que aparecem, tanto no que respeita à questão introduzida pela entrevistadora como no que se refere à evolução do discurso da pessoa entrevistada.

Neste texto são apresentados alguns resultados preliminares directamente relacionados com a noção de saudável do ponto de vista dos comportamentos quotidianos mais evidenciados pela promoção da saúde: alimentação e exercício físico. Tenha-se em conta que nesta fase do trabalho não se trata ainda de uma análise interpretativa ao nível dos tipos de lógicas, no sentido de posicionamentos face à vida, consubstanciadoras de

tipologias de comportamentos e atitudes, mas tão somente da identificação de tipos de comportamentos e das razões de ser que lhes aparecem associadas.

Basicamente, no que respeita à noção de saudável, aparece uma generalizada tendência para, ao nível das atitudes e dos comportamentos, integrar a informação disponível sobre o 'saudável' adaptando-a à realidade do quotidiano da vida de cada um, de forma pragmática que parece obedecer sobretudo à preocupação de evitar complicar a própria vida. Complicar a vida é sentir-se obrigado a modificar hábitos e/ou gostos - seja modificando-os realmente, seja sentindo a culpa de não o fazer. 'É saudável o que me faz sentir bem' podia ser a divisa que ilustra a generalidade das atitudes face a esta noção.

Com efeito, embora se demonstre conhecimento sobre os aspectos essenciais da informação de base científico-médica relativamente ao que deve ter-se em conta num modo de vida saudável, isso não significa que as práticas concordem com tal informação. De uma forma geral, tal não acontece. Ao mesmo tempo que, de uma forma geral, se considera saudável o modo de vida que 'se leva'. Tal conciliação que será uma contradição aos olhos da racionalidade científica que supõe que as escolhas são feitas de acordo com a informação específica que lhes diz respeito, é justificada com argumentos mais ou menos elaborados mas que, no essencial, remetem para a noção de saúde como bem-estar. Bem-estar que se traduz em satisfação dos sentidos, em boa disposição, em, capacidade de realização, ou seja, num conceito bio-psico-social, segundo os termos da OMS na sua definição de saúde. O que faz a diferença aparenta ser a perspectiva valorativa que, nas pessoas comuns se centra sobre o conforto do dia-a-dia, num sentido que inclui o de comodidade, gosto e tradição, ou seja, que dá a ver a noção de 'habitus' tal como trabalhada por Bourdieu; enquanto que a perspectiva da construção teórica da OMS valoriza o desenvolvimento das potencialidades inscritas no humano.

O gosto e a tradição, ou a não mudança de hábitos, parece ser com efeito o principal critério na escolha dos alimentos e no da forma de os cozinhar, por exemplo. Apesar da afirmação espontânea de que "*faz melhor comer peixe do que carne*"<sup>5</sup>, a mesma entrevistada afirma que "*comemos mais carne do que peixe*" porque, simplesmente, "*gostamos mais*". Semelhantes afirmações são feitas relativamente a "*deve-se comer legumes*" ou a "*é mais saudável cozer ou grelhar ou assar do que fritar*", etc. Mas as opções reais vão no sentido contrário, motivadas quer pelo gosto, quer pela tradição: "*não como muitos legumes; demoram muito tempo a arranjar*", ou "*fiz sardinhas fritas... é como ficam melhores*".

A comodidade, mais do que o gosto ou a tradição, aparece como equivalente do conforto no que respeita a (não)prática de exercício físico de tipo desportivo. Espontaneamente ou após indução do tema, quase todas as pessoas entrevistadas afirmam a importância do exercício físico para além daquele que executam diariamente, sobretudo as pessoas com vida mais sedentária. Mas, na verdade, de uma forma geral, o exercício que praticam limita-se a uns passeios de fim-de-semana, quando faz bom tempo, ou de fim-de-tarde, no Verão. Porque, como dizem, não conseguem 'organizar-se' para 'tirar' tempo para mais. O trabalho, está claro, ocupa a quase totalidade do tempo diário. E o excedente destina-se 'ao gozo' de estar calmamente em casa e conviver com 'os filhos'. Ainda que nesse 'conviver' se inclua o acompanhar 'dos filhos' à piscina ou a outra actividade físico-desportiva a que o pai/a mãe assiste mas não pratica. As raras excepções aparecem por parte daqueles e daquelas que são afeccionados de um desporto, caça, pesca, futebol ou jardinagem. Nesse caso, ou nos ainda mais raros em que se pratica exercício regular num ginásio, assume-se que "*eu não me obrigo a fazer exercício; faço porque me agrada*". A disponibilidade de ginásios ou de outros equipamentos desportivos é muitas vezes alegada como primeira causa de justificação para a não-prática; mas ela aparece contraditada, no discurso de um pouco mais adiante, com afirmações do tipo de "*na verdade, há um ginásio... mas o horário não está adaptado..., por outras palavras, eu não me estou para me*

---

<sup>5</sup> Por razões de tempo, a exactidão das citações não foi confrontada com o original das transcrições. No entanto, garante-se o espírito da frase e, no essencial, a sua formulação.

*forçar a ir lá. Prefiro vir para casa e brincar com a minha filha. Levo-a lá duas vezes por semana."*

O 'habitus' que aqui aparece nas suas vertentes de percepção quotidiana como gosto, tradição e comodidade, alia-se ao trabalho e à vida de família como prioridades de relevo para o bem-estar. Bem-estar que se pretende saudável, não por que se pratique de acordo com as normas difundidas na sociedade, mas porque 'nos faz sentir bem'. 'Sentir-se bem' é a razão de ser que comanda as práticas, mesmo quando elas são concordantes com as normas do saudável. Não é por serem saudáveis que se praticam. É porque 'me fazem sentir bem'. Aproximamo-nos de uma concepção de vida comandada pelo gosto de viver e não pelo de prolongar, hipoteticamente (segundo a estatística), a vida em boas condições.

No entanto, o desejo de prolongar a vida em boas condições não deixa de estar presente. *"Não penso muito na velhice. Só espero continuar a andar pelo meu pé e estar bem de cabeça..."*. A atitude face ao envelhecimento revela o paradoxo que sustenta a aparente contradição entre o bem-estar do senso comum e a normatividade do bem-estar como estilo de vida saudável. O processo de envelhecimento parece ser considerado, de alguma forma, em consequência da forma como se vive. Mas a forma como se vive não garante um bom envelhecimento. *"Envelhecer com saúde tem a ver com a forma como vivemos. Mas não há muito que possamos fazer, pois não?"*. Isto é, a noção de que um estilo de vida saudável pode contribuir para um envelhecimento com saúde parece ser conhecida mas não assimilada. As precauções face ao envelhecimento, segundo as declarações ouvidas, consistem em 'estar atento' a partir da idade de quarenta e cinco, cinquenta anos, porque é essa a idade em que 'os problemas começam'. A perspectiva é claramente médico-dependente, no sentido de correcção de problemas de saúde que começam a dar sinais. Não está adquirida a noção de 'doenças evolutivas' que se desenvolvem em associação com o estilo de vida. A 'evolução' das doenças associada ao processo de envelhecimento aparece mais numa visão de corpo-máquina que o uso, em si mesmo, gasta, deteriorando. As doenças incapacitantes são temidas numa atitude que volta as esperanças para 'o destino' ou para Deus. Encontra-se esta atitude não só em pessoas adultas, mais ou menos jovens, mas também em pessoas de idade superior a 65 anos: *"Eu como de tudo e nada me faz mal. Até ver!... Já ao meu marido, tudo lhe fazia mal. Teve aquela trombose... e andava sempre na médica, sempre vigiado... não lhe serviu de nada!"*

De uma forma geral, as pessoas que apresentam comportamentos movidos segundo a preocupação da saúde, presente ou futura, são as que, reconhecida ou fantasmaticamente, vivem ou viveram problemas de doença. Nesse caso, adoptam-se os comportamentos, restritivos ou diferentes, que a medicina ditou e, nos outros aspectos em que a medicina nada indicou, mantêm-se os comportamentos das pessoas comuns.

## **Nota conclusiva**

Os resultados preliminares aqui apresentados correspondem ao início da análise do material recolhido na pesquisa. Eles apontam para que na base do comportamento 'saudável' das sociedades modernas se encontra uma racionalidade muito diferente da racionalidade do conhecimento científico, racionalidade do senso comum, ou da lógica da vida que se pode traduzir por: *"podemos ter cuidados: evitar excessos, gorduras, álcool, fazer exercício... é necessário uma certa preocupação desde que não domine a vida das pessoas"*. Como Massé (1995) sintetizou referindo-se às atitudes face à doença, a racionalidade leiga é um sistema cultural que, diferentemente da racionalidade científica, integra valores e normas com experiências prévias, próprias ou alheias e até admite contradições. Com efeito, a contradição que, de facto existe, se apenas tivermos em conta o discurso dominante (oficial) sobre o 'saudável', desaparece como tal se entrarmos também em linha de conta com as outras formas de conhecimento, nomeadamente, a tradição, o gosto e a gestão dos recursos do quotidiano, sejam eles tempo, dinheiro ou ocupações.

## Referências bibliográficas

- BECK, Ulrich ((1986 (1ª ed. alem.) 1998 (ed. esp.)) *La Sociedad del riesgo* Paidós, Barcelona
- BLACKBURN, Clare (1999) Poor health, poor health care - The experiences of low-income households with children in PURDY, Michael & BANKS, David, *Health and exclusion: policy and practice in health provision* Routledge, London 26-44
- BLAXTER, Mildred (1998, (1990 1ª ed.)) *Health and lifestyles* Routledge, Londres
- BOURDIEU, Pierre (1979) *La Distinction - critique sociale du Jugement* Les Editions de Minuit, Paris
- CALNAN, Michael e WILLIAMS, Simon (1991) Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances *Sociology of Health and Illness*, 13, 4, 506-529
- CARMO, Isabel et al. (2000) Estudo da prevalência da obesidade em Portugal *Boletim da Sociedade Portuguesa para Estudo da Obesidade*, 8, 1,
- CRAWFORD, Robert (1977) You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming *International Journal of Health Services* vol 7 (4): 663-681
- D'HOUTAUD, Alphonse; FIELD, Mark G. (1989) *La Santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société* Presses Universitaires de Nancy,
- EUROSTAT Annuaire (1998/99) *Vue statistique sur l'Europe 1987-97*, Luxembourg, Iffice des Publications Officielles des Communautés Européennes
- EYLES, John et al. (2001) What determines health? To where should we shift resources? Attitudes rowards the determinants of health among multiple stakeholder groups in Prince Edward Island, Canada *Social Science and Medicine*, 53, (12), 1611-1619
- FASSIN, Didier (1996) *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF
- FOUCAULT, Michel (1976) *Histoire de la Sexualité. 1. La Volonté de Savoir* Gallimard, Paris
- FRANKENBERG, Ronald (1993) Anthropological and epidemiological narratives of prevention in LINDENBAUM, Shirley e LOCK, Margaret, *Knowledge, Power and Practice, The Anthropology of medicine and everyday life* University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 219-242
- HERZLICH, Claudine (1970) *Médecine, maladie et société* Mouton, Paris
- LAWTON, Julia (2003) Lay experiences of health and illness: past research and future agendas *Sociology of Health & Illness*, 25, 23-40
- LEVINSON, Richard (1998) Issues at the interface of medical sociology and public health in SCAMBLER, Graham; HIGGS, Paul (eds), *Modernity, Medicine and Health* Routledge, London and NY 66-81
- MASSÉ, Raymond (1995) *Culture et santé publique* Gaetan morin éditeur, Paris
- MINKLER, Meredith (1999) Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end *Health Education and Behavior*, 26, 1, 121-140
- MINISTÉRIO SAÚDE, Direcção Geral da Saúde (1997) *A Saúde dos Portugueses* Lisboa
- OMS, Bureau Regional da Europa e Portugal, Ministério da Saúde, DEPS (1985) *As Metas da Saúde para Todos* Portugal, Ministério da Saúde, DEPS, Lisboa
- PNUD, *Relatório do Desenvolvimento Humano* 1999, Lisboa
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1994) *Pela Mão de Alice - o Social e o Político na pós-modernidade* Afrontamento, Porto

- SHAW, Ian (2002) How lay are lay beliefs? *Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 6, 3, 287-299
- SILVA, Luísa Ferreira e Fátima ALVES (2003) *A Saúde das mulheres em Portugal* Porto, Afrontamento
- TOWNSEND, Peter e DAVIDSON, Nick (ed.s) (1983 (1982 1ª ed.)) *Inequalities in health - the black report* Penguin Books, GB
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978) *Declaration of Alma-Ata* Alma-Ata, USSR 3
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion* Ottawa, Canadá 11
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1989) *European Charter on Environment and Health* Frankfurt-am-Main, Federal Republic of Germany 4
- ZIGLIO, E.; HAGARD; S.; GRIFFITHS, J. (2000) Health promotion development in Europe: achievements and challenges *Health Promotion International*, 15, 2, 143-154