

Saúde e doença: um programa crítico de sociologia da saúde

Graça Carapinheiro*

Abstract

This paper presents the contents of a Health Sociology course directed to students of Sociology, which explains the theoretical and conceptual complexity of its substance and the appropriateness of the themes that have been chosen. A particular emphasis is given to the epistemological agenda and to the potentialities that springs up from the intersection of its theoretical paradigms with those one that derive from other areas of sociological knowledge, so that it can acquire the position of a sensitive and critical way of the making of health sociology.

Keywords: sociology of health; health; illness; body; medicalization; health system; health organizations.

Resumo

Neste texto expõe-se a narrativa de um programa de sociologia da saúde para estudantes de Sociologia, procurando mostrar a complexidade teórica e conceptual da organização dos seus conteúdos substantivos e a pertinência das suas escolhas temáticas. É dado um relevo particular às considerações epistemológicas de análise e às potencialidades teóricas que detém para o seu cruzamento com outras áreas de saber sociológico, de forma a conferir-lhe o estatuto de uma forma crítica e sensível de fazer sociologia da saúde.

Palavras-chave: sociologia da saúde; saúde; doença; corpo; medicalização; sistema de saúde; organizações de saúde

Sociologia da saúde em Portugal: o princípio

A reflexão que me proponho fazer neste texto resulta da experiência de ensino da sociologia da saúde a alunos de vários cursos de sociologia ao longo de mais de vinte anos. Embora esta experiência tenha a sua sede primordial e central no ISCTE (actual Instituto Universitário de Lisboa), tendo sido aqui que se criou, construiu e consolidou, a verdade é que, ao longo do tempo, por força de solicitações várias oriundas de outras universidades, ampliou-se e ganhou expressão académica como uma proposta específica e inconfundível de investigar e ensinar sociologia da saúde em Portugal.

* Socióloga, Professora Catedrática do ISCTE, IUL. Endereço electrónico: graca.carapinheiro@iscte.pt

Foi também ao longo deste tempo que aqueles que inicialmente protagonizaram esta proposta, também a reproduziram e alargaram, conferindo-lhe contornos sociológicos particulares, primeiro a partir de investigações inéditas das várias matérias de saúde, doença e medicina na sociedade portuguesa, mais tarde disseminando-as em propostas de ensino autonomizadas, mas cunhadas pelos sinais da sua forma inaugural.

Assim se desenrolou um tempo repleto de desafios, de dilemas e de balanços permanentes sobre as expectativas e aspirações dos alunos relativamente ao que esta especialização sociológica poderia fornecer como contributos para a sua formação, ao mesmo tempo que o foi para os que ensinavam, em termos das necessárias reformulações de uma proposta de programa que potenciasse a rápida incorporação de novos contributos teóricos e empíricos disponíveis na sociologia, nas suas múltiplas versões especializadas, de novas inflexões analíticas que abriam novos ângulos de visualização dos problemas das sociedades contemporâneas, traduzidas em experiências sociais e humanas, de carácter inédito, de viver a saúde e a doença sob novas condições de liberdade e constrangimento e de autonomia e dependência.

Sintetizando de forma abrangente, este olhar retrospectivo sobre as questões que atravessaram a construção dos conteúdos programáticos desta disciplina sociológica ganharam terrenos progressivamente mais alargados de análise, nas inúmeras expressões de medicalização das sociedades, através da sua progressiva e inevitável normatividade biológica, a partir do poder e da influência que adquiriu o conhecimento da genética e ainda por força da ininterrupta reconversão farmacológica dos recursos globais de saúde (Lopes, 2010).

Com este pano de fundo, emergiram novas formas de abordagem sociológica da saúde e da doença, dos seus determinantes e representações sociais, das relações entre profissionais e doentes em diferentes contextos terapêuticos, das influências, nacionais e internacionais, na definição das políticas no sistema de saúde português; dos novos desafios para a saúde pública (por exemplo, o sida, a gripe das aves, o reaparecimento da tuberculose, as novas formas de malária) e das novas formas de desigualdade e discriminação na relação dos indivíduos com os serviços de saúde.

O estudo de todos estes aspectos tem tido em consideração os processos globais de risco e de incerteza que têm moldado a experiência contemporânea de viver a saúde e a doença. Por um lado, os novos conhecimentos e tecnologias de diagnóstico e tratamento

que se confrontam com o crescimento das doenças crónicas e degenerativas, de onde têm emergido novas formas de incapacitação e estigmatização, bem como novos dilemas e implicações éticas. Por outro lado, a complexidade acrescida da gestão da dor e da organização terapêutica dos cuidados continuados e paliativos, reclamando qualificações mais exigentes, capazes de reformular e inovar as competências de todos os agentes de saúde envolvidos. Também as novas formas de desigualdade e exclusão social na saúde são originadas pelo envelhecimento da população, pela pobreza, pela condição de género, pela etnicidade e pela desigual distribuição do conhecimento e acesso aos serviços de saúde. Acresce ainda que apareceram novos agentes, recursos e orientações políticas, novas formas de contratualização na gestão da saúde das populações e novas tecnologias de comunicação e de informação que introduzem alterações significativas nas relações entre as profissões de saúde e os doentes. A estes movimentos não são de todo alheias as novas formas de protagonismo leigo e as racionalidades que as subscrevem que, por exemplo, estão na base do aumento significativo das associações dos doentes (Clamote, 2009).

Sociologia da saúde: a proposta epistemológica

Dar resposta a uma agenda científica tão vasta e complexa exige precauções epistemológicas particulares. Desde logo, a condição prévia de delimitar com clareza as zonas de sombra e de penumbra que se instalam insistentemente na relação da sociologia com a medicina, onde se abrigam várias formas de resistência aos enunciados críticos que a abordagem sociológica propõe sobre os postulados do conhecimento médico e onde se ocultam as premissas da hegemonia do pensamento médico e os pressupostos do ascendente disciplinar da medicina sobre a sociologia, vulgarmente considerados indiscutíveis e incontornáveis.

Esta é, sem dúvida, a operação de ruptura epistemológica mais exigente pois confronta a tradição intelectual da filosofia positivista da medicina ocidental, tanto na sua versão mais clássica (que remonta aos princípios da medicina experimental de Claude Bernard, 1865) e cuja história é necessário fazer, quer na sua versão actualizada, inscrita no paradigma da “evidence based medicine”, Sackett D.L., Rosenberg W.C., Muir-Gray J.A. (1996), cuja oportunidade é necessário interpretar.

Associam-se a esta expressão positivista a exaltação do recurso a sofisticadas tecnologias médicas postas à disposição da prestação de cuidados de saúde, conferindo maior força simbólica e uma base de legitimidade acrescida às representações sociais que atribuem um carácter “sacralizado” à intervenção da medicina, como ciência, profissão e instituição social. A prática da epistemologia crítica ao complexo cognitivo de todas estas representações exige a mobilização de um processo sociológico de desconstrução, árduo e diligente, de colocação dos planos de análise que permitem fazer o debate das implicações decorrentes destas assumpções.

Um dos planos de análise de elevado potencial pedagógico para a contraposição sociológica da definição médica do que é saúde e doença, é a sua consideração como realidades configuradas por dimensões políticas, económicas, culturais, morais, éticas e estéticas, pondo em relevo a necessidade da sua colocação na ordem do mundo e da sociedade. Quer dizer que, independentemente das fenomenologias biológicas e fisiológicas constitutivas das suas realidades médicas e clínicas, saúde e doença podem ser considerados mapas simbólicos reveladores das estruturas políticas, sociais e culturais que lhes dão significado e sentido, implicados em múltiplos regimes de regulação, a que corresponde o estabelecimento de fronteiras morais que apoiam o processo de categorização e etiquetagem das doenças, a partir do funcionamento do modelo binário que, por exemplo, opõe doenças decentes a doenças indecentes; doenças vergonhosas a doenças moralmente aceitáveis; doenças puras a doenças impuras; doenças polutas a doenças impolutas; doenças limpas a doenças sujas, Sontag (1998), Herzlich e Pierret (1984) e Douglas (1966), mas também a consideração das suas condições estéticas, em função dos padrões dominantes de beleza e fealdade (os corpos e as suas deformações, as suas incapacidades, as suas excrescências, os seus artefactos e as suas monstruosidades, Tucherman (2004), e ainda a partir de complicados dispositivos de ordenação ética da experiência de ter saúde ou estar doente.

Ora, relativamente aos dispositivos éticos e à consideração dos princípios e imperativos que os movem, vem a propósito referir que a análise feita neste plano só se completa e ganha eficácia sociológica quando a este se junta um outro que, contrariando todas as convenções político-administrativas dos organismos que asseguram a tutela da gestão da saúde no mundo, com base na compressão do “estado de saúde” e do “estado de doença” a estados absolutos e universais (como é o caso da definição de saúde da

Organização Mundial de Saúde) se propõe o “estado de não saúde” como um problema sociológico.

A resistência oferecida pelos alunos a este conceito equivale ao desmoronar das ideias mais arraigadas sobre o carácter inquestionável do papel da medicina nas sociedades modernas e contemporâneas, como ciência e como instituição social. A surpresa e a perplexidade iniciais que suscita esta proposta conceptual residem exactamente no que menos se pode discutir e, principalmente, romper. Como pôr em causa o pensamento dicotómico que consagra a separação da saúde e da doença em territórios de racionalidade opostos? Com que direito se transgride as condições científicas historicamente estabelecidas sobre a desejabilidade individual e colectiva da saúde? Direito e dever de saúde unem-se num nó ideológico inextrincável que não admite oposição, desobediência, transgressão e desvio e é exactamente porque o estado de não saúde admite uma ampla margem de autonomia, de livre arbítrio, de auto-reflexividade nas escolhas de vida e de saúde que aqui se faz sentir a normatividade dominante da defesa intransigente da fronteira que separa saúde e doença, como as fronteiras que separam o normal e o patológico, a ordem da desordem, o natural do social, o racional do irracional, a razão da emoção, entre outras.

Clarificar os termos da problematização sociológica quanto ao estatuto conceptual e analítico do “estado de não saúde” equivale a revelar que as referências humanas para a organização da vida, da saúde e da construção da realidade corpórea de cada um não se reduzem exclusivamente às da medicina e de todas as formas de “especialismo” do saber médico, que difundem recomendações, orientações, guias de conduta, manuais de aconselhamento, medidas de prevenção, ampliando a intervenção médica aos objectivos de “aconselhar”, de “guiar”, de “educar”, de “prever”, de “gerir” e de “acompanhar”, dilatando e reforçando os limites da sua vigilância e controlo, na exacta medida do crescimento da sua controvérsia, incerteza e indeterminação. As controvérsias e os dilemas éticos que decorrem da atribuição do estatuto legítimo das escolhas individuais em matéria de saúde e de doença e, portanto, à diluição da fronteira entre “estilos de vida saudáveis e não saudáveis” têm estado na origem de uma vasta literatura orientada para o resgate do domínio da experiência humana face aos constrangimentos sociais e condicionamentos normativos que a pretendem disciplinar.

É aqui que também se colocou, e ainda coloca, a questão da emancipação da sociologia da saúde e da doença do modelo biomédico, visível tanto na influência da medicina sobre a saúde das populações, como na incidência da predominância moral da medicina sobre o constrangimento social (a medicalização do desvio) e sobre os fenómenos de concentração de poder nas sociedades (a medicina como instituição social). Trata-se da tendência identificada por vários autores de a alçada da jurisdição médica incluir um número cada vez maior e mais diversificado de problemas; de continuar a reclamar uma acção profissional autónoma, sujeita ao exercício da sua exclusiva regulação; e de tentar conservar a sua posição de dominância profissional na organização da divisão do trabalho médico, colocando as outras profissões na posição de dependência e subalternidade Gill e Twaddle (1977).

No fascínio que os alunos revelam pelas soluções oferecidas pelas tecnologias médicas para a resolução dos problemas de saúde reside um outro importante plano de análise construído pela abordagem sociológica, que se propõe desocultar a construção de sistemas de poder à volta das tecnologias médicas para a produção de cuidados médicos de alta complexidade, articulando-se-lhes processos de desigualdade social no acesso a cuidados de saúde, de carácter estratégico, que estas tecnologias disponibilizam. Trata-se do fenómeno das “tecnocracias médicas”, que se produzem maioritariamente nas práticas médicas hospitalares, Serra (2008).

As investigações realizadas demonstram que quando as tecnologias (vistas num sentido amplo, abarcando equipamentos, conhecimentos e competências profissionais específicos, recurso a múltiplas especialidades médicas, condições espaciais e temporais particulares) são raras e são inovadoras na inauguração de práticas médicas especializadas e hiper-especializadas, que estão na base de novas formas de reforço do prestígio e autoridade médicos, geram-se processos de organização de sistemas de poder que se alojam nas organizações de saúde, e que por elas são aceites, pelos efeitos reprodutivos que o poder destes sistemas manifestam ter sobre o poder da organização. Mas, tanto a montante, como a jusante, surgem novas configurações de desigualdade social. A montante, nem todos os profissionais capacitados podem participar, ou seja, existem conflitos inter- e intra-profissionais e disputas entre várias especialidades médicas que concorrem para a demonstração do carácter único dos seus conhecimentos e competências na luta pelo acesso a esse aparelho médico de poder e às suas condições

excepcionais de trabalho (no sentido dos desafios que colocam aos saberes profissionais), onde nem todos podem ficar. A escolha é auto-regulada, ficando, portanto, fora da alçada dos mecanismos de controlo da organização. A jusante situam-se todos os processos de selecção dos doentes que podem usufruir da especialização destes cuidados médicos que, passando predominantemente pelo exercício do escrutínio médico, abre espaço a potenciais formas de discriminação e exclusão sociais.

Este exercício de reflexão sociológica é particularmente útil porque, independentemente das características fascinantes da operatividade destas tecnologias para curar doenças e salvar vidas, os alunos compreendem a sua não neutralidade aos valores e aos interesses dos projectos de poder das profissões, tanto mais determinantes quanto se apoiam em conhecimento muito codificado, não protocolado e insusceptível de gerar rotinas. Por outro lado, interpretam melhor o mundo das organizações de saúde e da sua íntima relação com os fenómenos de poder, compreendendo como não estão dissociados de processos de categorização dos doentes que, podendo à primeira vista parecer ser de natureza estritamente clínica, no fundo acabam também por ser de carácter social.

Sociologia da saúde: novas interdependências teóricas

Também neste programa é dado um relevo particular às contribuições da sociologia do corpo, nomeadamente quando se pretende equacionar as transformações corporais à luz das mudanças culturais.

Entendem-se estas mudanças culturais, segundo as suas vertentes sócio-demográficas, económicas e de natureza técnica, científica e profissional que estão a ocorrer nas sociedades contemporâneas, de forma a repor o enquadramento mais vasto dos factores que prendem o corpo à natureza e à cultura, em arranjos sociais sempre mutáveis e sempre articulados à ideia de que falar do corpo corresponde a falar de realidades corpóreas, histórica e culturalmente configuradas.

É a partir destes pontos de vista que se propõe que a reflexão sociológica sobre o corpo seja capaz de reconhecer o itinerário da sua emergência, associado ao feminismo, ao envelhecimento das populações, às transformações do consumismo contemporâneo, ao desenvolvimento das tecnologias e práticas médicas de transformação corporal (que

tornam vários aspectos do corpo politicamente problemáticos), assim como a novas formas de lazer e desportos massificados, em que a beleza e a boa forma física do corpo são realçadas.

Claro que neste reconhecimento está implicada a crítica ao positivismo, especialmente do legado cartesiano que, ao separar o corpo do espírito, desdobrou uma abordagem científica em que os acontecimentos mentais, espirituais ou emocionais foram separados dos mecanismos bioquímicos do corpo, com impacto no desenvolvimento das teorias do conhecimento que enfatizam a interacção dos fenómenos naturais, físicos e culturais. Nesta ideia reside a perspectiva do “embodiment”, ou seja, que os seres humanos são encorporados, Turner (1987; 1992).

Mas também não deixa de ser necessário referir que os estudos levados a cabo por sociólogos e antropólogos demonstraram que o corpo é uma superfície social de inscrição da história e da cultura das sociedades humanas onde, desde sempre, se desenvolveram metáforas, Sontag (1998), noções sobre a poluição do corpo, com um papel crucial para a definição da normalidade social. É assim que Mary Douglas (1966) mostrou como as noções sobre a poluição permitem estabelecer ordens sociais específicas contra a incerteza e o perigo, e como o corpo humano é visto como metáfora da estabilidade social.

É a partir desta posição analítica do corpo que surgem os principais debates teóricos da sociologia que dele se ocupa. Por um lado, os autores que consideram que o corpo humano não é apenas um dado biológico, mas uma construção social, produzido por discursos e práticas sociais, propondo as ideias de “body with organs” e “body without organs”, Fox (1999). O que é importante realçar é que nestas ideias não estão decretados o corte e a separação disciplinar, em que as ciências sociais se ocupariam apenas das problemáticas contidas no “corpo sem órgãos”, enquanto as ciências da saúde se ocupariam dos fenómenos do “corpo com órgãos”. A sociologia interessa-se também pelo “corpo com órgãos” e faz dele o seu objecto porque, desde os seus estudos seminais, examinou as representações sociais que se produzem sobre a localização dos órgãos no interior do corpo e a diversidade cultural da expressão das suas sintomatologias, porque descobriu a diferenciação dos limiares à dor e a sua conexão a factores religiosos e culturais de diferentes grupo étnicos, Cox e Mead (1976) e porque a maior transparência das configurações físicas e fisiológicas dos órgãos internos,

revelada pelo maior encarniçamento tecnológico das intervenções médicas, reordenaram e recompuseram as representações sociais sobre a sua anatomia, tornando mais significativa a interdependência entre o exterior e o interior do corpo, como se estivéssemos a assistir à reemergência de uma nova entidade corporal onde sempre converge a síntese de todas as experiências.

Por outro lado, para Foucault (1963) o corpo não é um subcampo do social (em que a sociologia do corpo apareceria como uma forma de especialismo), mas um lugar da inscrição do social e do exercício do poder, melhor, um lugar de registo de todas as formas da sua repressão. Neste entendimento está implícita a imagem do corpo como a de um palco onde se investem discursos e contra-discursos que, de certo modo, fabricam o corpo. Mas quer uns e outros não são neutros, pois têm em vista o exercício do poder, o que quer dizer que a gestão do corpo aparece no processo civilizacional (Elias, 2000, também apresenta esta ideia como estando na base de importantes transformações corporais de longo alcance e de longa duração) como o meio essencial de produzir a ordem social. Também no pensamento foucaultiano é considerado que o impacto tecnológico complexifica o estudo do corpo, tornando-o uma entidade cada vez mais instável e fragmentada, que está na origem do entendimento do corpo contemporâneo como corpo pós-moderno.

Neste primeiro terreno de debate teórico, o que é pedagogicamente interessante para os objectivos do programa é preparar os alunos para a relação analítica entre saúde, doença e corpo, como uma base de organização teórica prévia, que permita acolher novos contributos sociológicos ligados a novas formas de questionamento, nomeadamente face às questões do risco, da incerteza e da confiança.

Se tivermos em linha de conta o que Jewson denominou como cosmologias médicas (1976), é possível delimitar alguns períodos na história social do corpo: a “bedside cosmology”, correspondente às sociedades europeias pré-modernas, em que a doença era localizada dentro do contexto do “sistema total do corpo”, em vez de um órgão ou tecido particular; a “cosmologia hospitalar” que representou a institucionalização de uma cosmologia orientada para a patologia; a “cosmologia laboratorial” orientada para as células, entendidas como a unidade fundamental da vida; a “cosmologia genética” orientada para o gene, sendo a vida representada pelo ADN e pelas características

decifráveis no infinitamente pequeno, em que a vida biológica, o corpo e o indivíduo com o seu genoma podem ser lidos, reduzindo o corpo à condição de informação.

As cosmologias do corpo transformam-se na medida em que a construção de um corpo informacional, de um corpo que poderá ser replicado faz ruptura com o corpo enquanto globalidade, uno e indivisível, perfeitamente distinguível no tempo e no espaço. O autor interroga-se sobre se o paradigma genético (a tentação de tudo explicar acerca do homem, da sua saúde, dos seus comportamentos, através do retrato do genoma), não poderá consubstanciar um novo “olhar clínico”, uma biopolítica apoiada numa medicina a funcionar cada vez mais num sistema de controlo, de gestão da população e de normalização face a um padrão genético.

Esta inquietação é posta à consideração dos alunos, através de duas investigações que permitem traçar os contornos sociológicos do risco na sociedade portuguesa, Mendes, (2007) e Augusto (2004). Em ambos perfila-se uma nova lógica, dotada de uma consensualidade crescente em torno da discussão dos binómios “responsabilidade/irresponsabilidade”, “saber/não saber”, “fazer ou não fazer testes e tratamentos”, o que quer dizer que em torno da genética se estão a formar novas dinâmicas de construção de identidades, novas representações e relações com o mundo. Tudo isto acontece num quadro social de fundo repleto de incerteza e contingência, em sociedades profundamente medicalizadas, com a ascensão progressiva do paradigma genético, em que a emergência de vários riscos se expande e se multiplica e em que se altera a posição da ordem do biológico na ordem do social.

Assim, é possível debater com os alunos entidades conceptuais, como “regimes de risco específico”, “estratégias de aproximação ao risco”, “simbólicas do risco”, “regimes dos saberes”, “risco como oportunidade e como fatalidade”, “confiança pericial”, “o carácter histórico, a multidimensionalidade experiencial e a complexidade cultural da racionalização social e científica dos fenómenos da reprodução do corpo”, “perspectiva biomédica versus perspectiva leiga do risco”, “risco epidemiológico versus risco social”, “medicalização versus desmedicalização e remedicalização” que, no seu conjunto, configuram uma analítica do risco”, como base de uma nova agenda das políticas da vida, Carapinheiro (2007).

Sociologia da Saúde: das práticas políticas às formas organizacionais

Num programa que pretende fornecer formação sociológica sobre a saúde e a doença, é inevitável a organização de um conjunto de conhecimentos, mais ou menos desenvolvido, de acordo com o tempo disponível, sobre o sistema de saúde português, as suas concepções políticas e as suas formas de regulação, tanto a nível nacional, como supranacional e transnacional.

Aliás, não poderia ser de outro modo, porque todos os objectivos programáticos e conteúdos substantivos, já anteriormente explicitados, conduzem necessariamente a sua operacionalização para os terrenos concretos das práticas políticas e para os contextos terapêuticos onde estas práticas tomam lugar. Mas se, em princípio, poderíamos julgar que seriam dispensáveis quadros conceptuais próprios, de carácter sociológico, a verdade é que tal crença constituiria uma perigosa armadilha, já que estudar o sistema de saúde português e as suas políticas exige, desde logo, um grau de prudência considerável quanto à hegemonia da linguagem canónica do campo e à sua aparente irrefutabilidade. A análise obriga-nos a situarmo-nos no epicentro da concepção e decisão políticas e, por isto mesmo, em alternativa ao discurso jurídico-político que domina este campo de análise, é necessário propor a linguagem sociológica e institui-la como a grelha interpretativa dominante de realidades que só aparentemente parecem ser de carácter factual.

Estas são as razões para se iniciar esta matéria com a prévia apresentação de um quadro conceptual que, desde logo, clarifica a distinção entre “modos de produção de saúde”, “modos de produção de cuidados” e “ideologias terapêuticas”, partindo de uma leitura de raiz marxista. Com base nela, e neste aspecto reside uma das suas principais virtualidades, é possível destacar como modos de produção de saúde, o “modo de produção estatal”, o “modo de produção capitalista” e o “modo de produção artesanal”. Numa primeira apreciação, parece verosímil que sejam estes os três modos de produzir saúde, mas de facto a linguagem de caracterização do sistema de saúde omite sistematicamente o modo de produção artesanal. Trata-se de sistemas com origem nos recursos terapêuticos da comunidade e, como tal, estão sujeitos a várias formas de produção e de regulação comunitária. Por outro lado podem realizar-se ou não sob uma

base mercantil e quando essa base existe, podem funcionar segundo diferentes modalidades de pagamento.

O mesmo acontece com o modo de produção capitalista que, na linguagem comum, costuma vir associado apenas à prática da medicina biomédica privada, omitindo as medicinas alternativas e/ou complementares que, em alguns casos, por direito próprio já se organizaram segundo a lógica de mercado. Mas também ao nível da produção estatal o modo de produção detém especificidades que se interligam à história do sistema de saúde português, pois actualmente não se confina apenas à produção de cuidados de saúde em estabelecimentos públicos de saúde, mas também em estabelecimentos privados para os quais é delegada essa produção, pelo efeito do processo de descapitalização do sector público.

No que diz respeito ao modo de produção de cuidados, não é de todo suficiente substituir este conceito por medicinas (p. ex. as medicinas e a natureza das suas práticas), tipificadas de acordo com a classificação por carreiras ou especialidades. O que com este conceito queremos salientar é que nos referimos a uma específica configuração das relações sociais que envolve todos os participantes, directa ou indirectamente implicados na produção de cuidados, de acordo com o tipo de patologias tratadas, as tecnologias disponíveis, as infra-estruturas materiais e não apenas a um sistema de tratamento, cuja lógica, neste caso, residiria apenas no funcionamento interno dos saberes profissionais postos em acção em relações exclusivamente funcionais.

Por seu lado, as ideologias terapêuticas são apresentadas como os marcadores das concepções da prática dos cuidados de saúde, com uma estrutura compósita, e que se entrelaçam nos diferentes modos de produção de cuidados, dando-lhes uma tónica asilar dominante (custódia de doentes), ou de intervenção clínica para curar e recuperar os doentes (terapia somática), ou de recuperação face ao confronto com a experiência de internamento (psico-terapêutica) ou de orientação continuada e paliativa (gestão de sintomas insuportáveis e acompanhamento de situações terminais). Na sua heterogeneidade, em qualquer dos casos, cada uma das concepções estabelece-se em relações de clivagem com as restantes, através de operações de valorização e desvalorização recíprocas.

Estas concepções e respectivos dispositivos ideológicos acabam por estabelecer relações entre as ideologias sociais e as ideologias profissionais, nomeadamente da profissão médica e da profissão de enfermagem, quer quando são encaradas pela perspectiva do recrutamento social dos profissionais, quer quando são encaradas pela perspectiva do recrutamento social das clientelas.

Este complexo conceptual permite aos alunos ensaiarem as suas primeiras experiências de investigação em contextos terapêuticos variados e reconhecerem os factores de carácter estrutural que se entrecruzam nas relações sociais que configuram o processo de trabalho em saúde.

Preparada esta base conceptual, é possível mergulhar na análise do sistema de saúde e na ponderação da sua carga histórica e simbólica, sempre contextualizada pela evolução do sistema político, pontuada pelo regime dominante de acção das diferentes filosofias políticas que marcaram a governação da saúde e especificada pelos regimes de regulação, interna e internacional que, de uma forma pendular, imprimiram a sua direcionalidade na concretização das principais reformas da história recente do sistema de saúde, Carapinheiro (2006).

A compreensão de todas estas determinantes sociais do sistema não prescinde do conhecimento das principais organizações de saúde que constituem a matriz de base das práticas sociais dos principais actores estratégicos da saúde, das suas orientações políticas e das suas estratégias de poder. Daí se ter concedido um espaço significativo para o conhecimento das especificidades dos seus modelos de organização, a partir dos contributos teóricos dos autores que têm detido uma posição central para a sua teorização: Weber e o modelo da burocracia racional, Gerth e Mills (1946); Goss e o sistema dual de autoridade (1963); Steudler e o sistema dicotómico (1974); Freidson e a dimensão do poder dos profissionais (1986); Goffman e o modelo de instituição total (1968); Foucault e o conceito de panóptico (1963; 1975); Strauss e a perspectiva da ordem negociada (1963; 1978).

É com base nesta extensa teorização que os alunos fazem a sua primeira iniciação às profissões de saúde e às suas estratégias de poder, trabalhando os conceitos de autonomia, autoridade, dominância, legitimidade e legitimação; que aprendem o valor heurístico da estrutura formal e informal das organizações; e, finalmente, acedem a um

primeiro conhecimento sobre managerialismo e profissionalismo, como ideologias de gestão e racionalização, em confronto nas principais organizações de saúde.

Referências

AUGUSTO, Amélia (2004), *Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida: dos problemas privados aos assuntos públicos*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Covilhã, Universidade da Beira Interior.

BERNARD, Claude, (1865), *Une Introduction à la Médecine Experimental*, Paris, Flammarion.

CARAPINHEIRO, Graça (2006) “A saúde enquanto matéria política” in Graça Carapinheiro (Org.^a), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Editores Pé de Página.

CARAPINHEIRO, Graça (2007), “Saúde e risco na sociedade portuguesa: para uma nova agenda das políticas da vida” in José Manuel Viegas, Helena Carreiras e Andrés Malamud (orgs.), *Portugal no Contexto Europeu*, Vol.1, Instituições e Políticas, Lisboa, Celta Editora.

CLAMOTE, Telmo (2009), *Associações de Doentes e Protagonismo Leigo na Regulação da Saúde*, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra FEUC), Tese de Mestrado em Sociologia.

COX, Carolyn e MEAD Adrienne (1975), *A Sociology of Medical Practice*, Londres, Collier-Macmillan.

DOUGLAS, Mary (1966), *Pureza e Perigo*, Lisboa, Edições 70.

ELIAS, Norbert (2000), *The Civilizing Process – sociogenetic and psychogenetic investigations*, Massachusetts, Blackwell.

FOUCAULT, Michel (1963), *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF.

FOUCAULT Michel (1975), *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard.

FREIDSON, Eliot (1986), *Professional Powers*, Chicago, The University of Chicago Press.

FOX, Nicholas Jay (1999), *Beyond Health. Postmodernism and Embodiment*, Londres, Free Association Books.

- GERTH e MILLS (orgs.), (1946), *Max Weber, Ensaios de Sociologia*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- GILL D e TWADDLE A. (1977), “La sociologie médicale: que recouvre ce terme?”, *Revue Internationale des Sciences Sociales*, Paris, UNESCO, nº. 3.
- GOFFMAN, Erving (1968), *Asiles*, Paris, Minuit (1.^a edição na Doubleday Anchor, 1961).
- GOSS, Mary (1963), “Patterns of bureaucracy among hospital physicians” in Eliot Freidson, *The Hospital in Modern Society*, Nova Iorque, The Free Press.
- HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine. (1984), *Malades d'Hier, Malades d'Aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot.
- TUCHERMAN, Ieda (2004), *Breve história do corpo e dos seus monstros*, Lisboa, Livros Quetzal.
- JEWSON N. (1976), “The Disappearance of the “sickman” from medical cosmology”, *Sociology*, nº. 10, pp. 225-244.
- LOPES, Noémia Mendes (Org.), CLAMOTE, Telmo, RAPOSO, Helder, PEGADO, Elsa e RODRIGUES, Carla (2010), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Porto, Edições Afrontamento.
- MENDES, Felismina (2007), *Futuros Antecipados. Para uma sociologia do risco genético*, Porto, Edições Afrontamento.
- SACKETT D.L., ROSENBERG W.C., MUIR-GRAY J.A., Haynes R.B., RICHARDSON, W.S., “Evidence based medicine: what it is and what it isn't”. *BMJ*, 1996 (312) 71- 2.
- SERRA, Helena (2008), *Médicos e Poder. Transplantação Hepática e Tecnocracias*, Lisboa, Edições Almedina.
- SONTAG, Susan (1998), *A doença e as suas metáforas e a Sida e as suas metáforas*, Lisboa, Livros Quetzal.
- STEUDLER, François. (1974), *L'Hôpital en Observation*, Paris, Armand Colin.
- STRAUSS, Anselm (1963), “The Hospital and its negotiated order” in Eliot Freidson (org.), *The Hospital in Modern Society*, Nova Iorque, The Free Press.
- STRAUSS, Anselm (1978), *Negotiations*, São Francisco, Jossey-Bass.
- TURNER, BRYAN S. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Londres, Routledge.
- TURNER, Bryan S. (1992), *Regulating Bodies, Essays in Medical Sociology*, Londres, Routledge.