



Maria do Rosário Tomás Rosa

Protagonismos leigos alternativos nas trajetórias de saúde

Tese de doutoramento na área científica de Sociologia,
Especialidade de Sociologia da Saúde

Universidade Aberta

Agosto de 2013



Maria do Rosário Tomás Rosa

Protagonismos leigos alternativos nas trajetórias de saúde

Tese de doutoramento na área científica de Sociologia,
Especialidade de Sociologia da Saúde

Orientação do trabalho:

Professora Doutora Luísa Ferreira da Silva

Professora Doutora Fátima Alves

Universidade Aberta

Agosto de 2013

**Esta tese foi realizada com o apoio
da
Fundação para a Ciência e Tecnologia
BD: SFRH/BD/30210/2006**

Agradecimentos:

Um trabalho de investigação é sempre um trajeto e um produto de múltiplas partilhas. Mais do que palavras (sempre redutoras) de simpatia e de retribuição para com aqueles que fizeram parte do percurso de realização desta tese, estes agradecimentos pretendem, honestamente, assumir a coautoria deste trabalho com:

A Fundação para a Ciência e Tecnologia, pela concessão da bolsa de doutoramento - BD: SFRH/BD/30210/2006 - apoio indispensável para a realização desta investigação.

As minhas orientadoras, Professora Luísa Ferreira da Silva e Professora Fátima Alves, pelos seus trajetos e produções científicas enriquecedoras nesta área do conhecimento, e pela compreensão, persistência, orientação e amizade.

A Professora Madel Luz pela disponibilidade e partilha generosa de tantos saberes, académicos e de vida, pela jovial e sempre estimulante convivialidade, pelo carinho e pela amizade.

Tantos dos meus mestres, professores, autores, pelos desafios, angústias, entusiasmos e descobertas. Recordo, em especial, a Professora Graça Carapinheiro, no meu despertar para a Sociologia da Saúde ainda durante o tempo de licenciatura no ISCTE.

Aos meus entrevistados, pela disponibilidade e partilha do que nem sempre se revelou fácil de dizer.

As minhas colegas dos Seminários de Saúde da Universidade Aberta do Porto, pelo debate e pela provocação académica.

A Dulce Pombo pelas conversas e materiais de trabalho de áreas mais específicas, ainda pouco documentadas.

A equipa do ONVG, em especial a Ana Lúcia, pelo apoio e pela enorme generosidade em compensar as minhas ‘falhas’ em tempos de maior pressão, durante o tempo em que fiz parte da equipa.

O Professor Manuel Lisboa pelo suporte fundamental para a conciliação entre trabalho, família e tese, e pela amizade.

A equipa do *Memoriamedia* (Filomena Sousa e José Barbieri) pela possibilidade de com eles trabalhar e aprender, e por todo o apoio e amizade.

As minhas amigas e amigos, de agora e de sempre, pela paciência, força, estímulo, afetos, risos e conversas, em especial a Mena, a Vanda, a Gabriela, o Rodolfo, o António e o Martin.

A família Jorge – Rosário, Mariana, Elvira, Manuel – por constituírem sólidos pilares de apoio e de afeto no crescimento da minha filha, fundamentais, sobretudo, nos meus tempos de ausência.

O Carlos pela resistência, paciência, incentivo e suporte incondicional ao meu ‘modo de espera’ durante o tempo em que lhe foi possível esperar.

Os meus pais, pelo apoio e pelos valores.

Os meus avós maternos, pela simplicidade do amor.

Para a minha filha Leonor, por tudo.

Resumo

A expansão dos sistemas alternativos de saúde dá lugar ao pluralismo de cuidados que corresponde a construções reflexivas de percursos que estão para lá da normatividade da medicina. As escolhas leigas destes cuidados correspondem a racionalidades distantes da razão da ciência ao constituírem-se como sistemas explicativos complexos que se referem à experiência subjetiva.

Esta tese, de carácter exploratório, problematiza o fenómeno dos ‘protagonismos alternativos nas trajetórias de saúde’ entendido como as atitudes agenciais de construir a própria saúde com recurso a abordagens que não se incluem na biomedicina. Sendo este fenómeno relativamente recente na sociedade portuguesa e praticamente não analisado sociologicamente, interessa-nos situar os pilares analíticos que baseiam a sua compreensão. Estabelecemos um diálogo teórico entre alguns pilares da racionalidade positivista, dualística, cartesiana que marca o conhecimento científico e o pensamento moderno da ciência e da biomedicina (e dos discursos oficiais de saúde que dele derivam) para o questionamento dos sentidos e significados dos movimentos leigos de adesão às medicinas alternativas e complementares.

A nossa intenção é o entendimento da ação leiga que se desloca do sistema oficial, biomédico de cuidados de saúde para a procura de vias alternativas de a cuidar e promover. Utilizamos uma abordagem compreensiva que se serve da metodologia qualitativa, através das entrevistas em profundidade com dezoito sujeitos utilizadores dos sistemas de cuidados de saúde alternativos. O que leva os indivíduos a procurar sistemas ‘alternativos’ para promover a saúde e lidar com a doença? Como integram esses sistemas no seu quotidiano e como os articulam com o sistema biomédico? Quais as racionalidades leigas que privilegiam na sua configuração explicativa e interventiva? Como é que eles surgem e se posicionam nas trajetórias de saúde?

Nas racionalidades leigas, a ‘saúde’ e o ‘saudável’ são categorias de pensamento que o sujeito constrói na relação consigo mesmo e com a vida, e não apenas com um corpo sintomático ou biológico. A ação que os sujeitos protagonizam na procura das medicinas alternativas deriva desse entendimento de si e dos seus contextos de vida, que não pretendem separar das vivências da saúde, mas antes integrar através de uma saúde holística. Os ‘protagonistas alternativos da saúde’ são sujeitos informados, críticos das estruturas envolventes, e que decidem as suas escolhas de saúde, de forma racional, negociada subjetivamente, no quadro de possibilidades a que cada um pode aceder. Assim como as racionalidades leigas, eles apresentam linhas de proximidade e elementos diferenciadores entre si. Neste estudo encontrámos dois perfis-tipo de protagonismos alternativos na saúde: o ‘pragmático’ e o ‘criativo’.

Palavras-chave: Saúde; Racionalidades Leigas, Medicinas alternativas e complementares; Protagonismos alternativos de saúde; Trajetórias de saúde.

Abstract

The emergence of alternative health systems gives rise to the plurality of care that corresponds to the reflexive construction of pathways that are beyond the normativity of medicine. These choices correspond to lay rationalities of science away from the reason as to constitute complex explanatory systems that refer to subjective experience.

This thesis discusses the phenomenon of 'alternative protagonists in trajectories in health' understood as active attitudes to build their own health using approaches that are not included in biomedicine. Once this is a relatively new phenomenon in the Portuguese society and has virtually no sociological analysis, we are interested in placing the analytical pillars that sustain their understanding. We establish a theoretical dialogue between some pillars of positivist rationality and Cartesian dualistic that signals the scientific knowledge and modern thought of biomedicine (and official discourses of health that are derived from it) for questioning the sense and meaning of lay movements accession to alternative and complementary medicines.

Our intention is to understand the lay action that moves out from the official system, biomedical health care for the search for alternative ways to nurture and promote. We use a comprehensive approach that makes use of qualitative methodology, through in-depth interviews as a tool for empirical work. What leads individuals to seek systems 'alternative' to promote health and deal with the disease? How to integrate these systems in their daily lives and how to articulate with the biomedical system? What are the lay rationalities that focus alternative systems in its explanatory and interventional configurations.

In lay rationalities, 'health' and 'healthy' are categories of thought that the subject builds on the relationship with himself and life, and not just a symptomatic body. The action that subjects promote in the search of alternative medicines derive from this understanding of themselves and their life contexts that they do not want to separate from health experiences. The 'alternative health actors' are informed subjects, critical of surrounding structures, deciding about their health choices, in a rational, negotiated way, within the framework of possibilities that each one can access. In this study we found two profiles-type of health alternative protagonists: the 'pragmatic' and 'creative'.

Keywords: Health; Lay rationalities; Complementary and alternative Medicines (CAM); Alternative health protagonists; Trajectories of health.

Résumé:

L'émergence des systèmes de santé alternatifs donne lieu à la pluralité des soins qui correspond à la construction réflexive de voies qui sont au-delà de la normativité de la médecine. Ces choix correspondent à jeter les rationalités de la science loin de la raison au point de constituer des systèmes complexes explicatives qui se réfèrent à l'expérience subjective.

Cette thèse aborde le phénomène des «trajectoires protagonistes alternatives en santé» entendue comme une attitude active pour construire leur propre santé en utilisant des approches qui ne sont pas inclus dans la biomédecine. Comme ce phénomène c'est relativement nouveau et comme dans la société portugaise n'y a pratiquement pas aucune analyse sociologique, nous sommes intéressés à placer la base des piliers d'analyse de leur compréhension. Nous établissons un dialogue théorique entre certains piliers de la rationalité positiviste, dualiste, cartésienne marquant la connaissance scientifique de la biomédecine et la pensée moderne (et les discours officiels de la santé qui en sont dérivés) pour interroger le sens et la signification des mouvements de laïcs adhésion aux médecines alternatives et complémentaires.

Notre intention est de comprendre l'action laïc qui se dégage du système officiel, biomédicale, des soins de santé, pour la recherche de chemins alternatives pour la soigner et promouvoir. Nous utilisons une approche globale qui fait usage de la méthodologie qualitative, grâce à des entrevues en profondeur comme un outil pour le travail empirique. Ce qui conduit les individus à rechercher «alternative» des systèmes visant à promouvoir la santé et traiter la maladie? Comment intégrer ces systèmes dans leur vie quotidienne et comment articuler avec le système biomédical? Quelles sont les rationalités laïques qui mettent l'accent dans sa configuration explicative et interventionnelle, les systèmes alternatives?

Dans les rationalités laïcs, «santé» et «saine» sont des catégories de pensée que le sujet construit dans la relation avec soi-même et avec la vie, et pas seulement un corps symptomatique ou biologique. L'action que les sujets protagonistent dans la recherche des médecines alternatives dérivent de cette compréhension d'eux-mêmes et de leurs contextes de vie, qui ne se destine pas de separer des expériences de la santé, mais auparavant intégrer par une santé holistique. Les «acteurs de la santé alternative» font l'objet éclairé, critique des structures environnantes, et que décident leurs choix de santé, de manière rationnelle, négocié dans le cadre des possibilités que chacun peut accéder. Dans cette étude, nous avons trouvé deux profils de type protagonismos Alternative Santé: le «pragmatique» et «créative».

Mots-clés: Santé; Rationalités lay, ;Médecine alternative et complémentaire, ;Acteurs de la santé alternative ; Trajectoires de santé.

Conteúdos

ÍNDICE DE QUADROS.....	12
INTRODUÇÃO	13
PARTE I - CRUZAMENTOS TEÓRICOS NA ABORDAGEM DOS PROTAGONISMOS ALTERNATIVOS DE SAÚDE.....	19
Capítulo 1 – Saúde na sociedade contemporânea	20
1.1. Doença, saúde e medicina: principais transformações socioculturais.....	20
1.2. A saúde como campo de estudo da sociologia contemporânea.....	28
Capítulo 2 – A (des) construção da saúde: questionando a dominância do discurso biomédico	33
2.1. A promoção da saúde: da prevenção da doença ao risco em saúde	34
2.2. Crise da medicina e da saúde	40
2.3. A dessacralização da ciência	43
Capítulo 3 – ‘Medicinas alternativas e complementares’ – do contexto institucional à abordagem sociológica.....	49
3.1. A institucionalização e classificação das ‘medicinas alternativas e complementares’ no mundo ocidental	49
3.2. As ‘terapêuticas não convencionais’ no Serviço Nacional de Saúde	54
3.2.1. Influências externas.....	55
3.2.2. O Serviço Nacional de Saúde e o monopólio biomédico	57
4.1. A abordagem sociológica das ‘medicinas alternativas e complementares’	63
Capítulo 4 - Protagonismos leigos alternativos na saúde: delimitação do objeto de estudo	72
4.1. A construção leiga ‘alternativa’ na saúde: dimensões teóricas	75
4.2. Dimensões de análise	84
4.2.1. Dimensão sociocultural	85
4.2.2. Dimensão espaço-temporal	90
4.2.3. Dimensão subjetiva-identitária.....	94

PARTE II - CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO EMPÍRICO	99
Capítulo 1 – Metodologia compreensiva	100
Capítulo 2 - As entrevistas e procedimentos de aplicação	104
Capítulo 3 – Sujeitos do estudo.....	110
Capítulo 4 - Análise e tratamento da informação empírica.....	112
PARTE III - ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS EMPÍRICOS.	116
Capítulo 1 – Caracterização geral dos sujeitos do estudo	117
1.1. Breve descrição sociográfica.....	117
1.2. Experiência(s) de consumos e práticas de ‘medicinas alternativas e complementares’ .	118
Capítulo 2 – Protagonismos alternativos na saúde – linhas gerais de análise.	121
Capítulo 3 – Consumos, práticas e fontes de informação	123
3.1. Consumos e práticas de saúde ‘alternativas’	124
3.2. Fontes e tipos de informação.....	130
Capítulo 4 – Sentidos e lógicas leigas de ação.....	136
4.1. Conceções de saúde.....	138
4.2. Conceções de doença	142
4.3. Sistemas de referência.....	145
4.3.1. Sistemas médicos periciais.....	145
4.3.2. Sistema de referência leigo	151
4.4. Consumos de saúde significantes	155
Capítulo 5 – Trajetórias ‘alternativas’ de saúde.....	169
5.1. Finalidades do uso de ‘medicinas alternativas e complementares’	172
5.2. Constrangimentos na utilização	175
5.3. Racionalidades leigas ‘alternativas’ na saúde	178
5.4. Referenciação espaço-temporal	184
PARTE IV – SÍNTESE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.	199

Capítulo 1 – Os protagonismos alternativos na saúde como movimento leigo no contexto da modernidade tardia.....	200
1.1.Os sentidos e as lógicas contidas nas percepções que definem a saúde e o saudável	200
1.2. O papel da agência individual nas escolhas dos cuidados de saúde alternativos	209
Capítulo 2 – Protagonismos leigos alternativos nas trajetórias de saúde: tipificação de perfis	218
Capítulo 3 – Síntese final	227
BIBLIOGRAFIA.....	233
ANEXOS	250
Anexo 1. Guião de entrevista	251
Anexo 2. Caracterização sociográfica dos entrevistados	252

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos consumos, consultas e práticas de ‘medicinas alternativas e complementares’.	119
Quadro 2	Quadro síntese das dimensões e categorias de análise de conteúdo – consumos, práticas e fontes de informação.	123
Quadro 3	Consumos e práticas ‘alternativas e complementares’.	124
Quadro 4	Fontes e tipos de informação.	130
Quadro 5	Sentidos e lógicas leigas de saúde e doença.	135
Quadro 6	Sistemas médicos periciais (associações de sentidos).	143
Quadro 7	Sistema de referência leigo (associações de sentidos).	150
Quadro 8	Produtos/suplementos ‘alternativos’, referências positivas e negativas.	154
Quadro 9	Consumos farmacológicos (medicina convencional), referências positivas e negativas.	157
Quadro 10	Remédios e mezinhas populares, referências positivas e negativas.	160
Quadro 11	Outros consumos quotidianos de saúde, referências positivas e negativas.	162
Quadro 12	Trajetoórias ‘alternativas’ de saúde (síntese das categorias de análise).	167
Quadro 13	Finalidades da utilização das ‘medicinas alternativas e complementares’.	168
Quadro 14	Sinopse da tipificação da referenciação espaço-temporal das trajetórias de saúde (conteúdos-síntese).	180
Quadro 15	Sinopse de tipificação dos perfis de protagonismos alternativos na saúde.	214

INTRODUÇÃO

A presente investigação que se apresenta como tese de doutoramento decorre de um interesse antigo nas construções leigas de saúde, reforçado logo após o trabalho realizado no âmbito de um mestrado em psicologia social, no qual se focou a temática da adaptação cognitiva e reestruturação dos projetos de vida em indivíduos com doença cardiovascular crónica. Abordando, nesse trabalho, as estratégias de adaptação à doença desenvolvidas pelos indivíduos, tanto a nível cognitivo como ao nível da adaptação de práticas de controlo da doença nos seus projetos de vida, observamos que as narrativas dos doentes expressavam racionalidades próprias, de gestão ‘clandestina’ entre as diretivas das terapêuticas médicas prescritas e as liberdades individuais sobre os consumos e práticas quotidianas que os sujeitos pretendiam garantir. Este foi o mote para o início deste trabalho, colocando agora o enfoque de pesquisa na construção leiga alternativa da saúde.

*

A ideia de saúde enquanto cuidado com o corpo não é recente. Sócrates já defendia que os homens deveriam aprender a observar o seu corpo e assim saber tratá-lo. O que é novo é a importância dada à valorização e promoção das políticas e práticas de saúde. A saúde constitui, hoje, uma preocupação quotidiana, que negocia os riscos e as incertezas da vida, adiando o receio da doença e mascarando a certeza da finitude individual, ou seja, da morte. Ela aparece imbricada nas vidas dos indivíduos, como um ‘dever’ que responsabiliza os indivíduos quanto aos seus modos de vida, como um projeto, ou como uma marca de identidade. A saúde é uma construção social que cruza a experiência privada com a esfera pública da vida dos indivíduos.

Diferentemente do pensamento da primeira metade do século XX, a saúde não é, hoje, o oposto da doença, mas é uma ‘outra’ realidade. A emergência da medicina está associada historicamente ao período das epidemias em que a morte (e não a doença) constituía preocupação. A afirmação da medicina no século XIX acompanha o fim

dessa era e cria condições para o nascimento da clínica e do estudo e luta contra a doença. Ao longo do século XX a biomedicina de intervenção acumulou ‘vitórias’ sobre a doença mas descobre que isso, só por si, não melhora a saúde dos indivíduos e das populações. Assim, saúde e doença perdem oposição, inserindo-se numa linha de continuidade na vida, conquistando também campos de estudo sociológicos autónomos. São os trabalhos de Foucault (1963; 1976) sobre o nascimento da clinica, e as relações entre o conhecimento médico e o poder; os estudos de Herzlich (1969) sobre as representações sociais da doença e os trabalhos de Friedson (1984), aqueles que começam por dar um maior relevo à saúde, assumindo o seu carácter de construção social e afirmando-a como um campo sociológico que se vai destacando da doença e da instituição médica.

A saúde é hoje reconhecida como uma realidade complexa e multidimensional que, na experiencia quotidiana dos indivíduos, mobiliza referenciais plurais na construção das perceções, representações, atitudes e práticas. Não é já apenas a instituição médica científica que comanda a produção de sentido, nas ações e interações em torno da saúde e da doença. Outros sistemas de cuidados de saúde e bem-estar partilham, cada vez mais, este terreno, oferecendo novos discursos, produtos e práticas. No campo da saúde a agência social tem vindo a retirar algum protagonismo à medicina afirmando outras referências de saúde alternativas à biomédica. Os sujeitos são agentes que interpretam o mundo social, que refletem sobre ele e nele intervêm. Existe um crescente número de indivíduos mais informados, escolarizados, herdeiros da cultura científica, que questionam, cada vez mais, os vários saberes médicos disponíveis, convencionais ou alternativos, agenciando novas formas de participação e construção da saúde.

Assumindo a distinção encontrada por Silva (2008) entre três tipos de racionalidades leigas de saúde: ‘saúde – *bem-estar passivo*’; ‘saúde – *comportamentos saudáveis*’; e ‘saúde – *construção*’, partimos desta última categoria - a saúde entendida como autoconstruída - para explorar a compreensão dos sentidos plurais da agência leiga que protagoniza a construção da sua própria saúde, centrando-nos, aqui, naqueles que o fazem por vias alternativas à biomedicina. É a partir da ‘saúde-construção’ que pretendemos focar os protagonismos leigos alternativos enquanto novas inscrições

sociais que, na esfera das percepções e vivências da saúde, correspondem a atitudes e ações reflexivas que marcam a contemporaneidade do mundo ocidental.

Nas últimas décadas verifica-se, no mundo ocidental, e mais recentemente em Portugal, um movimento crescente de indivíduos que procura a utilização das denominadas ‘medicinas alternativas e complementares’¹, nas práticas e consumos àquelas associadas. A literatura internacional descreve tipologias de utilizadores e aponta causas múltiplas que justificam a sua utilização, mas são escassos os estudos que se centram nos sentidos e significados leigos relacionados com a construção da saúde por vias ‘alternativas’.

É neste campo de estudo que nos interessa focar, para compreender as lógicas de ação leigas existentes na construção da saúde por vias alternativas à biomedicina, ou em complementaridade com esta. Definimos, assim, como objeto de estudo os protagonismos alternativos de saúde, entendidos como ações leigas voluntárias, agenciais de construção da saúde por vias alternativas à biomedicina.

Escolhemos centrar a análise num grupo de indivíduos cujas trajetórias de saúde incluem pelo menos uma experiência (terapêutica/prática/consumo) em sistemas e/ou terapêuticas alternativas à biomedicina. O nosso foco empírico centra-se, assim, em sujeitos que embora estando inseridos numa estrutura social regulada por um paradigma biomédico hegemónico que caracteriza a realidade portuguesa, se deslocam ou transitam por outras escolhas e cuidados, recorrendo a práticas, consumos e saberes alternativos, no investimento sobre a sua saúde e o seu bem-estar. O nosso objetivo é a compreensão das lógicas de ação que sustentam essas práticas e os sentidos agenciais com que estes indivíduos orientam as suas escolhas de saúde.

As nossas questões centrais são: O que leva os indivíduos a procurar sistemas ‘alternativos’ para promover a saúde e lidar com a doença? Como integram esses sistemas no seu quotidiano e como os articulam com o sistema biomédico? Quais as racionalidades leigas que privilegiam na sua configuração explicativa e interventiva?

¹ - A terminologia e classificação das ‘medicinas alternativas e complementares’ serão discutidas na parte teórica do trabalho.

Como é que eles surgem e se posicionam nas trajetórias de saúde? Em concreto, trata-se de perceber as lógicas da ação na escolha destes recursos e na relação que mantêm com a saúde focando o lugar que a agência assume nesta ação.

Para tal, centramo-nos no mapeamento de todas as práticas e consumos de saúde alternativos referidos pelos sujeitos entrevistados, para explorar as relações que os indivíduos estabelecem entre essas práticas, a saúde e a vida. Fundamental para a compreensão das escolhas alternativas de cuidados de saúde será a questão da relação simbólica com os sistemas de cuidados de saúde (convencionais e/ou alternativos), assim como com os sistemas de referência leigos. Tentamos a compreensão dos cruzamentos entre as práticas, os significados e as lógicas de ação através da análise das trajetórias de saúde e dos contextos biográficos que contextualizam essa disposição para a ação individual e alternativa sobre a saúde, tendo como foco as subjetividades desta relação.

Tratando-se de um estudo compreensivo, de carácter exploratório (dada a escassez de investigação nesta temática, sobretudo em Portugal) optamos por uma metodologia qualitativa que nos permite aceder aos sentidos e significados da ação dos indivíduos, compreendendo a complexidade do fenómeno. Recorremos à técnica da entrevista em profundidade, compreensiva, enquanto instrumento de provocação discursiva dos sujeitos. Foram entrevistados 20 sujeitos, tendo sido validadas 18 entrevistas.

A seleção dos entrevistados obedeceu a um critério principal – o contacto dos sujeitos com uma forma de cuidados de saúde alternativos (ao sistema biomédico) – e foi realizada por conveniência, através de contactos sucessivos (bola de neve) a partir de dois pontos de abordagem inicial, diferenciados no espaço (um espaço localizado no centro da cidade de Lisboa e outro com uma localização periférica) na tentativa de melhorar o critério da diversidade na seleção dos sujeitos. Realizamos, posteriormente, análise de conteúdo (horizontal e vertical) ao corpus de texto de todas as entrevistas transcritas e procedemos à sua discussão, salientando os principais eixos de significados e a tipificação dos principais perfis de protagonismos alternativos de saúde.

Organizamos este trabalho em quatro partes: a parte I, em que discutimos o quadro teórico de referência, delimitando e problematizando o nosso objeto de estudo; a parte II dedicada à construção metodológica, em que definimos a articulação entre o modelo analítico e o trabalho empírico; uma parte III, na qual descrevemos os resultados empíricos; e uma parte IV em que discutimos os resultados e concluímos.

A parte I encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo construímos o quadro teórico de enquadramento da saúde enquanto construção social, referindo-nos aos contextos históricos e socioculturais da sua transformação, e à sua abordagem pela teoria sociológica contemporânea. No segundo capítulo discutimos a dominância do paradigma biomédico enquanto produtor e difusor de um discurso de promoção da saúde regulador e normalizador das concepções e dos comportamentos de saúde. Abordamos as transformações na ciência, na medicina e na saúde que as têm vindo a fragilizar existindo mesmo autores que afirmam a existência de um cenário de crise. No terceiro capítulo, o foco do trabalho incide nas problemáticas em torno da concetualização e a institucionalização do campo alternativo na saúde. No quarto e último capítulo da parte teórica centramo-nos na delimitação dos protagonismos leigos alternativos na saúde enquanto objeto de estudo desta investigação.

A parte II do trabalho reflete o trabalho metodológico desenvolvido no estudo empírico, e divide-se em quatro capítulos que descrevem e problematizam os procedimentos seguidos no trabalho: metodologia compreensiva; entrevistas e procedimentos de aplicação; sujeitos do estudo; análise e tratamento da informação empírica.

A parte III reflete toda a análise descritiva dos dados recolhidos. O capítulo 1 caracteriza os sujeitos nas suas variáveis sociodemográficas e quanto ao critério de seleção adoptado na pesquisa: experiências de consumos e práticas das ‘medicinas alternativas e complementares’. O capítulo 2 delimita as principais linhas de análise das narrativas. Os capítulos 3, 4 e 5 descrevem de forma detalhada os resultados oferecidos à pesquisa, que organizámos de acordo com os ‘consumos, práticas e fontes de informação’ (capítulo 3), ‘Sentidos e lógicas leigas de ação’ (capítulo 4), e ‘trajetórias ‘alternativas’ de saúde’ (capítulo 5).

Na parte IV da tese desenvolvemos a síntese e discussão dos resultados. Esta constitui a última parte do trabalho e está organizada segundo as regularidades e as diversidades encontradas na análise e interpretação das informações recolhidas nas entrevistas. O capítulo 1 foca os protagonismos alternativos de saúde no contexto da modernidade tardia, apresentando as principais linhas caracterizadores dos protagonismos alternativos na saúde enquanto movimento agencial leigo de construção da saúde que se aproxima dos sistemas alternativos. O capítulo 2 finaliza o trabalho com uma breve síntese conclusiva.

**PARTE I - CRUZAMENTOS TEÓRICOS NA ABORDAGEM DOS
PROTAGONISMOS ALTERNATIVOS DE SAÚDE**

Capítulo 1 – Saúde na sociedade contemporânea

1.1. Doença, saúde e medicina: principais transformações socioculturais.

A saúde e a doença fazem, atualmente, parte de uma mesma linha de continuidade, incorporadas tanto na vida individual como na vida coletiva. Mas nem sempre foi assim, pelo que nos interessa perspetivar o passado para contextualizarmos e compreendermos melhor o presente. Até à modernidade, a saúde e a doença constituíram realidades opostas, separando os domínios do bem e do mal, da pureza e do pecado, do normal e do anormal, da vida e da morte. A doença constituiu, durante os tempos marcados pelas grandes epidemias, um sinal de morte, um fenómeno coletivo que exigia medidas repressivas como o isolamento dos doentes ou mesmo o bloqueamento das cidades ou de certas regiões. Os doentes eram separados, excluídos, abandonados e olhados como alvos da punição divina. A doença associava-se à ideia de castigo divino e ao medo da morte. A esperança de cura era, sobretudo, de carácter religioso, através da penitência ou purificação das almas. A medicina não conseguia dar resposta e as sociedades desorganizavam-se com expressivas consequências sociais e políticas. Dada esta realidade de grande fatalidade associada à doença, a prioridade não era dada aos doentes, mas aos outros, aqueles que asseguravam a manutenção do coletivo.

A saúde era, então, entendida como a pureza da alma, agraciada com a proteção divina. A esfera religiosa regulava a saúde e a doença, investindo-as, muitas vezes de normas e preceitos morais que, no seio da cultura da época, constituíam-se naquilo que hoje podemos denominar de prevenção da doença:

“As medidas ético-sociais em que se funda toda a religião, como proteção da coletividade contra os excessos do singular, são ao mesmo tempo medidas higiénico-sanitárias para o singular e para a coletividade, para proteção da vida e da saúde (...) Neste sentido, a religião pode ser considerada a primeira forma de medicina essencialmente preventiva.”
(Basaglia e Bignami, 1994:397)

É a partir do século XVIII, com a melhoria das condições de vida e a transição demográfica para uma maior esperança de vida, que as grandes epidemias começam a decrescer. As medidas higiénico-sanitárias que, desde então, começam a proliferar destinam-se a prevenir a doença e a conservar a saúde. A saúde apresenta-se, pela primeira vez, como uma necessidade individual e coletiva e passa a estar regulada pelo conhecimento e intervenção do modelo biomédico. Esta passa a ser um objetivo coletivo a que os Estados começam a dar importância, instalando-se como um valor central da vida.

O poder da medicina cresce na medida em que o seu conhecimento se vai conseguindo sobrepor ao conhecimento subjetivo dos indivíduos sob os seus corpos. Para Foucault foi este poder feito de conhecimento sobre o corpo e a doença – biopoder – que, na transição demográfica do final do século XVIII, possibilitou uma nova vigilância burocrática da população. A medicina, conquistando o estatuto de cientificidade, conseguiu que os seus saberes fossem sendo incorporados de modo a que os próprios indivíduos se autocontrolassem. Os corpos tornaram-se assim obedientes e dóceis pelas forças do controlo individual.

Foucault marcou o debate sociológico em torno da saúde e da doença, com a sua perspectiva do poder da instituição médica assente num conhecimento capaz de produzir os seus objetos. Foucault (1963) traça uma história da medicina que descreve um percurso de progressiva incorporação da racionalidade biomédica e do poder que lhe está associado (*biopoder*) na vida coletiva das populações. A medicina começou por se localizar na “cabeceira” do doente, com o médico a escutar os sintomas relatados e a estabelecer o diagnóstico correspondente; posteriormente situou-se na observação das lesões/doenças existentes no corpo do doente, e finalmente centrou-se no contexto das atividades de cuidados de saúde, ou mais concretamente no espaço físico e organizacional do hospital.

Já no século XIX com o surgimento de um grande foco de tuberculose na Europa, responsável por muitas mortes nas grandes cidades, associada a uma classe proletária com piores condições de vida, a medicina avança nos seus conhecimentos, e percebe-se o carácter contagioso da doença, descobrindo-se o germe responsável – bacilo de Koch.

Começa a associar-se a doença às condições de vida, tanto no seu surgimento, como no seu tratamento: *“La maladie, pensent médecins, politiques et notables, est engendrée par le manque d’hygiène dès classes populaires, lui-même reflet de leur dégradation voire de leur immoralité”* (Adam e Herzlich, 1994:17).

Segundo Herzlich e Pierret (1984) é aqui, nos finais do século XVIII, início do século XIX, que surge, associada à tuberculose, uma nova noção de doente. Tratando-se de uma doença lenta, a tuberculose confere protagonismo ao doente que passa a ser o foco das preocupações e assume, pela primeira vez, um papel de protagonista. O doente tuberculoso, embora afastado do coletivo, recebe visitas nos sanatórios o que o liga ao mundo exterior, mantendo-lhe uma identidade. Emerge, assim, o estatuto social de doente. Estar doente passa a ser sinónimo de estar ao cuidado da medicina e dos seus cuidados. É a medicina que identifica, confirma e prescreve o tratamento. Esta figura moderna de doente marca a transição entre a “doença-morte” e a “doença-vida”. A doença começa a incorporar-se na vida quotidiana, o doente ganha visibilidade social, e as fronteiras entre a saúde e a doença conhecem uma nova flexibilidade. É neste contexto de surgimento do “doente”, das descobertas científicas, dos progressos da medicina² e da melhoria das condições de vida, que a saúde emerge enquanto forma de preservar a vida, afastando a morte: *“Se a morte assumiu o rosto da doença de que podemos curar-nos ou morrer, a vida assume o da “saúde” que se torna um elemento indispensável à existência”* (Basaglia e Bignami 1994:411).

É na figura de doente e na sua relação com o médico, que Talcott Parsons, na década de cinquenta, centra a sua análise do lugar da doença e da medicina na sociedade, inscrevendo a temática da saúde e da doença nos estudos sociológicos. Célebre pelo seu enfoque no papel social do doente, *“the sick role”*, Parsons (1951) entendeu a doença como uma desordem, um desvio, uma falha relativamente às expectativas sociais e às normas vigentes na sociedade, mas igualmente como um direito social, no sentido em que isenta o indivíduo doente das normais obrigações e responsabilidades sociais. A teoria de Parsons entende a sociedade como um sistema em equilíbrio, mantido pela integração entre normas e valores que atuam na minimização dos conflitos ou disfunções, de que são exemplo as doenças. A saúde é, assim, um pré-requisito para a

² - Em 1895 a descoberta do Raio X é um marco fundamental na história da medicina.

manutenção do sistema social, pois só com saúde os indivíduos podem efetivamente desempenhar os papéis para os quais foram socializados, enquanto a doença constitui uma ameaça ao bom funcionamento social.

Ao doente, é-lhe socialmente exigido o esforço da melhora da doença, submetendo-se à ciência médica enquanto instrumento de ‘normalização’ (Parsons, 1951). Na visão do autor, o doente assume um papel passivo perante a doença, transpondo para o médico, detentor do saber, o papel de controlo e regulação do seu estado de doença. O médico tem que cumprir o seu papel de profissional, de especialista formado e treinado para garantir o bem-estar dos seus doentes. A Medicina desempenha, na abordagem parsoniana, o papel de instituição de controlo social, “*guardiã moral da sociedade*”, contribuindo para que todos os indivíduos se inscrevam na lógica de cidadãos saudáveis, dinâmicos, ativos e produtivos. Para Parsons o indivíduo/doente fica confinado a um papel passivo, de subordinação a um poder médico que, sob o horizonte da prometida cura ou tratamento, ganha direitos de regulação das vidas individuais. A grande crítica apontada a esta corrente é o facto de esta secundarizar a possibilidade de conflitualidades ou desequilíbrios na relação médico - doente, assumindo que esta é decorrente de uma ordem social necessária e assume contornos inevitáveis de harmonia ou consensualidade entre atores sociais (Turner, 1995).

A partir da década de setenta surge uma outra abordagem – denominada de medicalização crítica - baseada nas críticas marxistas sobre a natureza do sistema capitalista que dá ênfase aos direitos humanos, à liberdade individual e à mudança social. Fortemente crítica da medicina, esta linha teórica encara a medicina como uma forma de perpetuar as desigualdades, acentuando as diferenças entre grupos sociais. Lupton (1995) descreve esta corrente como estando em oposição ao estrutural-funcionalismo de Parsons dominante nos anos 50 e 60 por ele ser politicamente conservador e defensor da autoridade médica. Para estes autores, a doença não é apenas um estado físico e emocional, mas algo que deriva do maior ou menor acesso e controlo sobre os recursos que sustentam e promovem a vida num nível de satisfação elevado:

“ (...) *the institution of medicine exists to attempt to ensure that the population remains healthy enough to contribute to the economic system, as*

workers and consumers, but is unwilling to devote resources for those who do not respond to treatment and are unable to return to the labour market” (Lupton, 1994:8).

Freidson, tal como Zola e Illich, foram dos principais autores desta abordagem que desenvolveram fortes críticas à Medicina, entendendo-a como uma instituição de controlo social que se constituiu como instrumento castrador da autonomia dos indivíduos no controlo da sua saúde. Freidson apresenta a doença como uma construção social da própria medicina que lhe define os contornos – quem está doente e quais os comportamentos a adotar pelo doente. Para Illich a medicina moderna contribui mesmo para desviar a atenção das condições políticas e sociais existentes, centrando a atenção nas causas individuais do mal-estar: *“Such medicine is but a device to convince those who are sick and tired of society that it is they who are ill, impotent, and in need of technical repair”* (Illich, in Lupton, 1994). Navarro e Illich (1977) referem ainda o efeito iatrogénico da Medicina sobre os indivíduos, acusando-a de ter criado expectativas em relação a tratamentos ineficazes ou curas inexistentes, assim como ter excedido o seu espaço de intervenção, medicalizando abusivamente alguns problemas de saúde e reduzindo a capacidade dos doentes para lidarem com a sua própria doença, tornando-os dependentes dos médicos.

Surgem também vozes críticas desta perspetiva que comparam a relação médico-doente à de capitalista-assalariado, desenvolvendo trabalhos essencialmente focados nos tratamentos médicos/sintomas experienciados pelo doente, mas deixando de lado o universo micro desta relação, tratando apenas os doentes como “peças” de um sistema social, e secundarizando a agência individual. Como refere Lupton (1997) esta corrente desenvolve uma visão a preto e branco da medicina ocidental, entendendo os indivíduos doentes quase como vítimas do poder médico, frágeis, passivos, dependentes, desprotegidos, e os médicos como um grupo homogéneo de profissionais cujo interesse principal é o exercício do poder especializado da medicina. Atkinson alia-se à crítica afirmando: *“the asymmetry of the relationship is exaggerated to the point that the lay client becomes not the beneficiary but the victim of the consultation”* (in Lupton, 1997). Para Lupton, uma das maiores fragilidades desta corrente é o esquecimento das ambivalências existentes na relação dos indivíduos com a medicina e com os médicos.

Esta autora convoca a perspectiva de poder de Foucault para argumentar que: “*rather than being a struggle for power between the dominant party (doctors) and the less powerful party (patients), there is collusion between the two to reproduce medical dominance.*” (1997:98).

Na primeira metade do século XX, as doenças infecciosas dão lugar às doenças crónicas, passando estas a predominar. As doenças crónicas e os seus doentes constituem, a partir da década de setenta, senão o principal, pelo menos um dos mais importantes campos de estudos da sociologia da saúde e da doença. Com estas doenças e as suas implicações no mundo do trabalho e da família, a doença passa para dentro da organização social, obrigando a uma gestão da vida quotidiana de acordo com as limitações ou incapacidades dos indivíduos no quadro dos seus modos e recursos de vida. A relação entre médico e doente começa a sofrer transformações consideráveis, dada a necessidade de maior controlo da doença por parte do doente. Estas “novas doenças”, crónicas “(...) *ao mesmo tempo que tornam os doentes dependentes da medicina para o resto da vida, permitem-lhes escapar à autoridade absoluta da medicina.*” (Herzlich in Silva, 2004:25). O doente passa de objeto (de intervenção médica) a sujeito ativo, protagonista, uma vez que é necessária a sua participação e colaboração no tratamento. “Ser doente” demarca-se da conceção de desvio à norma, para assumir uma identidade específica mas integrada na vida social (Silva, 2008).

Nas últimas décadas do século XX, o doente assume uma relevância desconhecida até então, porque lhe são exigidos cuidados regulares com o corpo, intensificando-se também a sua relação com a medicina. Estes ‘novos doentes’ passam a ser atores sociais centrais no processo da doença, uma vez que esta obriga a fazer permanentes escolhas relativas à renegociação dos seus projetos de vida e à gestão da própria doença.

Progressivamente, a medicina abandona a dicotomia doente-saudável, introduzindo uma nova problematização em torno do normal. Com o aumento das doenças crónicas e com o avanço das técnicas de diagnóstico médico, a doença abandona os limites físicos do corpo individual e passa a existir num espaço extra corporal, social e comunitário. Os corpos passam a ser avaliados e classificados num *continuum* de saúde-doença e o doente torna-se inseparável da pessoa uma vez que todas as pessoas tornaram-se

potenciais doentes. Assim, as fronteiras entre doente e saudável, ou entre a anormalidade e a normalidade, tais como definidas pelo conhecimento biomédico, diluem-se.

A medicina hospitalar, apesar de hegemónica, começa a partilhar o espaço de intervenção sobre a doença e a saúde com uma nova medicina baseada na vigilância das populações, sobretudo a partir da segunda metade do século XX (Amstrong, 1995). Esta nova medicina configura de forma paradigmática o que Foucault (1976) denominou de biopolítica da população ou seja, a uma das formas de exercício do bio-poder através da vigilância de política social. Difunde-se um discurso público de promoção da saúde que se estende para a vida quotidiana.

Intensificam-se os estudos que apontam para a importância dos aspetos psicossociais, multiplicando-se os que relacionam a variabilidade dos estados de saúde e doença com indicadores sociais, solidificando as evidências sobre o carácter diferenciador de variáveis socioeconómicas como o rendimento, a profissão ou a escolaridade. As desigualdades sociais, no que se refere à saúde e à doença, são evidentes tanto no acesso aos cuidados de saúde como nos seus resultados, refletidos nos índices de morbilidade e mortalidade. O desenvolvimento socioeconómico espelha-se, assim, nos perfis da saúde das populações, havendo, na atualidade, regiões do mundo em que a esperança média de vida equivale à da Europa no início do séculoXX (Silva, 2004). Alguns autores defendem mesmo que as circunstâncias sociais são tão determinantes no que se refere à saúde que se sobrepõem aos comportamentos individuais (Blaxter, 1990). Nettleton (2006) reforça essa ideia ao referir-se a vários estudos epidemiológicos que demonstram que a melhoria da qualidade de vida das populações é muito mais importante para o decréscimo da mortalidade do que todos os avanços realizados pela medicina.

Ganha relevo a noção de risco como fator que potencia a doença e que pode ser evitado por meio dos comportamentos de saúde apresentados como adequados pela instituição médica, e as pessoas passam a ser todas entendidas como (mais ou menos) normais, embora nenhuma verdadeiramente saudável, porque todas sob o risco da doença. Substitui-se, assim, o sintoma ou o sinal, como o principal foco da medicina pela noção de risco. Com este deslocamento de foco, a ação da medicina assume-se num espaço

extracorporal, estendendo a sua intervenção aos estilos de vida dos indivíduos, entendidos como possíveis percursos de estados de doença. (Amstrong, 1995).

Amstrong (1995) acrescenta a dimensão temporal ao debate sobre a mudança da medicina hospitalar para a medicina de vigilância. Enquanto na medicina hospitalar o tempo que marca a doença é o tempo presente, embora se analisem as causas (passado) e se prescrevam tratamentos e cuidados (futuro), os tempos da nova medicina são mais imprecisos e indefinidos, porque contemplam um ciclo de vida da doença, desde um pré-aviso probabilístico de risco de doença, avaliado e monitorizado regularmente, até à existência concreta de um estado de doença, ou no extremo, a um pré-anúncio de morte (com estimativas de tempo de vida) em caso de doenças graves (ou ‘terminais’). Existe igualmente implícita uma ideia de que o presente pode alterar o futuro, no sentido em que as práticas e comportamentos saudáveis aconselhados são apresentados como condicionadores das probabilidades (estatísticas) de desenvolvimento de determinadas doenças. Tal como Foucault já tinha afirmado a propósito da exteriorização do corpo ‘natural’, Amstrong (1995) defende que esta mudança da medicina tem ainda consequências ao nível da reconfiguração das identidades, uma vez que a doença ao tornar-se extracorporal, dilui as fronteiras entre o self e a comunidade, e a ideia da precariedade da normalidade ou do saudável coloca as identidades individuais em risco.

Em síntese, a doença e a saúde, sendo construções experienciadas pelos indivíduos dentro da organização social em que se inserem, não são alheias às outras dimensões dessa mesma organização. Com a visibilidade crescente das doenças e dos doentes na vida quotidiana, a equação binária saúde-doença herdada do pensamento positivista complexifica-se. A doença e a saúde multiplicam-se numa pluralidade de sentidos, representações, crenças, racionalidades e práticas individuais e grupais, e passam a constituir-se, nas ciências sociais, como objetos de estudo autónomos, embora com articulações entre si. Face ao risco e à incerteza que o desenvolvimento da medicina tornou público, e que caracterizam o mundo social contemporâneo, a saúde e o saudável ganham uma maior dimensão na vida quotidiana, surgindo o que alguns autores denominam de ‘healthism’ ou de ‘salutocracia’. Esta ideologia marca uma tendência recente para a vivência da saúde como um valor hegemónico, ou seja, um valor em si mesmo, em que todos os indivíduos e cada um, assumem parte da responsabilidade.

1.2. A saúde como campo de estudo da sociologia contemporânea

Didier Fassin define a saúde como “(...) *le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique, de l'autre*” marcando a impossibilidade da saúde ser entendida como o inverso da doença, e assumindo a sua construção histórica: “ (...) *objet de concurrences et de luttres entre des agents s'efforçant d'imposer des visions différentes de ce qui releve de la santé...*” (2000:96).

Foi nas últimas décadas do século XX - uma época marcada por fortes críticas à medicalização, em muito impulsionadas pelos movimentos feministas que reivindicam um novo foco sobre o género, o corpo, e as emoções - que a saúde ganhou espaço na análise sociológica, enquanto objeto de estudo autonomizado da ciência biomédica. Os trabalhos de Herzlich sobre as representações sociais da saúde e da doença foram fundamentais para o entendimento de que os indivíduos não falam todos da mesma saúde, ou seja, de que existem construções leigas diversas em torno da saúde. No clássico estudo desenvolvido por Herzlich na década de setenta em França surgiram três grandes metáforas sobre as representações sociais de saúde: i) a saúde no vácuo (ou ausência de doença); ii) a reserva de saúde (como um recurso individual); iii) a saúde equilíbrio (bem estar positivo) (Herzlich, 1969).

Com estes dados abriu-se um novo campo de estudos que contribuiu para a compreensão das diferenças entre os discursos médicos e leigos, e entre os discursos públicos e os privados, tornando-se clara a discrepância entre o discurso ‘público’ sobre a saúde, e os comportamentos e concepções ‘privadas’ que orientam o quotidiano e as escolhas individuais (Calnan e Williams, 1991). Segundo Herzlich, o crescente interesse que as ciências sociais têm vindo a demonstrar pelo privado, o pessoal e a vida quotidiana insere-se numa tendência geral das ciências sociais, confirmando a afirmação de François Dubet de que o abandono da concepção clássica da sociedade como uma ordem, deslocou a sociologia para um foco na experiência social, “(...) *algo que diz respeito ao trabalho que cada um de nós realiza sobre nós mesmos para ser autor de sua própria vida*” (Herzlich, 2004:386)

Cockerman (2005) refere-se à crescente responsabilização individual pela saúde como sendo o resultado de três grandes mudanças: a) nos padrões de doença; b) na modernidade; c) nas identidades sociais. A primeira refere-se à transição epidemiológica no mundo ocidental das doenças agudas para as doenças crônicas que revelaram os limites da medicina (que não consegue a sua cura), aumentando os gastos com a saúde e simultaneamente acentuando a responsabilidade individual na prevenção e controlo destas doenças através de estilos de vida saudáveis (Crawford, 1984; Cockerman, 2005). A segunda grande mudança referida por Cockerman, refere-se ao período pós-revolução industrial, que trouxe mudanças ao nível da organização e dinâmicas sociais (padrões de estratificação social; estruturas familiares; e circulação da informação e do conhecimento) bem como ao enfraquecimento das formas de autoridade tradicionais. Ao nível da saúde, assistiu-se a um declínio do estatuto e da autoridade profissional dos médicos com mudanças na perceção de controlo e da participação dos leigos na saúde, para a qual contribuiu a difusão mediática do conhecimento médico, assim como o aumento do uso da internet para as questões de saúde. A terceira mudança refere-se a um ajustamento no locus primário da identidade social, diminuindo a importância do trabalho e aumentando a importância dos hábitos de consumo e dos estilos de vida nas identidades sociais dos indivíduos. Esta mudança tornou-se particularmente evidente a partir da segunda metade do século XX, com as alterações nos padrões e volumes de consumo, tal como Giddens refere: “(...) *lifestyles not only fulfil utilitarian needs, but also give material form to a particular narrative of self-identity.*” (1994:52).

Assim, a saúde tem vindo a colocar-se no centro da vida e dos discursos, quer como uma necessidade (nas vozes individuais e dos cuidadores) quer como um produto (nas vozes políticas e comerciais) (Frank, 2006). Ela não é estática, nem objetiva nem homogénea. A saúde é uma esfera complexa da contemporaneidade, que é construída coletivamente, recebendo influências de estruturas sociais diversas como a ciência, a família, a religião, a educação ou a comunidade envolvente. E é igualmente construída individualmente, marcada pela reflexividade que caracteriza a gestão atual da vida quotidiana. Para Giddens, a reflexividade marca a contemporaneidade das sociedades

ocidentais, que ele denomina de *modernidade tardia*³, fazendo com que todos os aspetos da vida social sejam susceptíveis de uma revisão crónica tanto pelas instituições como pelos indivíduos, uma vez que o risco e a incerteza proliferam. Assim, a medicina, tal como as outras instituições modernas, tornou-se também uma estrutura reflexiva tanto quanto ao seu corpo de conhecimentos, como à sua organização social, como ainda nas suas práticas diárias. Esta mudança criou, segundo Giddens, condições para a emergência de indivíduos igualmente mais reflexivos em relação à saúde, quer no que refere ao ‘self’ quer ao seu próprio corpo (Williams e Calnan, 1996). Beck e Beck (2001), na mesma linha de Giddens, defende que o processo de individualização e responsabilização individual associados à expansão da tecnologia médica (que nos permite antecipar estados de doença e monitorizar os riscos sobre a saúde) criaram novas normas sociais e de controlo, mas também proporcionaram novas oportunidades para a ação e novos dilemas e escolhas conflitantes.

Assistimos na saúde, a um conjunto de relações de forças entre grupos, saberes e poderes que se cruzam com um conjunto de relações de sentidos (no sentido de Weber) que diferenciam simbolicamente a perceção e a vivência da saúde nos atores sociais. A saúde não representa um mero conjunto de comportamentos ou de eventos construídos e delineados pelas estruturas. Ela é significativa e significativa, ou seja, é dotada de sentidos, inseparáveis das experiências vividas. Os significados associados à ação, neste caso, à saúde, moldam e são moldados pelos comportamentos, experiências, significados e instituições (Crawford, 2006).

A saúde tornou-se cada vez mais uma tarefa ou mesmo um projeto pessoal característico da modernidade tardia, chegando mesmo a constituir-se no principal valor da vida: *“Health acquires, so to speak, a transcendental meaning: without it everything else is nothing.”* (Beck e Beck 2001). Em parte, como consequência da própria medicalização e do discurso amplamente difundido de promoção da saúde, as pessoas ganharam uma

³ - Existem diferentes denominações para este período contemporâneo: ‘modernidade tardia’ (Giddens, 1991); ‘modernidade reflexiva’ (Beck, 1992); ‘pós-modernidade’ (Bauman, 1991), unânimes em marcar uma modernidade que se deslocou do seu modelo industrial e científico clássico. Optamos por adotar neste trabalho o termo – modernidade tardia - de Giddens (1992) por partilharmos da tese deste autor que defende que não estamos ainda a viver uma pós-modernidade, mas uma ordem pós-tradicional, que é uma forma mais radicalizada ou universalizada da modernidade, na qual a relação do indivíduo com as forças sociais institucionais surge acentuada, mas não existindo uma rutura com o modelo anterior.

maior percepção dos riscos associados à saúde e ao bem-estar, tornando-se mais responsáveis pela sua saúde e pela forma dos seus corpos (Giddens, 1991; Turner, 1992), assumindo deste modo novas formas de protagonismo.

Com esta incorporação da saúde na vida quotidiana, esta ganhou visibilidade social e importância sociológica. No entanto, a saúde, mais ainda do que a doença, não tem sido um objeto de estudo frequente ou fácil para a Sociologia, estando mesmo ausente da denominada sociologia clássica. Uma das dificuldades da abordagem sociológica da saúde relaciona-se com a sua complexidade, ou seja, com as pluralidades prismáticas da focagem do objeto. Arthur Frank (2006) afirma a este propósito que a categoria saúde, é hoje tão abrangente, que por comparação, as histórias de doença parecem homogêneas. René Dubos (1963) refere que “ *não há uma 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.*” A saúde cruza-se, deste modo, com quase todas as outras dimensões da vida individual e coletiva, delineando relações imbricadas, enunciadoras das complexidades das relações entre estrutura e ação nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Outra das dificuldades na abordagem sociológica da saúde, só na aparência contrária à anterior, é o silêncio do objeto. Ao contrário da doença, ou de outras dimensões da vida social que se projetam na organização social pela materialização da sua ação, pela sua dinâmica, pelo seu “acontecimento”, a saúde individual tem existido numa dimensão privada, subjetiva e frequentemente silenciosa, e cujos cruzamentos com as outras dimensões da vida são tão intrincados que nem sempre permitem ao sujeito uma concretização autónoma da sua reflexão. Observam-se resistências e incoerências nas verbalizações leigas sobre saúde, escondendo-se, ora na expressão da ausência de sintomas, por referência à doença; ora diluindo-se na amplitude das percepções de felicidade e de bem-estar com que se tem vindo a confundir (nomeadamente através da mediatização da própria definição de saúde da OMS que tem reforçado essa conceptualização através do progressivo alargamento da definição de saúde para um bem-estar global, bio-psico-social e mesmo comunitário).

Uma terceira dificuldade tem sido a associação clássica da saúde com a doença, numa relação de dualidade opositora, própria do modelo cartesiano científico, médico, do qual sobressai o foco na doença, observando-se que a investigação científica sociológica nesta área, na sua reconhecida juventude, tem estado ainda muito condicionada às agendas dos cuidados de saúde (Bury, 1997) e, assim, muito próxima dos objetos de estudo da biomedicina, ou seja, muito mais focada na doença e em tudo o que a envolve e caracteriza do que no campo da saúde.

Silva (2008) refere a manifesta ausência de trabalhos empíricos sobre a saúde enquanto bem-estar e sobre as racionalidades leigas de saúde. Estudos recentes sobre a produção científica no domínio da Sociologia da Saúde (Antunes e Correia, 2009) também demonstram a existência de uma crescente produção científica em torno da doença por oposição à escassez de trabalhos sobre a saúde⁴ em Portugal. É nesta falta de produção sociológica com foco na saúde, mais especificamente, nos sentidos leigos, individuais, subjetivos de construção da saúde, com foco na compreensão da relação entre o domínio público (racionalidades médicas e discurso de saúde) e a experiência privada (racionalidades leigas e lógicas de ação individuais) que justificamos a pertinência do nosso objeto de estudo.

Assim, desenvolvemos, no capítulo seguinte, uma análise crítica do discurso de promoção da saúde, enquanto estrutura produtora de regulamentações, de conceções e sentidos que contagiam e moldam as construções individuais de saúde, mas que também as refletem e incorporam, o que interessa compreender, não só no quadro das transformações no campo da saúde e da medicina (que sustenta este discurso) mas também no contexto das mudanças socioculturais que caracterizam a contemporaneidade.

⁴ - Na análise das teses em sociologia da saúde realizadas em Portugal, os autores encontraram 19 correspondentes à dimensão “Doença” por comparação a apenas 4 sobre a “Saúde”.

Capítulo 2 – A (des) construção da saúde: questionando a dominância do discurso biomédico

A saúde é, certamente, um dos objetos da ciência que, desde a modernidade, suscita maior interesse social e mediático. A ideia de saúde como um objetivo comum, social, comunitário, mas simultaneamente, como uma tarefa pessoal, quase íntima, de cada indivíduo, é já uma característica da pós-modernidade, interligando dois extremos de extensividade e de intensividade, aquilo que Giddens (1991) denomina de influências globalizadoras por um lado, e tendências pessoais, por outro, ou como diria Herzlich (2004), cruzando a esfera pública com a experiência privada.

É evidente que a ciência biomédica encontra na História moderna uma posição privilegiada e dominante na mediação destas duas tendências nas sociedades ocidentais. Nas últimas décadas do século XX a par das transformações sociais ocorridas, a medicina foi compreendendo a necessidade de desdobrar a sua função inicial – a de “curar” e “tratar” - para uma outra - a de “prevenir” e “cuidar”- base dos discursos de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis da OMS.

A conceção clínica da doença e da saúde desloca-se para uma conceção bio-psico-social da medicina centrada no doente, sobretudo ao nível da prevenção e da gestão da doença. Esta mudança só foi possível graças à progressiva difusão do conhecimento biomédico, que foi capaz de disciplinar e persuadir os indivíduos a agirem e pensarem de acordo com as suas orientações, auto responsabilizando-os em relação à sua saúde. Tal como refere Foucault, a medicina conseguiu um poder disciplinador sobre os indivíduos, não de uma forma direta, repressiva, mas persuasiva, ou seja, convencendo-os de que nos saberes por ela difundidos e nas práticas aconselhadas subjazem as melhores ações para a saúde dos indivíduos.

Este poder, em parte conferido pelo próprio sistema biomédico, a par das transformações demográficas e sociais que foram tornando os indivíduos mais escolarizados, com maior acesso a redes diversas de informação, e desse modo, mais reflexivos e críticos, contribuíram para importantes transformações neste campo. Neste capítulo abordaremos essas transformações que

tem vindo a acontecer dentro e fora do modelo biomédico e as consequentes alterações na relação dos leigos com a saúde e com o sistema médico convencional

2.1. A promoção da saúde: da prevenção da doença ao risco em saúde

A *promoção da saúde* é um discurso público assente no conhecimento biomédico, difundido internacionalmente através da Organização Mundial de Saúde (OMS), sobretudo desde os anos 70, 80, cuja definição expressa uma ideia geral de melhoria da saúde: “(...) *the art and science of helping people change their lifestyle to move toward a state of optimal health*” (O’Donnell in Minkler, 1989:18). As sucessivas mudanças nos ‘modos’ como a promoção da saúde tem sido definida pela OMS têm refletido um progressivo deslocamento de uma conceção clínica da doença e da saúde para uma conceção bio-psico-social mais centrada no doente e na comunidade, mantendo, no entanto, uma lógica de ação situada essencialmente na prevenção e na gestão da doença.

A promoção da saúde é uma das principais preocupações da nossa época. Esta surge de forma mais expressiva na década de 70 na sequência dos debates anteriores acerca dos determinantes sociais e económicos da saúde, bem como de uma construção de saúde que se começava a afastar da doença. Reforça-se o campo da saúde pública, responsabilizando-se o doente e a comunidade em que está inserido. A doença e a saúde deslocam-se para fora do corpo físico, orgânico, para um corpo exteriorizado, social e comportamental. Para este movimento em torno da saúde internacional foi de grande importância a divulgação do ‘Relatório Lalonde’, desenvolvido no Canadá, que pretendia dar resposta aos aumentos dos custos de saúde e que, pela primeira vez, introduziu o conceito de “promoção da saúde”.

Com este movimento de promoção da saúde, introduziram-se nos discursos oficiais de saúde novos conceitos como o de “*campo da saúde*” e “*determinantes de saúde*”. O campo da saúde surge como um espaço de saúde de maior amplitude do que o corpo físico, afastando-se da medicina hospitalar, e engloba quatro dimensões: a biológica, a ambiental, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde. Esta abordagem centra-se, sobretudo, na ação preventiva individual, na necessidade de mudança dos

estilos de vida das populações, mas negligenciando os contextos políticos, económicos e sociais da sua produção.

Em 1986 a OMS produz um documento que passaria a constituir o principal documento de referência internacional na promoção da saúde até aos nossos dias – a Carta de Otava. As estratégias contidas nesta Carta reforçam a associação entre a qualidade de vida e a saúde marcando a importância de valores como: vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento ou participação (WHO, 1986) definindo cinco estratégias para a promoção da saúde: implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde (meio ambiente e recursos naturais); reorientação dos serviços de saúde (ênfase na saúde e não na doença); desenvolvimentos das capacidades dos indivíduos em relação à saúde (informação e educação). Dá-se ênfase ao controlo da saúde pelas populações, inserindo-se a saúde na vida quotidiana dos indivíduos e das comunidades.

Desde a década de oitenta do século XX, as abordagens institucionais de saúde difundidas pela OMS têm sido desenvolvidas em torno dos conceitos de “*educação para a saúde*”, “*promoção da saúde*”, “*participação na saúde*” ou ainda o de “*empoderamento comunitário*” ou ainda das ‘*cidades saudáveis*’, reforçando-se progressivamente o objetivo de saúde comunitária que se preocupa com o controlo das condições de vida, tanto ambientais e coletivas como individuais. Este facto está associado às mudanças sociais como o avanço das doenças crónicas e o aumento progressivo da esperança de vida das populações nas sociedades ocidentais, e os decorrentes custos económicos e sociais das vivências prolongadas com a doença, a par de uma maior consciência das limitações da medicina na cura e tratamento de algumas doenças.

Durante os anos 90 e início do século XXI continuaram a ser produzidos novos textos internacionais (*Declaração de Adelaide*, 1988; *Declaração de Sundsvall*, 1991, *Declaração de Jakarta*, 1997; *Declaração do México*, 2000; *Carta de Bangkok*, 2005) que acentuam esta responsabilização das populações sobre a sua própria saúde “*objeto de todos os cuidados em habitantes sujeitos do seu próprio destino*” (OMS 1994:44),

valorizando a sua opinião e lançando diretrizes no sentido de promover a sua capacidade de decisão.

Estas novas políticas internacionais de promoção da saúde, ou a ‘nova promoção da saúde’ (Minkler, 1994), caracterizam-se por um afastamento do modelo clínico e da sua localização no indivíduo, orientando-se para o envolvimento dos diferentes sectores da vida social e económica e responsabilizando os cidadãos. Existe uma intenção de partilha de responsabilidades e de poderes, cruzando disciplinas, sectores, instituições e grupos sociais para a construção de uma saúde melhor – expressa em conceitos como o de “participação comunitária” e “empoderamento”. Abre-se o terreno da participação na saúde, outrora exclusivo da biomedicina e dos seus profissionais, para outros protagonismos.

No entanto, a noção de saudável, neste contexto discursivo da OMS, traduz-se ainda atualmente num estilo de vida controlado, restritivo, comedido, caracterizado por um conjunto de comportamentos que se associam à diminuição do risco de doença (Minayo, 2000), e que é amplamente promovido através dos meios de comunicação social:

“O 'estilo de vida saudável' é assim uma noção carregada de significado social normativo, assente na autoridade da sua definição científico-médica a que o prestígio da OMS associa carácter de universalidade e no poder dos media que para essa normatividade contribuem pela via da divulgação regular de informação 'saudável' referenciada a sistemas periciais do campo da ciência médica.” (Silva, 2008).

A passagem da promoção da saúde do campo clínico, orgânico, biológico para o campo social, cultural e comunitário adensou a noção da necessidade do saudável nos discursos e nas práticas. Com a evolução do discurso massificado de promoção da saúde constrói-se progressivamente um novo perfil de doente, já não focado nos sintomas de doença, mas no risco de adoecer (Silva, 2008). Na perspetiva dos cuidados de saúde, assistiu-se a uma progressiva responsabilização do indivíduo, por muitos criticada e considerada excessiva, porque não acompanhada das necessárias dinâmicas coletivas capazes de contribuir para a boa saúde de todas as populações (ao nível do ambiente, condições de

vida, combate à pobreza, condições de trabalho), contribuindo mesmo para o acentuar das desigualdades sociais adensadas pela culpabilização inerente à maior responsabilização individual.

Um dos argumentos mais marcantes da análise sociológica crítica da promoção da saúde é o de que a ênfase na responsabilidade individual tem um efeito negativo e culpabilizador nos indivíduos, uma vez que as escolhas sobre as quais são responsabilizados, não são livres, porque são fortemente condicionadas pelos fatores sociais, económicos e políticos, e nesse sentido contêm desigualdades constrangedoras da ação. A questão de fundo que enforma o debate principal em torno da promoção da saúde assenta na relação entre estas duas perspetivas: uma que defende que a saúde é uma matéria de responsabilidade individual e que a sua melhoria depende das ações individuais e da mudança de comportamentos; e uma outra que argumenta que a saúde é profundamente moldada pelas circunstâncias sociais e nesse sentido dependente de mudanças estruturais (Ducan, 2004).

Este debate acontece, segundo Ducan (2004) a três níveis: a um nível filosófico entre a ‘livre escolha individual’ e os ‘fatores extrínsecos da existência’; a um nível teórico, em que se confrontam o ‘modelo médico’ e o ‘modelo da mudança social’; e a um nível prático, que contrapõe a intervenção sobre o individuo e os seus comportamentos através dos conselhos dos especialistas, e uma intervenção mais global ao nível do ambiente e das estruturas que contextualizam a vida.

Ducan contextualiza historicamente o debate sobre a promoção da saúde, através de um problema de ‘escala’ que a têm tornado demasiado ambígua, e outro de ‘cronologia’ assente na ideia da existência de uma data de nascimento da promoção da saúde, habitualmente referida entre os anos 70 e 80 (datando os principais documentos inicialmente emitidos pela OMS) esquecendo outras atividades e processos anteriores que são direcionadas para nomenclaturas diferentes como ‘educação da saúde’ ou ‘saúde pública’. Neste sentido, Ducan propõe um entendimento continuado destes conceitos a partir de três grandes períodos de desenvolvimento da saúde na história das sociedades industrializadas:

- O período da ‘saúde pública’ ou da reforma sanitária (a partir de 1840) em que os governos intervêm com medidas legislativas no sentido de melhorar as condições ambientais e sociais em favor da saúde.
- O período da ‘educação da saúde’ ou de serviços pessoais (a partir do final do século XIX) em que o principal foco de intervenção passou a ser o desenvolvimento de serviços de saúde e de bem-estar preocupados com a responsabilidade individual sobre a saúde e a higiene.
- O período denominado de ‘promoção da saúde’ situado a partir dos anos 70 em que a biomedicina se torna objeto de críticas e a natureza e amplitude dos determinantes de saúde são retomados.

Para Ducan é importante um entendimento mais lato da promoção da saúde tendo presente que o seu longo trajeto se inicia no século XIX naquilo que ele denomina de uma ‘tradição interrompida de promoção da saúde’. Ele parte da ideia de tradição enquanto conceito que assenta num ‘propósito’, numa ‘atividade’ e em ‘valores’, e defende que os três períodos históricos referidos anteriormente se unificam nos seus propósitos (melhorar a saúde dos indivíduos e das populações) e nas suas atividades (medidas legislativas e encorajamento da responsabilidade individual pela saúde), fraturando-se apenas nos valores que lhe foram estando associados, e que representam essencialmente duas ideologias – a da biomedicina e a das ‘estruturas sociais’. O argumento de Ducan para a justificação deste conflito de valores na ‘promoção da saúde’ é o de que eles resultam das ambiguidades, dificuldades e alterações na natureza das relações entre a ciência biomédica, as suas práticas, e a sociedade a que a biomedicina serve (2004:186).

Este argumento de Ducan contribui para a abordagem do nosso objeto no sentido em que ele associa a ‘promoção da saúde’, no sentido mais clássico, precisamente ao período de surgimento de vozes críticas sobre a biomedicina, situando o debate num conflito entre a medicina e a sociedade, o que nos deixa elementos para a discussão da relação entre o discurso de promoção da saúde (marcadamente biomédico) e o espaço de emergência de novos protagonismos leigos de saúde, mais especificamente, os alternativos. Neste contexto podemos admitir que a promoção da saúde constitui simultaneamente um reforço e uma crítica ao paradigma biomédico criando ela própria

novos espaços de reflexão e de participação leiga na saúde que partem do interior do paradigma hegemónico (dos seus saberes, das suas normas, dos seus conselhos) para uma procura exterior de outras respostas de saúde, não no sentido restrito de uma reação de insatisfação com o modelo biomédico, mas como um poder subjetivo, individual, reflexivo e informado que possibilita novas procuras e escolhas de saúde. Ou seja, a partir dos anos 70, a ideia de promoção da saúde molda-se sob uma estrutura social, económica e cultural fortemente medicalizada, mas igualmente individualizada, permitindo repensar a saúde criticamente no interior do paradigma biomédico e para além dele. Para isto contribui certamente a própria evolução do discurso e das políticas de promoção da saúde que têm deslocado o foco dos sujeitos como meros recetores de informação especializada para o seu reconhecimento enquanto cidadãos ativos, capazes e responsáveis pelas suas escolhas de saúde.

Centrando a nossa discussão na contemporaneidade ocidental, na qual o risco é um elemento central das vivências individuais (Beck, 1992) a promoção da saúde reflete-se neste contexto desenvolvendo estratégias preventivas que espelham novas técnicas de administração social concebendo o ‘individuo-como-empresa’, de quem se espera que desenvolva a sua própria gestão na relação com o risco, inscrevendo-se assim, no entender de alguns autores, numa racionalidade de tipo neo-liberal (Castel, 1983; Rose, 1993). O risco passou a constituir o foco das intervenções políticas da saúde, e sendo este abstrato e impreciso, multiplica as intervenções preventivas, dissolvendo as fronteiras entre a população saudável e não-saudável. Todos os indivíduos estão potencialmente em risco de adoecer, e nesse sentido os espaços de intervenção de promoção da saúde difundem-se para as diferentes dimensões da vida, para todos os comportamentos e para todos os indivíduos.

A par desta ampla difusão dos riscos de saúde assim como dos comportamentos considerados adequados para evitá-los, desenvolvidos pelas estruturas de promoção da saúde, existe evidência empírica quanto a um crescimento do grau de ambivalência na população em relação aos riscos e aos benefícios da medicina moderna. Segundo Davison *et al* (1991) os conselhos veiculados pelo discurso massificado de promoção da saúde, baseados em noções de ‘previsibilidade’, ‘regularidade’ e ‘certeza’ não são eficazes porque não dão resposta às crenças da cultura popular. Ou seja, as noções de

risco dos leigos, embora contenham elementos de informação herdados da ciência, não são necessariamente ‘racionais’ do ponto de vista científico, divergindo não só em relação aos especialistas, como também entre segmentos da população de acordo com a sua caracterização sociocultural. Não falamos de uma oposição dicotômica que distingue as racionalidades leigas da racionalidade científica de saúde, mas de desconstruções e reconstruções que se vão definindo através de incorporações de elementos mútuos de várias racionalidades e sentidos, cujas lógicas pretendemos explorar.

Desta relação de forças surgem questões que são fulcrais para o nosso trabalho: Como é que o paradigma de saúde dominante (biomédico) que sustenta o discurso de promoção da saúde contribui ou se relaciona com os atuais protagonismos leigos, em particular, os alternativos? A capacidade de decisão, de opção, de agência dos indivíduos por via da promoção da saúde alternativa à convencional pressupõe uma rutura, um complemento ou um reforço das conceções difundidas pelo paradigma biomédico?

2.2. Crise da medicina e da saúde

Na modernidade tardia de que nos fala Giddens (1991) o *self*, tal como os contextos institucionais mais vastos nos quais ele existe, tem de ser construído reflexivamente. A saúde tornou-se cada vez mais uma tarefa ou mesmo um projeto pessoal chegando mesmo a constituir-se no principal valor da vida. As pessoas ganharam uma maior perceção dos riscos associados à saúde e ao bem-estar, tornando-se mais responsáveis pela sua saúde e pela forma dos seus corpos.

Simultaneamente, com a presença hegemónica da medicina nas vidas individuais, verifica-se um distanciamento subjetivo dos indivíduos face às conceções biomédicas e ao discurso médico dominante (Silva e Alves, 2011; Rosa et al., 2011). O desenvolvimento da medicina foi criando nos indivíduos expectativas crescentes quanto ao prolongamento da sua existência com promessas de cura e controlo das doenças, a

que não tem conseguido corresponder, ao mesmo tempo que fez com que a doença e a “anormalidade” ou a “incapacidade” se tornassem cada vez mais presentes na vida dos indivíduos, diluindo muitas das fronteiras entre saúde e doença, ou entre saudável e doente (Webster, 2002:445).

Luz (2005) refere-se a um cenário de dupla crise - *crise da saúde e crise da medicina* – existente nas sociedades ocidentais desde as últimas décadas, defendendo, na linha do que temos vindo a discutir, que a relação entre a racionalidade biomédica (científica) e a cultura contemporânea é um elemento fulcral no entendimento deste estado de crise. A *crise da saúde* resulta essencialmente do agravamento das desigualdades sociais potencializadas pelas leis capitalistas dominantes no mundo atual, em que observamos a acumulação dos problemas de doenças crónicas mais presentes nos países ditos desenvolvidos com a permanência em grande escala das consideradas ‘velhas doenças’, maioritariamente infecto-contagiosas, que ameaçam a saúde e a vida das populações dos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. Paralelamente alguns autores referem-se ainda a ‘*uma pequena epidemiologia do mal-estar*’ que atinge sobretudo as populações urbanas, como resultado do embate entre a organização do trabalho e as transformações culturais que têm vindo a substituir a cultura local pela forte mediatização de uma cultura global e massificada, afetando os sentimentos de pertença e de identidade individuais (Luz, 2003).

Por outro lado, assistimos também a um estado de *crise na medicina* que afeta os planos “corporativo, pedagógico, ético, institucional, da eficácia institucional médica, do saber médico e da racionalidade médica” (Luz, 2005) e tem vindo a acontecer com a coexistência contraditória de uma tripla divisão: *entre ciência das doenças e arte de curar; entre diagnose e terapêutica; e no interior do agir clínico, da unidade relacional médico/paciente* (Carvalho e Luz, 2009). A medicina moderna ocidental, na valorização que faz dos saberes científicos sobre a doença, e na objetivação da doença com meios tecnológicos de diagnóstico e exame, reproduz as separações da sua racionalidade e cria espaço para a procura de outro tipo de racionalidades e de terapêuticas. Não se trata de uma crise de conhecimento ou de saber médico, pois nessa dimensão a medicina tal como a ciência em geral, têm conhecido progressos indiscutíveis. Trata-se, sobretudo,

de crise na relação entre a medicina e a sociedade onde esta se insere e que ela serve, a qual se integra no debate sobre a crise da ciência que abordámos anteriormente.

O processo de individualização e responsabilização individual associados à expansão da tecnologia médica, que nos permite antecipar estados de doença e monitorizar os riscos sobre a saúde, criou novas normas sociais e de controlo, mas também novas oportunidades para a ação e novos dilemas e escolhas conflituantes para os atores sociais. A ênfase que o diagnóstico médico coloca atualmente sobre os exames tecnológicos e bioquímicos transferiu grande parte do poder que estava centrado na figura do médico para outras instâncias de conhecimento. Ao partilhar a responsabilidade e a precisão do diagnóstico a autoridade médica fragiliza-se, enquanto referência de *expertise*, concedendo, desde modo, um novo poder de autonomia e escolha aos indivíduos, que na posse de um diagnóstico ‘científico’, podem decidir sobre as suas escolhas terapêuticas, ou formas de cuidar e de tratar, dentro ou fora do sistema biomédico.

Na ampliação e difusão de mensagens diversificadas de saúde, a par do enfraquecimento da autoridade reconhecida aos sistemas periciais, veio dessacralizar a mensagem biomédica, fragilizando-a, e exige dos indivíduos uma ação mais reflexiva, que lhes permita escolher entre a multiplicidade de discursos e opções de saúde que lhes são quotidianamente apresentados. Se, como Parsons (1955) retratou, as trocas de informação que caracterizaram o período forte do paradigma biomédico, se limitavam a uma relação médico-doente, quase sempre condicionada ao espaço físico do consultório ou do hospital e num diálogo desigual em tempos e saberes, atualmente, a saúde e o saudável surgem, de forma massificada, em revistas, jornais, programas de televisão e rádio e, sobretudo, pelo espaço virtual possibilitado pelo acesso à internet.

No entanto, se esta difusão, sobretudo dos espaços virtuais de acesso à saúde, pode ser entendida como uma democratização da participação e do acesso à saúde, ela constitui igualmente uma dimensão de desigualdade (nas possibilidades de acesso e nos recursos culturais dos indivíduos) apelando à necessidade de instrumentos individuais de entendimento, filtragem, seleção e reflexão acerca dos conteúdos veiculados. A amplitude das fontes e dos tipos de informação sobre saúde, disponibilizada atualmente,

globalizada e não regulada, exige dos indivíduos uma capacidade acrescida de seleção e contextualização da informação, bem como de definição de critérios de escolha quando estes pretendem deslocar-se para fora da oferta de cuidados do sistema nacional de saúde, ou seja, exterior a uma oferta de saúde cientificamente legitimada.

2.3. A dessacralização da ciência

A multiplicidade de discursos sobre o saudável que assenta na ideia da ciência (tudo se anuncia em nome da saúde, do saudável cientificamente testado ou comprovado) parece colidir com uma crescente insegurança e crítica por parte dos indivíduos leigos a essa mesma cientificidade, consequência dos processos comunicacionais da ciência que não têm facilitado a sua compreensão, e dos modos como subjetivamente os indivíduos apreendem e incorporam os conteúdos globalmente difundidos. Entre os discursos de saúde globalizados e as vivências individuais locais existe um amplo espaço de questionamentos, conflitualidades e negociações.

Neste contexto de risco e de incerteza, que como vimos, contextualiza as perceções da saúde, parece-nos fundamental a reflexão em torno do debate atual sobre a crise da ciência, para podermos pensar a saúde, na sua relação entre a ciência biomédica, as ‘medicinas alternativas e complementares’ e as lógicas de ação individuais.

A ciência constituiu, desde a revolução industrial e a revolução liberal, o principal alicerce do discurso político dominante, que a apresentava como a “ideologia da competência” capaz de objetivar a realidade, mas dessa forma, reduzindo o debate público. (Gonçalves, 2000). Mas se esta representou, durante largos anos, a solução (concreta ou emergente) dos nossos problemas, ela passou a ser também entendida como parte dos nossos problemas. (Santos, 2000).

“A crença na ciência como fonte legítima do saber dominante no mundo ocidental tem vindo a erodir-se sob o efeito combinado da multiplicação de

controvérsias públicas amplamente mediatizadas (...) e da percepção generalizada, de que os peritos divergem entre si, que o acesso a metodologias rigorosas e objetivas não lhes dá o dom da infalibilidade (...) Esta convicção acentua-se perante a constatação de que, quando estão em causa avaliações de risco, o conhecimento científico não pode, só por si, dar as respostas de que as sociedades precisam.” (Gonçalves, 2000:155)

A modernidade tardia em que vivemos atualmente é marcada pela dúvida radical, assumindo-se todo o conhecimento como provisório, testável, transformável numa diversidade de opções e possibilidades (Giddens, 1992). Assim, segundo Giddens, estas circunstâncias de uma crescente reflexividade, de incerteza e de escolha tornam as noções de ‘confiança’ e de ‘risco’ muito importantes. A confiança assume-se como o principal meio de interação com os sistemas abstratos modernos e fontes de autoridade e de expertise como é a medicina. No entanto esta ‘confiança’ é muito diferente da confiança do passado. Esta é, segundo Giddens, uma confiança ativa, no sentido em que tem que ser constantemente ‘conquistada’ face à constante incerteza. Esta depende da autonomia individual uma vez que não se ancora em forças exteriores. Como consequência, a ciência não é mais associada a uma inquestionabilidade mística, mas está em constante relação com a população numa dialética de confiança e de dúvida.

Transversal aos debates na comunidade científica, nos média e nos públicos, a ideia dos riscos e das fragilidades associadas à ciência está presente, sendo atual o debate em torno da existência de uma crise na ciência. Bourdieu (2001) reconheceu uma regressão sofrida no universo da ciência associada à fraca autonomia desta face aos poderes religiosos, políticos e económicos, afirmando mesmo a possibilidade de uma perigosidade da ciência como consequência do seu estado de perigo “ (...) *la science est en danger et, de ce fait, elle devient dangereuse* “ (Bourdieu, 2001:6). Boaventura Sousa Santos evocando Jean-Jaques Rosseau e o regresso às perguntas simples, questiona o conhecimento científico por completo, propondo um “conhecimento emancipatório” ou um retorno a um novo senso comum (Santos,2000).

Deixamos, assim, de perceber a autoridade científica como estando isenta de críticas, ou seja, afastamo-la das teses baseadas nas crenças de carácter religioso ou mitológico.

Este processo de questionamento da ciência acentuou-se ainda com a crescente democratização dos estatutos sociais e de massificação de acessos e consumos (Costa et al, 2002) próprios do pós-materialismo, que trouxe à ciência (e a medicina é um excelente exemplo disso) o debate entre as altas expectativas por ela criadas e as crescentes suspeitas relativamente aos riscos/efeitos que ela comporta, ou ainda entre as suas capacidades de ação e a de previsão das consequências de tais acções (Santos, 2000).

Sobretudo com os estudos sociais da ciência relativistas-construtivistas, em vigor nos anos 80 e 90 do século XX, alguns autores anunciam uma obrigatória mudança de paradigma na ciência, ao enfatizarem a incerteza, o risco, a insegurança, o erro, a desilusão e a descrença como formas dos indivíduos a representarem.

No entanto, apesar das múltiplas formas em que a crise da ciência tem sido debatida, talvez nunca como agora a ciência tenha estado tão próxima dos indivíduos, tanto nos progressos e avanços científicos e tecnológicos que estão já incorporados nos quotidianos das sociedades ocidentais, como nesta nova vaga de reflexividade que trespassa a nossa existência sociocultural até um domínio que até há algum tempo atrás se encontrava espartilhado do cidadão comum, apenas oferecido como um monopólio do conhecimento acabado, inquestionável, apresentado como indispensável à vida. Com isto, grande parte das dualidades em que a ciência moderna se apoiou – objeto/sujeito; natureza/cultura; ciências exatas/ciências sociais - encontram agora novos e pertinentes questionamentos e cruzamentos.

Tão ou mais importante do que as múltiplas discussões epistemológicas enclausuradas na comunidade científica, é a abertura da discussão epistemológica da ciência no quadro dos paradigmas socioculturais em que ela se insere e que deles deriva para fora do campo científico. A existência deste amplo movimento de debate e crítica sobre a ciência, em si, é já um garante da dessacralização do conhecimento científico, o que, por um lado lhe retira o monopólio do saber, mas por outro a coloca numa situação de maior exposição e abertura para novos modos de construção e comunicação do conhecimento, numa lógica de compreensão múltipla capaz de possibilitar a “*alfabetização científica*”

cívica“ fazendo, assim, com que o contexto social da ciência possa fazer coincidir o processo científico com os interesses e necessidades reais das populações.

Se a ideia da modernidade marcou a distância entre os mundos da ciência e da não ciência (Gonçalves, 2000), o denominado pensamento pós-moderno da ciência parece reconhecer a necessidade de construir trilhos de partilha entre estes dois mundos. Uma das razões deste reconhecimento relaciona-se com a pluralidade de abordagens internas e externas à ciência que têm vindo a desenvolver-se, fazendo com que: por um lado, cada uma das disciplinas científicas reconheça a necessidade de repensar a sua própria cultura, investindo no esforço de homogeneizar linguagens e conceitos – situação particularmente relevante no domínio das ciências sociais, dadas as características do seu objeto de estudo; e por outro lado, que seja possível algumas pontes de comunicação transversais que permitam cruzar e partilhar as diferentes abordagens científicas, fazendo com que a ciência se aproxime, de facto, das necessidades e expectativas dos indivíduos (Wallerstein, 1999)

Assim, no arquipélago de saberes que hoje presenciamos, a ciência representa apenas um entre outros saberes constitutivos do campo cognitivo que ordena a produção de sentido na sociedade atual. Neste contexto, a ciência defronta-se, talvez hoje, mais do que nunca, com a importância do processo comunicacional, que não pode ser entendido como uma ‘troca’, mas antes numa lógica de ‘partilha’, abrindo novos espaços de diálogo e de participação dos cidadãos.

Na situação presente das sociedades ocidentais, de uma crescente escolarização e maior acesso à informação, as expectativas cada vez mais altas relativas à ciência associam-se a suspeitas cada vez mais fortes. Face à emergência de públicos mais críticos relativamente aos saberes instituídos, a ciência dessacraliza-se, e presencia, atualmente, dificuldades que derivam, em muito, da relação entre o que os cientistas fazem, aquilo que eles dizem acerca do que fazem, e ainda o que é (e como é) divulgado pelos meios de comunicação social.

Existem dificuldades concretas quer ao nível da comunicação entre ciências, como ainda, e de forma mais marcada, ao nível da comunicação com os leigos. Talvez desde

que Galileu decidiu escrever as suas obras em italiano para que os homens comuns pudessem ler e debater os seus textos, que existe a ideia de que a ciência poderia contribuir para a criação de um novo senso comum, mais esclarecido e informado. No entanto, tantos anos passados, a questão da compreensão pública da ciência ou ainda da relação desta com os leigos continua em debate.

Sobretudo a partir da segunda metade do século XX, desenvolveu-se uma nova área de pesquisa designada por *compreensão da ciência pelo público* (*public understandig of science*) com um estudo realizado pela National Science Foundation nos anos 50 para medir a literacia científica da população (Miler, 1992), e mais tarde com o Eurobarómetro, o qual promoveu um grande inquérito à população nesta área (Ávila et al, 2000:19).A justificação para o surgimento destes estudos foi o reconhecimento da importância da formação dos indivíduos, educando-os para a ciência, tentando assim formar públicos críticos e participativos, fundamentais para as sociedades democráticas.

As primeiras pesquisas nesta área baseavam-se na ideia de uma correlação positiva entre o grau de conhecimentos científicos e as atitudes ou a confiança face à ciência. No entanto com a análise dos resultados do Eurobarómetro reconheceu-se a necessidade de rever o modelo de análise usado. Apoiado nas teorias de Inglehart e de Beck (1992) “*Durant propõe um novo modelo de análise que parte da oposição entre as sociedades ditas industrializadas ou modernas e as sociedades pós-modernas ou pós-industrializadas.*” (Ávila et al, 2000:21), defendendo que as primeiras têm uma fraca penetração nos domínios científicos e fortes crenças na ciência, enquanto as segundas revelam maiores conhecimentos, mas também uma maior consciência dos riscos e efeitos nocivos associados à ciência, mantendo uma atitude crítica enquanto usufruem dos seus benefícios.

Concluiu-se, assim, que os indivíduos se tornam tanto mais críticos quanto melhor informados. Este criticismo surge envolto numa nova sensação de insegurança que, segundo Santos, tem as suas raízes na crescente assimetria entre a capacidade de agir e a capacidade de prever provocadas pelo desenvolvimento da ciência e da tecnologia:

“Enquanto anteriormente os atos sociais partilhavam a mesma dimensão espaço-temporal das suas consequências, hoje em dia a intervenção tecnológica pode prolongar as consequências, no tempo e no espaço, muito para além da dimensão do próprio ato através de nexos de causalidade cada vez mais complexos e opacos.” (Santos, 2000:55).

Retornando ao campo da saúde, são, assim, os indivíduos com maiores recursos económicos e educacionais, herdeiros da cultura científica, aqueles que questionam, cada vez mais, os vários saberes médicos disponíveis, convencionais ou alternativos, do mesmo modo que parecem ser estes os que estabelecem maiores ligações entre as diferentes esferas da vida que contribuem quer para as suas conceções de saúde e de vida, quer para as práticas da sua construção. É neste movimento agencial em torno das construções subjetivas, plurais, de saúde, que anuncia novos protagonismos dos indivíduos na relação com a saúde, com os saberes que a objetivam, e com a escolha de práticas e consumos terapêuticos de saúde, que inscrevemos o nosso objeto de estudo. Interessa-nos compreender os protagonismos leigos que, especificamente, se centram em escolhas de saúde alternativas (ou complementares) às que a biomedicina lhes oferece.

Capítulo 3 – ‘Medicinas alternativas e complementares’ – do contexto institucional à abordagem sociológica.

Os sistemas de cuidados de saúde ganharam, no final do século XX, novas possibilidades, visibilidades e novos públicos. Crescentemente, a agência leiga articula-os, no seu uso, recorrendo quer aos profissionais da medicina, quer aos profissionais ‘alternativos’, quer aos que ‘têm dons e virtudes’, ou ainda em lógicas autossustentadas de consumos de saúde, construindo trajetórias plurais de saúde onde os diversos sistemas são convocados, em complementaridade (Carapinheiro 2001; Lopes 2010; Alves 2011; Silva e Alves, 2011).

Interessa-nos dirigir o olhar para as configurações da saúde alternativa, partindo da discussão das suas conceptualizações e tipologias, bem como a sua afirmação e expansão num lugar outrora pertença exclusiva da biomedicina. Embora não tenhamos a intenção de aprofundamento exaustivo destas racionalidades médicas uma vez que o nosso foco não são os sistemas, mas antes, os sentidos que a agência leiga lhes atribui, interessa-nos explorar a noção de ‘alternativo’ na saúde e como se tem vindo a expandir no mundo ocidental contemporâneo, resultado e resultante de alterações socioculturais que lhe proporcionaram um crescimento progressivo do número de utilizadores. Para isso iremos, primeiro, traçar a evolução da expansão e afirmação destas medicinas no quadro institucional, para depois, focarmos na abordagem sociológica deste fenómeno emergente nas sociedades contemporâneas.

3.1. A institucionalização e classificação das ‘medicinas alternativas e complementares’ no mundo ocidental

Num contexto de valorização da saúde tanto na vida quotidiana como nas políticas públicas, assiste-se, sobretudo a partir dos finais do século XX, a uma enorme expansão e visibilidade, no mundo ocidental, das globalmente denominadas ‘medicinas alternativas e complementares’, a par da promoção da ideologia do ‘saúdavel’ como estilo de vida comportamental (Felice *et al.*, 2013).

A posição hegemónica que a biomedicina conquistou na luta com os outros sistemas interpretativos e terapêuticos, impõe-se como referência mas não eliminou outros sistemas de cuidados (Clamote 2006), por razões socioculturais mas também por razões económicas e de sustentabilidade. Como já referimos, as representações da ciência médica, e as consequentes perceções e experiências da saúde e da doença, têm vindo a conhecer novos contornos nas sociedades ocidentais. A literatura, tanto nacional como internacional continua, maioritariamente, a abordar as terapêuticas denominadas ‘alternativas’ por contraponto à medicina ortodoxa, convencional.

Uma das dificuldades na abordagem sociológica das medicinas/práticas terapêuticas alternativas e/ou complementares é a sua conceptualização e tipificação, uma vez que elas são entendidas, sobretudo, por contraponto à medicina convencional, e muitas vezes assumidas como um grupo homogéneo (Saks, 2001; Franco, 2010) embora com denominações diversas, não existindo consensualidade quanto aos critérios que orientam estas classificações. Luísa Franco (2010:39) refere-se a esta complexidade de definição e classificação justificando-a com a sua própria transformação:

“ (...) as definições têm vindo a acumular-se, pois estamos perante um objeto social em mudança, processo em curso desde meados do século XVII em alguns países (como é o caso britânico) até ao atual ritmo acelerado de transformação, o que sugere um objeto fugaz e difícil de apreender.”

As ‘medicinas alternativas e complementares’ são geralmente definidas como um grupo de sistemas médicos e de cuidados de saúde, práticas e produtos que não são considerados parte da biomedicina. Esse grupo foi organizado pela agência federal norte-americana de referência – National Center for Complementary and Alternative Medicine – em quatro categorias:

- **Produtos naturais:** abarcam o uso de plantas, vitaminas, minerais e outros produtos considerados ‘naturais’;

- **Medicina corpo-mente:** tem por foco as interações entre o cérebro, a mente, o corpo e o comportamento, tendo por objetivo a utilização da mente na melhoria do estado físico e da saúde. Exemplos: meditação, algumas correntes do yoga, acupunctura, hipnose, chi kung, tai chi.

- **Práticas manipulativas e baseadas no corpo:** privilegiam o conhecimento dos sistemas fisiológicos e a sua manipulação. Exemplos: Quiroprática, Osteopatia, Massagens.

- **Outras práticas e sistemas médicos não ocidentais:** incluem os sistemas médicos alternativos (como a Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Naturopatia) os curandeiros tradicionais, as práticas de manipulação de energias (Reiki, Imanes) e as terapias de movimento (Técnica de Alexander, Rolfing).

Quando a utilização destas práticas se associa à utilização da biomedicina, estas são chamadas de ‘complementares’; quando elas são usadas em exclusivo, ou seja, em vez de uma prática biomédica, são consideradas de ‘alternativas’. (National Center of Complementary and Alternative Medicine, 2007)

A OMS associa as ‘medicinas alternativas e complementares’ ao conceito de "medicina tradicional", entendendo-a como um conjunto de *"práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios"*. (OMS, 2002).

Ao nível institucional, estas medicinas, múltiplas nas suas origens, com base de cariz tradicional, algumas milenares, são frequentemente denominadas também de ‘medicinas alternativas e complementares’, mas também de ‘paralelas’, ‘doces’, ‘não-convencionais’, ou ainda ‘integrativas’ na Europa, América do Norte e Austrália, em parte por influência do documento publicado em 2002 pela OMS que as definiu desta forma face à dominância das medicinas alopáticas nos sistemas de saúde dos países membros.

Noutras regiões do mundo como na África, América Latina, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental, a denominação dominante para as mesmas práticas terapêuticas é a de ‘medicinas tradicionais’, uma vez que em muitos destes países, estas são as únicas ou

principais formas de assistência e de cuidados de saúde, e porque na sua maioria elas dão continuidade à tradição, ao contrário do que se passa no mundo ocidental onde são importações ou novas construções teorizadas. São diversas as práticas incluídas nestas denominações, mesmo porque algumas derivam de outras ou constituem-se por junção originando outras terapias⁵, sendo que aquelas que são referidas pela OMS (2002) como mais utilizadas enquanto bases terapêuticas são a Medicina Chinesa, a Medicina Unani, a Ayurveda, a Naturopatia, a Osteopatia, a Homeopatia e Quiroprática.

Apesar da incorporação destas medicinas nos sistemas de saúde conhecer diferentes concretizações nos diversos países, é certo que a partir deste movimento institucional da OMS que se iniciou nos finais dos anos 70, surgiram novas disputas e tensões no campo da saúde, tanto ao nível político como profissional e corporativo. Se por um lado as questões económicas e de sustentabilidade dos sistemas de saúde exigem a abertura destes a outras práticas e terapias, por outro lado a dominância do sistema biomédico e das corporações que o representam constroem algumas forças de bloqueio e de resistência a essa abertura, tentando controlar e regular todo o campo da saúde. Destas tensões e bloqueios resulta uma grande diversidade entre países, tanto na sua implementação como na regulação e integração nos sistemas de saúde nacionais.

A noção de ‘alternativo’ na saúde só ganha existência a partir do momento em que existe um modelo hegemónico oficial – biomédico – que exclui todas as outras práticas e saberes para o vasto campo das alternativas. Esta denominação surgiu com mais expressão nas décadas de 60 e 70 do século XX contextualizada por um movimento de contracultura com que alguns grupos de cidadãos procuraram, em várias dimensões da vida, vivências alternativas (ambientais, económicas, educativas, comportamentais).

Em 1978 com a Conferência de Alma-Ata assume-se a incorporação da medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde, a par da medicina convencional. Abre-se o caminho para o surgimento de uma nova noção, a de ‘complementar’. Para isto contribuiu também a globalização com a rapidez de todo o tipo de trocas, que fez com que o campo da saúde conhecesse uma certa abertura da população mas também da

⁵ - Exemplos de terapias manuais: Tuina, Shiatsu. Exemplos de exercícios: Quigong, Yoga, Relaxação. Exemplos de terapias espirituais: Meditação, Hipnose.

biomedicina e dos seus profissionais, a outras práticas e saberes terapêuticos. Surge, então, nos Estados Unidos, o ‘*National Center of Complementary and Alternative Medicine*’ e o ‘*Programa de Medicina Tradicional*’ da OMS ganhou relevância com a publicação de alguns documentos importantes que defendiam a integração das medicinas complementares nos países membros.

Em 2000, surge o conceito de ‘medicina integrativa’ com a necessidade assumida pela OMS de criar um campo inclusivo da saúde baseando-se na noção de ‘pluralismo terapêutico’ mas tentando integrar dentro do paradigma biomédico outras práticas e saberes, tanto na pesquisa, como na formação e nas práticas. O ‘*Consortium of Academic Health Centres for Integrative Medicine*’ (CAHIM), uma organização que congrega 44 instituições norte-americanas e canadenses de referência, define a medicina integrativa como aquela que:

“ (...) defende a importância da relação entre pacientes e profissionais de saúde, com foco na pessoa e na sua integralidade, sendo informada por evidências científicas e utilizando todas as abordagens terapêuticas profissionais de saúde e disciplinas para obter as mais apropriadas condições de cuidado e de cura» (Saad e Lima, 2010).

Esta definição foca sobretudo a pluralidade terapêutica, numa visão concetual da integralidade do sujeito, mas controlada pela ‘evidência científica’, ou seja, tendo ainda por referência parâmetros do paradigma biomédico. Este conceito ‘integrativo’ ficou marcado pela conferência de Alma-Ata quando a OMS lançou o *slogan* ‘Saúde para todos no ano 2000’ assumindo a necessidade de incorporar a medicina tradicional e as suas práticas nos sistemas nacionais de saúde, em muito, derivado à limitação dos recursos económicos, que impossibilitam a biomedicina de dar resposta a todas as populações.

Mais tarde, em 2002, a OMS publica um outro documento⁶ que é fundamental para esta discussão, quer pelo reconhecimento que faz da existência destas medicinas, quer pela tentativa de definição de uma orientação para a sua integração, regulação e

⁶ - OMS (2002). *Tradicional Medicine Strategy 2002-2005*.

regulamentação no quadro dos sistemas nacionais de saúde. Os objetivos definidos para o período entre 2002 e 2005 passavam por quatro domínios prioritários: 1. *Político*: integrando a Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa nos sistemas de saúde nacionais, de maneira apropriada, colocando em ação as Políticas e Programas Nacionais de Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa; 2. *Inocuidade, eficácia e qualidade*: promovendo a inocuidade, eficácia e a qualidade da Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa, por meio do entendimento da base de conhecimentos sobre a Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa, e do aconselhamento sobre a regulamentação e as normas de garantia de qualidade; 3. *Acesso*: Aumentar a disponibilidade e a acessibilidade da Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa, dando primazia ao acesso das populações pobres; 4. *Uso racional*: promovendo um uso terapêutico correto da Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa, tendo em atenção os prestadores de serviços como os consumidores (OMS, 2002).

Em 2010 a OMS publica outro documento – ‘*Continuity and Change – Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013*’ – que expressa a necessidade de prosseguir com as orientações globais já delineadas no documento anterior, sobretudo em matéria de segurança, qualidade e eficácia das medicinas tradicionais, recomendando a promoção da regulação dos praticantes destas medicinas.

3.2. As ‘terapêuticas não convencionais’ no Serviço Nacional de Saúde

Em Portugal é, sobretudo, a partir de 1974 que a difusão destas medicinas alternativas ganha relevo, embora o seu associativismo e ensino remontem, respetivamente, ao início e a meados do século XX, impulsionados por alguns dos seus promotores (Pegado, 1998). A prática de algumas delas situa-se mesmo em tempos mais recuados como elucida Dulce Pombo (2010) ao elencar os sistemas terapêuticos existentes em Portugal em meados do século XIX, conforme compilação levada a cabo pelo Marechal Duque de Saldanha e pelo Dr. Bernardino António Gomes: *Allopatia*, reconhecida oficialmente, o sistema *Chrono-Thermal*, a *Homeopathia*, o *Sistema Negativo*, o

Methodo de Raspail, a Hydroterapia e o Mesmerismo ou Magnetismo Animal. Bernardino Gomes acrescenta a *Isopathia*, a *Kinesipathia* ou *Kinesitherapia*, o *Perkinismo*, a *Electrobiologia*, a *Medicina Hygiea e Odylismo*.

Mas se, como já vimos, a utilização de algumas destas terapêuticas é muito antiga, elas sofreram renovações e uma crescente expansão, permanecendo, ainda assim, não regulamentadas no nosso país. Franco (2010) caracteriza a institucionalização destas medicinas em vários países, demonstrando a influência destes processos nas tomadas de decisão governamentais em Portugal, as quais não iremos aqui detalhar, mas que importa termos em consideração naquilo que são os seus aspetos principais.

3.2.1. Influências externas

Nos EUA, o processo de institucionalização das medicinas alternativas e complementares já decorre desde a década de 70, existindo já uma grande aceitação e institucionalização da osteopatia, acupunctura, naturopatia e quiropraxia. Esta legitimação e institucionalização têm sido feitas através de uma progressiva apropriação e incorporação destas terapêuticas pela biomedicina, quer através de formações disponibilizadas para os médicos, quer através de fundos de financiamento de investigação sobre ‘medicinas alternativas e complementares’ mas pertencentes ao sistema biomédico, ou seja, controlados por ele. Isto faz com que estes sistemas de conhecimento sejam enquadrados, sob a forma de uma tradução biomédica, científica, no sistema de conhecimento culturalmente legitimado, o técnico-científico (Franco, 2011).

Existe, assim, uma certa tentativa de ‘aculturação’ destes sistemas terapêuticos, tanto na sua avaliação (aplicando metodologias de teste de eficácia terapêutica transportadas do modelo biomédico) como na sua aplicação (retirando as práticas terapêuticas do seu contexto e dando-lhes novas formas, de que é exemplo a ‘psicologização’ das terapêuticas chinesas⁷ (Barnes, 1998)). Baer citado por Franco (2011) defende que nos

⁷ - Surge entre alguns acupunctores uma apropriação da noção de doença como bloqueio energético, específico da medicina chinesa, mas numa diferente interpretação, em que o bloqueio do *qi* é concebido como um bloqueio emocional (Franco, 2011:92).

EUA, sob a designação de medicina integrada encontramos situações diversas de cooptação das medicinas alternativas e complementares pela biomedicina.

A par da influência da institucionalização destas medicinas alternativas nos EUA no processo português, Franco (2011) refere ainda a importância destes processos de institucionalização no contexto da OMS e da União Europeia. Sobre a OMS já falámos anteriormente pelo que nos limitamos neste ponto do texto a lembrar a sua trajetória de recuperação e legitimação das medicinas tradicionais, desde os anos 70, pela constatação da importância destas medicinas nas comunidades sem recurso à medicina de cariz científico e tecnológico, e também pelo reconhecimento das limitações da biomedicina relativamente às doenças crónicas e psicossomáticas.

Na Europa, as primeiras ações políticas relativas a estas medicinas surgem nos anos 80 (Robard, 2002), e durante essa década a posição da Comissão Europeia foi a de reconhecimento de uma enorme diversidade legislativa nos Estados-Membros, defendendo, por isso, a primazia da lei de cada Estado. No entanto, diversas questões, como a circulação de profissionais e o reconhecimento das suas qualificações, assim como a necessidade de criar diretivas sobre os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos careciam de uma intervenção a um nível mais global. Surge, então, alguma legislação sobre os medicamentos homeopáticos e fortalecem-se as recomendações sobre a necessidade de desenvolver programas de investigação e financiamentos europeus para as medicinas não convencionais.

Em 1998 o grupo parlamentar dos ‘Verdes’ apresenta a primeira proposta de resolução no parlamento europeu sobre o estatuto das ‘medicinas complementares e não convencionais’, o qual sugere adoção de medidas para harmonizar os sistemas normativos de regulação destas medicinas nos vários Estados europeus, assim como sugeria a criação de sistemas de participação para que os cidadãos pudessem escolher livremente os seus cuidados de saúde. Esta proposta acabou por ser bloqueada pela Comissão de Saúde sem chegar a ser votada, embora tenha desencadeado um pedido de relatório sobre o assunto que teve como relator o deputado Paul Lannoye e que constitui um documento importante - conhecido como ‘relatório Lannoye’- no processo de discussão destas medicinas no quadro europeu, embora não conducente à

pretendida legislação comum europeia para as ‘medicinas alternativas e complementares’ que continua inexistente até à atualidade (Franco,2011).

3.2.2. O Serviço Nacional de Saúde e o monopólio biomédico

Até 1974 os cuidados de saúde em Portugal estavam essencialmente dependentes das misericórdias, eram estas que possuíam a maioria dos hospitais portugueses. Em 1958 foi fundado o primeiro Ministério da Saúde e Assistência. Iniciou-se então uma articulação com a Previdência, passando esta a suportar as despesas de saúde dos seus beneficiários. O Estado foi desempenhando um papel de gestor, garantindo o sistema de saúde (Campos, 1983).

Em 1971 a lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência reconhece, pela primeira vez, que o direito à saúde compreende o acesso aos serviços e não sofre de restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, sendo as prioridades de investimento destinadas aos serviços de promoção da saúde e prevenção da doença (Campos, 1983). Esta nova lei orgânica do Ministério da Saúde reestruturou os serviços centrais, regionais, distritais e locais, sendo criados os Centros de Saúde e os Hospitais, e o Ministério da Saúde passou a orientar, através das Direções Gerais de Saúde e dos Hospitais (principais órgãos do sistema) toda a política de saúde.

Em 1976, a Constituição da República Portuguesa, no seu artigo nº64, passa a consagrar o direito à saúde e o dever de a defender e promover, sendo o Estado o responsável pela sua concretização:

“ O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e

ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.” (Artº64 da Constituição da República Portuguesa).

Define-se, então, o perfil do clínico geral/médico de família que é o principal responsável pelos cuidados primários à população, que teoricamente, deve estar integralmente coberta pelos serviços e cuidados de saúde.

Em 1979 foi promulgada a primeira Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS), passando o Estado a garantir a prestação de cuidados de saúde a toda a população, independentemente das da sua condição socioeconómica, política ou nacionalidade. Esta lei defende a universalidade, generalidade e gratuidade dos serviços de saúde, embora prevendo a existência de taxas moderadoras que assegurem a racionalização das prestações (Silva, 2002). Este diploma organiza-se em torno do ‘funcionamento e organização do SNS – órgãos centrais, regionais e locais; modo de articulação com o sector privado; descentralização decisória; e prevê já a participação dos utentes no planeamento e na gestão dos serviços, através do seu envolvimento a nível central (no Conselho Nacional de Saúde) e nos conselhos regionais de saúde e comissões concelhias de apoio, por membros designados pelas autarquias e por algumas organizações sindicais (Silva, 2002). O Despacho 26/86 do Ministério da Saúde define a participação dos cidadãos através da criação do Gabinete do Utente:

“ O Gabinete do Utente, serviço destinado a receber as sugestões e reclamações dos utentes dos serviços de saúde, corresponde a uma aplicação das normas constitucionais que conferem a todo o cidadão português o direito de tomar parte na decisão dos assuntos públicos do País e de apresentar, perante os órgãos de soberania ou quaisquer autoridades, reclamações ou queixas dos seus direitos. (...)

O Gabinete do Utente é, assim, simultaneamente, um instrumento de gestão dos serviços e um meio de defesa dos utentes.” (Despacho 26/86, Ministério da Saúde, 30-06-86).

Esta tentativa de envolvimento e conseqüente responsabilização dos cidadãos é reforçada, em 1990, considerado, por muitos, como um ano de viragem no sistema de

saúde português. Neste ano foi publicado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 22/93 de 15 de Janeiro) e a Lei de Bases de Saúde, que apela à participação ativa da comunidade no sistema de saúde. Esta lei distingue o Sistema de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, retirando o princípio de que o direito à proteção na saúde seja apenas assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde, como previsto no texto constitucional de 1976, e substitui o conceito de gratuidade pela expressão ‘eventualmente gratuito’. Desta lei decorre um novo decreto – Decreto-Lei nº 11/93 – que aprova o novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde, que define uma nova organização dos serviços:

“Em síntese, o SNS é uma instituição centralizada, dependente do Ministério da Saúde, administrativamente dividido em cinco Administrações Regionais de Saúde. Cada ARS engloba os hospitais e centros de saúde, públicos e contratados, e tem por competência a coordenação de todas as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde na região.” (Silva, 2002)

Nos seus estatutos o SNS é definido como *“um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde”* (Estatuto do SNS, 1993). Em 1993, Nogueira da Rocha (Almeida, 1999:17) sintetiza o sistema de saúde português num grande espaço de convergência e congregação de esforços composto por três segmentos “claramente individualizados” e articulados entre si:

- O serviço nacional de saúde, que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde;
- As entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde;
- As entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou atividades de saúde.

Todo o SNS baseia-se, em cada região, nos hospitais e centros de saúde, ou seja, está restrito aos cuidados prestados e prescritos pelos médicos e enfermeiros cuja formação é

igualmente assegurada pelo Estado e por ele regulamentadas (a este propósito é de destacar o D.L. n.º 310/82 de 3 de Agosto que estruturou a carreira do médico de clínica geral, profissional que passou a ser responsável pela assistência de 1500 utentes). Na base de todo este sistema de saúde legitimado e participado publicamente estão, assim, as ciências biomédicas, existindo uma completa omissão legislativa em relação a todas as outras práticas e terapêuticas aqui designadas como ‘alternativas’.

Só em 2003, é discutida e aprovada em Portugal - na sequência da diretiva da OMS de 2002 - a lei de enquadramento das designadas ‘terapêuticas não convencionais’ (Lei n.º 45/2003 de 22 de Agosto) que faz o reconhecimento de seis destas terapêuticas⁸: acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiroprática. A permanência de desregulamentação destas terapêuticas, que continua ainda em debate, justifica-se num quadro de complexas relações de poderes entre as medicinas alternativas e complementares e a medicina ortodoxa.

No entanto, tal como é igualmente referido internacionalmente, existe uma distância entre os discursos oficiais, mais corporativistas e as práticas de muitos dos seus profissionais. Se, por um lado a imobilidade legislativa e a resistência corporativa das associações de médicos constituem bloqueios ao reconhecimento e integração das medicinas alternativas no sistema nacional de saúde, por outro, as práticas vão, algumas vezes, contornando esses obstáculos, existindo em Portugal o conhecimento público de experiências de práticas terapêuticas alternativas como a acupunctura e o reiki utilizadas em hospitais e consultórios médicos. Fora destes, e mesmo na ausência da necessária regulamentação e de qualquer participação do sistema nacional de saúde, proliferam os espaços de venda de produtos e de oferta de práticas terapêuticas e consultas de medicinas alternativas, com uma crescente adesão por parte dos cidadãos, assim como se assiste ao aparecimento de um crescente número de instituições privadas com ofertas de formação para estes profissionais.

⁸ - É importante referir que, embora os grupos profissionais e representantes das diversas medicinas alternativas tenham defendido que este reconhecimento fosse realizado com a denominação de ‘medicinas’, estas acabaram por ser reconhecidas, em Portugal, apenas como ‘terapêuticas’.

Uma dos fatores a ter em consideração na discussão desta crescente adesão dos cidadãos a estas práticas é a crescente responsabilização e comparticipação destes nos cuidados e serviços de saúde, que deriva das alterações legislativas mais recentes, e da progressiva diminuição do investimento financeiro estatal na área da saúde, que tem deslocado muitos cidadãos para outros subsistemas comparticipados de saúde ou mesmo para os sistemas de saúde privados. Graça Carapinheiro refere, a este propósito, que os princípios constitucionais da universalidade, generalidade e gratuidade, que consubstanciam o direito à saúde, têm vindo a ser comprometidos em sucessivas revisões constitucionais iniciadas na década de 80 do século passado. A saúde é cada vez mais cara para os cidadãos, e assiste-se à promoção de uma crescente repartição da responsabilidade da prestação de cuidados entre o Estado e a iniciativa privada, remetendo para o cidadão a responsabilidade da defesa da promoção da saúde individual e coletiva. (Carapinheiro, 2010).

Carapinheiro refere-se ainda às desigualdades de oportunidades do serviço nacional de saúde, nomeadamente no que se refere ao respeito e valorização dos saberes leigos dos cidadãos e da sua participação no sistema:

“Quando a evidência sociológica mostrou que as trajetórias dos doentes no sistema de saúde estão plenas de invenção social, enquanto estratégias de contorno e de superação dos obstáculos de natureza burocrática, institucional e profissional colocados no acesso aos diferentes recursos de saúde e enquanto escolhas realizadas por diferentes sistemas terapêuticos alternativos, tornou-se visível que o sistema de saúde aparece como um sistema global de resistência ao funcionamento dos saberes leigos e à diversidade de estratégias sociais a que estes saberes dão lugar”
(Carapinheiro, 2002)

Conclui-se, neste sentido, que a transformação atual das formas de regulação racional das sociedades que se centravam nas diretrizes do saber pericial sucede a par de uma crescente reflexividade e incerteza, tanto no Estado como na ciência, fragilizando-se os mecanismos de auto-sustentação das suas respetivas legitimidades. Daqui derivam algumas das questões que enformam o nosso objeto de estudo:

“ Se conjugarmos os processos de formação de riscos com os processos de medicalização das sociedades, apercebemo-nos da progressiva transferência da gestão das políticas da saúde e da vida, do plano público e coletivo para o plano individual e privado. Mas quem tem acesso à difusão dos saberes periciais? Quem dispõe de recursos para os decifrar, interpretar e colocar ao serviço da sua experiência? “ (Carapinheiro, 2010).

Com o incremento da responsabilização individual sobre a saúde amplia-se o espaço dos protagonismos leigos, que o sistema oficial motiva, mas simultaneamente restringe, ao submeter todas as formas de protagonismo leigo ao julgamento do exercício dos direitos e liberdades individuais que a posição hegemónica da medicina reivindica para seu uso exclusivo (Carapinheiro, 2010).

As relações entre conhecimento científico – feito de racionalidade linear - e conhecimento leigo – feito de racionalidades plurais - são relações marcadas pela desigualdade do estatuto conferido ao conhecimento leigo pelas hierarquias de poder instituídas que o relegam para a classificação discriminatória de crença, superstição ou ignorância. Os saberes leigos têm assim vivido numa semiclandestinidade que contribui para o silêncio acrescido sobre o recurso que a eles se faz. Na sociedade portuguesa, altamente estratificada e com um poder médico fortemente corporativo, esta questão é particularmente relevante.

Esta breve apresentação do quadro oficial de saúde português revela que dele fazem parte os serviços, os profissionais e as terapêuticas biomédicas, relegando para o estatuto de crença todos os outros sistemas existentes, mobilizados pelas pessoas na sua interação com a saúde e a doença - como sejam as medicinas tradicionais e populares e as medicinas alternativas - que apesar de serem reconhecidas por lei, não foram ainda regulamentadas.

4.1. A abordagem sociológica das ‘medicinas alternativas e complementares’

No percurso que fazemos sobre a saúde, partimos da racionalidade do paradigma biomédico dominante, positivista, cartesiano e das suas transformações, para o entendimento da crescente procura, visibilidade e integração na esfera pública, de outras práticas e racionalidades veiculadas pelas ‘medicinas alternativas e complementares’.

Embora estejamos hoje distantes da tradição dualista que considerava a natureza e a cultura como universos separados, sabemos que esta distinção é basilar no processo de afirmação da ciência e do homem modernos. A emancipação em relação à natureza constituiu um elemento fundamental do projeto moderno de indivíduo, cuja racionalidade foi assumida como instrumento de corte e de distanciamento do mundo natural e do senso comum. O processo civilizador que marca a modernidade caracteriza-se pela negação da dimensão instintiva do homem, através da emergência da necessidade de autocontrolo como meio eficaz de regulação da vida social (Elias, 1991).

A razão assumiu, assim, o papel de garante da emancipação dos indivíduos relativamente à desordem da natureza. Na saúde, este processo de racionalização emancipadora expressa-se na afirmação da medicina moderna e de que como esta resgatou das esferas místicas, populares e religiosas, as crenças sobre a saúde e a doença, trazendo-as para a esfera dos seus saberes especializados, normalizando e regulando conhecimentos, e disciplinando comportamentos e práticas. Nas últimas décadas, este paradigma assente numa racionalidade cognitivo-instrumental, embora ainda dominante, tem sido crescentemente questionado e criticado, emergindo perspectivas alternativas que tentam interligar os mundos da ciência com o dos saberes leigos, populares, incorporando a natureza e cultura, emoção e razão, num novo conhecimento emancipatório, ou novo senso comum (Santos, 2000).

É no contexto de transformações no campo da saúde já referidas que se observa a expansão para o mundo ocidental de muitas práticas médicas, espirituais e de relaxamento, de raízes orientais (Saks, 2001; Carvalho e Luz, 2009) a que alguns

autores associam a uma “*orientalização do ocidente*”, e que tem vindo a conquistar públicos que eram exclusivos da medicina convencional.

Segundo Fisher e Ward (1994) estima-se que entre 1/5 a 1/2 da população da Europa já tenha recorrido a este tipo de práticas, o que corresponde aos números apresentados também pela European Federation for Complementary and Alternative Medicine, que afirma que entre 20 a 80% dos cidadãos de todos os Estados Europeus já utilizaram, pelo menos uma vez, estas medicinas nos seus cuidados de saúde. Estas práticas promovem um discurso de saúde essencialmente focado na ideia de um bem-estar global, positivo, mais próximo da natureza e da subjetividade do indivíduo.

Convocamos alguns dos principais contributos teóricos e empíricos da investigação sociológica sobre a saúde, que apesar de nas últimas décadas terem proporcionado à Sociologia um importante acréscimo em torno da temática, continuam a expressar carências ao nível dos estudos focados nas leigos (utentes, clientes, consumidores) na relação que estabelecem entre a utilização das medicinas alternativas e a promoção ou construção da saúde, sobre os significados do recurso às medicinas alternativas por parte dos seus utilizadores e também sobre a forma como os utilizadores de medicinas alternativas se relacionam com o conceito de efetividade, que continua, geralmente, a ser analisado tendo como referência o conceito biomédico (focado nos resultados) (Broom e Tovey, 2007; Tovey e Adams, 2003).

A maioria dos estudos sobre medicinas alternativas e complementares referenciados na literatura sociológica internacional (maioritariamente de origem anglo-saxónica) é de natureza teórica, ou com um enfoque metodológico extensivo, baseados em inquéritos às populações ou a grupos específicos, para descrição dos usos, consumos e perfis dos seus utilizadores, e muitas vezes circunscritos ao universo dos doentes com uma determinada patologia (sobretudo doentes com cancro e HIV).

A abordagem dos sentidos leigos de utilização destas ‘medicinas alternativas e complementares’ impõe que priorizemos a discussão das dificuldades existentes na sua conceptualização e delimitação. Se a um nível mais institucional a classificação destas medicinas define-se tendo essencialmente por referência os documentos emitidos pela

OMS que tentam clarificar as suas definições, quando nos centramos na abordagem sociológica, o terreno complexifica-se. Nos últimos anos, tem surgido na literatura algumas tentativas de construção de tipologias de agrupamento, classificação e definição destas medicinas e terapêuticas, a maioria optando pela utilização genérica de ‘medicinas alternativas’ em contraponto à medicina biomédica, justificando-se esta posição no facto de as primeiras serem entendidas como:

“ (...) *categorias fluídas e que essa indeterminação é uma das suas características específicas, tal como o facto de não constituírem categorias substantivas mas antes negativas ou formais – as medicinas que não são a biomedicina*» (Franco, 2010: 39).

Em 2010 foi publicada uma metassíntese das publicações sociológicas sobre as medicinas alternativas e complementares (Spadacio, 2010) com uma revisão de literatura que utilizou os descritores ‘*cam*’ e ‘*qualitative*’ referente ao período entre 1997 e 2008, encontrando 32 artigos indexados⁹ que foram analisados (Spadacio, 2010). Nesta pesquisa foram identificados três focos de análise: 1. O *paciente*, as suas experiências terapêuticas e os contextos sociais e culturais que influenciam a sua decisão de uso das ‘medicinas alternativas e complementares’; 2. O *profissional*, e os processos de profissionalização; 3. As ‘medicinas alternativas e complementares’ enquanto terapêuticas na relação com a medicina convencional. Apesar de o primeiro foco centrar-se nas experiências subjetivas dos indivíduos, o autor enfatiza o facto de os estudos sobre medicinas alternativas e complementares que abordam os seus utilizadores centrarem-se, maioritariamente, nas relações dos indivíduos com determinada patologia, e menos na sua relação com a saúde.

As tipologias em que estas medicinas e terapêuticas são agrupadas, na literatura sociológica, são construídas essencialmente a partir de três critérios, que surgem muitas vezes interligados: contextos socioculturais e institucionais (Saad e Lima, 2010); sistemas médicos ou ‘racionalidades médicas’ alternativos (Luz, 2005); e utilizadores e as legitimidades da sua utilização (Robison e Cooper, 2007);

⁹ -Artigos disponíveis no Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; <http://www.periodicos.capes.gov.br>).

O interesse público crescente por estas medicinas e terapêuticas parece ultrapassar aquilo que alguns autores entendem como sendo parte de um movimento cultural ‘*new age*’ em torno da saúde, que procura um novo modelo de cuidados (Coward, 1989), constituindo, sobretudo, uma procura de abordagens de saúde plurais, holísticas, que autorizem um maior envolvimento e integração dos consumidores e dos seus contextos de vida, e uma relação mais participada entre estes e os prestadores de cuidados de saúde (Bakx, 1991).

Alguns autores defendem que esta expansão das medicinas alternativas no mundo ocidental é o reflexo de padrões gerais da pós-modernidade da vida social (Bakx, 1991; Rayner e Easthope, 2001; Siahpush, 2000), caracterizados pela fragmentação da experiência, o consumismo, o individualismo e a asteticização da vida social. Nesse contexto, as meta-narrativas, de que são exemplo os discursos propagados pelo modelo biomédico, são equacionadas pelos conhecimentos individuais subjetivos que informam e condicionam as práticas sociais. Neste modelo o uso das medicinas alternativas é visto como uma rejeição das meta-narrativas da doença e dos seus regimes de tratamento.

Apesar da sua diversidade no modo de as tratar e classificar, é praticamente consensual que as medicinas e terapêuticas alternativas têm sido definidas, sobretudo, em função da sua exclusão da autoridade biomédica (Saks, 2003; Franco, 2010). Saks (2003) reforçando a ideia de que estas medicinas se definem como ‘alternativas’ pela sua marginalização política, aponta alguns dos fatores responsáveis por esta marginalização, como os apoios oficiais limitados para a sua investigação, a sua exclusão dos currículos de formação médica, as representações pouco positivas nas publicações científicas e as restrições impostas pelos governos à sua prática.

A tese defendida por outros autores é a da existência de diversas racionalidades médicas (no sentido dos tipos-ideias de Weber) distintas da racionalidade biomédica (ou da medicina ocidental contemporânea) que constituem sistemas complexos, relativamente fechados (embora dinâmicos) no que respeita a seis dimensões: cosmologia; doutrina médica; morfologia; dinâmica vital (fisiologia); sistema diagnóstico; e sistema terapêutico. Luz e Barros (2012) centram-se na análise dos sistemas médicos,

desenvolvendo, ao longo de mais de 20 anos, uma linha de estudos centrada na análise e tipificação de quatro sistemas médicos, o ‘convencional’ e três ‘alternativos’: medicina ocidental contemporânea; medicina homeopática; medicina tradicional chinesa; e medicina ayurvédica. Assumem, nesta linha de investigação, o ‘abandono’ da análise de todo um outro conjunto de práticas conhecidas como ‘terapêuticas alternativas’, que não podem ser entendidas como racionalidades médicas mas apenas como práticas terapêuticas, algumas delas associadas a estes sistemas médicos.

Reconhecendo as incorporações, influências e contágios que foram acontecendo e acontecem entre os diferentes sistemas médicos, Luz e colaboradores destacam, no entanto, traços que distinguem o paradigma cultural da biomedicina, marcadamente biomecânico, do das outras medicinas estudadas, fortemente vitalista ou bioenergético. Esta diferença é marcante no objeto e objetivos destas medicinas:

“Enquanto a medicina ocidental tem por objeto a doença (através da identificação das patologias) e por objetivo o combate e a eliminação das doenças, as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica têm como objeto de intervenção o sujeito ‘desequilibrado’ ou ‘desarmonizado’, e por objetivo o restabelecimento da sua saúde, ou mesmo sua ampliação.”
(Luz e Barros, 2012:14)

Existe assim, apesar da análise de quatro sistemas médicos independentes, caracterizados individualmente, uma separação paradigmática entre a biomedicina e os outros sistemas médicos analisados, comumente denominados de ‘medicinas alternativas’. A biomedicina surge associada à doença, à patologia, ou seja, representando-se como a “ciência das doenças” representando o paradigma científico, mecânico, enquanto as outras medicinas têm por categoria principal o equilíbrio (harmonia vital), associando-se também à “arte de curar” e representando um paradigma vitalista (Luz e Barros, 2012:14).

Sobre as razões de utilização das medicinas alternativas e complementares, Siahpush realizou, em 2000, um trabalho importante de sistematização do estado da arte, conseguindo tipificar seis grupos de razões: 1. Insatisfação com a medicina ortodoxa;

2. Insatisfação com a relação médico/doente; 3. Satisfação com a relação com os terapeutas das medicinas alternativas e complementares; 4. Emergência de novas filosofias ligadas a valores ‘pós-modernos’; 5. Heterogeneidade das redes sociais dos utilizadores das medicinas alternativas e complementares; 6. Resposta a necessidades psicológicas/individuais.

Robison e Cooper (2007), num artigo de revisão de literatura sobre o tema, constroem uma tipologia de 22 modalidades alternativas, definidas como ‘modalidades habitualmente não disponibilizadas pela medicina convencional’, e agrupam-nas em quatro categorias, de acordo com a legitimação do uso das mesmas:

- a) **Modalidades estabelecidas:** Modalidades populares, aceites pela população como opções de saúde legitimadas. São modalidades com uma longa história de utilização. Exemplos: Quiroprática, massagem terapêutica, rezas.
- b) **Modalidades reconhecidas:** Modalidades que conquistaram legitimidade dentro do sistema de saúde convencional. Algumas delas surgiram com o movimento ‘*new age*’, mas ganharam aceitação com a sua utilização nas doenças crónicas. Exemplos: Osteopatia, acupunctura, Tai Chi, Hipnoterapia.
- c) **Modalidades de bem-estar:** Modalidades que se tornaram populares com o movimento ‘*new age*’ do final dos anos 60. Estas são algumas vezes consideradas esotéricas. Exemplos: Shiatsu, reiki, reflexologia, yoga-meditação.
- d) **Modalidades de remédios naturais:** Modalidades que prescrevem remédios para ingestão baseados naquilo que acreditam ser ingredientes naturais. Exemplos: Naturopatia; Homeopatia; Medicina Chinesa; Ervanária.

Este estudo, efetuado na Austrália, revelou que das 1308 pessoas inquiridas, 91% estão recetivas ao uso destas medicinas, e que embora a medicina convencional questione as bases de informação que justificam as escolhas leigas de saúde, estas escolhas são escolhas informadas. Estes resultados encontram eco nas teorizações relativas à modernidade tardia de Giddens (1991) e de Beck (1992), que defendem a ideia de que a crescente reflexividade nas sociedades modernas tem como consequência uma tendência para que os consumidores sejam mais informados mas igualmente mais críticos dos saberes especializados.

Existem ainda linhas de investigação - algumas delas em língua portuguesa - mais centradas nos sentidos e racionalidades leigas de saúde, que analisam a procura e utilização de terapêuticas não convencionais do ponto de vista dos seus significados para o sujeito utilizador (Sharma, 1992; Sointu, 2005, 2006; Luz, 2005; Souza e Luz, 2009; Carvalho e Luz, 2009; Clamote, 2006; Bishop, 2007; Lopes, 2010) que nos interessam convocar para este debate. Estes autores, embora apresentando diferentes perspetivas teóricas de análise do fenómeno, comungam da ideia de que a utilização crescente das medicinas alternativas se insere num movimento individual, social e cultural de mudança nas perceções e vivências da saúde, não restrito ao campo da saúde.

Ursula Sharma, uma das autoras de referência neste campo, publicou um livro em 1992 sobre os usuários e as praticantes de ‘medicinas alternativas e complementares’, aprofundando as complexidades que caracterizam este campo da saúde, enfatizando a insuficiência de conhecimento de muitas dimensões nele implicadas. Sharma começa por referir que ainda persiste, em alguma literatura, a ideia da existência de um perfil estereotipado de utilizador das ‘medicinas alternativas e complementares’ associado a algumas características específicas e em afinidade com as culturas alternativas ou marginais:

“Complementary medicine is variously seen as an indulgence of the well-to-do middle classes or (chiefly in America) as the irrational resort of the uneducated, rustics or ethnics who are not ‘completely socialized into middle-class models of physician utilization” (Sharma, 1992).

Sharma recorrendo a diversos estudos empíricos, seus e de outros autores, demonstra, no entanto, que a progressiva utilização destas medicinas no mundo ocidental abrange um amplo espectro populacional. Assim, embora exista alguma tendência para o perfil destes utilizadores se aproximar de variáveis de maior poder económico e educacional, de uma primazia do género feminino e da idade adulta ativa (existindo menos utilizadores nas franjas populacionais, ou seja, nos indivíduos muito novos e nos muito velhos), as diferenças não são muito significativas, e algumas delas esbatem-se por serem comuns aos que também utilizam mais a medicina convencional como é o caso

das mulheres e das pessoas em idade ativa (também as que se situam no grupo etário de maior incidência de doenças crônicas). Sharma (1992) identificou três tipos de utilizadores heterodoxos: 1. *'Earnest seekers'*, que tentam encontrar uma solução terapêutica para uma doença em particular, geralmente crônica; 2. *'Eclectic users'* que utilizam vários sistemas médicos para vários problemas ou questões de saúde; 3. *'Stable users'* que expressam fidelidade a um dos sistemas médicos alternativos.

Uma outra referência importante na caracterização dos utilizadores das 'medicinas alternativas' é o estudo publicado por Astin, em 1998, com amostra de 1035 sujeitos residentes nos Estados Unidos. Astin desenvolveu um estudo quantitativo que tentou definir algumas variáveis preditivas do uso de cuidados de saúde 'alternativos', colocando três hipóteses sob teste: **1. Insatisfação:** as pessoas estão insatisfeitas com a medicina convencional; **2. Necessidade de controlo individual:** as pessoas entendem que as 'medicinas alternativas' lhes oferecem uma maior autonomia pessoal e um controlo individual sobre as decisões terapêuticas; **3. Congruência filosófica:** as 'medicinas alternativas' são vistas como mais compatíveis com os valores, visões do mundo e crenças sobre a natureza, e as concepções de saúde e de doença. Astin testou igualmente algumas variáveis independentes sociodemográficas como a idade, o género ou ainda a percepção do estado de saúde.

As conclusões a que chegou tipificaram os utilizadores de 'medicinas alternativas' (quase sempre complementares uma vez que apenas cerca de 5% dos inquiridos as usam em exclusividade) como: indivíduos com maior nível educacional; com uma atitude filosófica acerca da saúde de tipo holístico (acreditam na importância do corpo, mente e espírito na saúde); são também aqueles que sofreram alguma experiência transformadora nas suas trajetórias de vida que modificou as suas formas de entendimento do mundo; e são tendencialmente classificados como 'criativos culturais'. Segundo o estudo de Astin, existe também uma tendência para os utilizadores destas medicinas expressarem uma percepção de estado de saúde pior do que os utilizadores da medicina convencional.

É, assim, claro que as 'medicinas alternativas e complementares' não tendo uma existência recente (sendo muitas delas medicinas milenares ou que destas derivam),

conhecem atualmente um novo estatuto e visibilidade que se define na relação com uma medicina que se conseguiu impor como dominante no mundo ocidental (a biomedicina) e com uma organização social e política que a tem legitimado dessa forma, assim como com transformações sociais e culturais que fazem emergir novos movimentos leigos de interesse e utilização destas medicinas.

O termo de definição do objeto – se quisermos tratar estas medicinas e terapêuticas como um único objeto – não é fácil de nomear, uma vez que as diversas denominações – alternativas, complementares, não-convencionais, holísticas, vitalistas, doces – têm recebido análises críticas fundamentadas que impossibilitam, a curto prazo, qualquer expectativa de consensualidade teórica, até porque a sua instabilidade social dificulta a definição de fronteiras categorizadoras demasiado fechadas ou estáveis. Partilhamos da perspetiva de Sharma, quando afirma que:

“ (...) if orthodox medicine retains its status as the form of medicine authorized by the state in most western countries, it will continue to be ‘orthodox’ in the cultural sense but may no longer be ‘orthodox’ in the cultural sense of being the form in which public at large has the most confidence and regards as the most legitimate.”(Sharma, 1992:26)

Uma vez que o objetivo do nosso estudo é a compreensão dos sentidos e lógicas de ação leigas na escolha destes consumos e práticas de saúde alternativas, e não as instituições ou sistemas médicos, assumimos deste modo a utilização do conceito de ‘medicinas alternativas e complementares’, justificada pelo seu lugar na organização social portuguesa, dado que a medicina convencional, biomédica, tal como em diversos outros países, tem exclusividade no sistema nacional de saúde, colocando todas as outras num ‘grande espaço’ alternativo ou complementar, ainda não mapeado, e certamente diverso, mas que aqui assumimos de forma global, enquanto ‘espaço’ de saúde exterior, alternativa à convencional.

Capítulo 4 - Protagonismos leigos alternativos na saúde: delimitação do objeto de estudo

Neste capítulo delimitamos o nosso objeto de estudo através do cruzamento dos principais contributos teóricos que nos permitem o entendimento dos sentidos e lógicas leigas de construção alternativa da saúde, definindo, a partir deles, os dois eixos de análise que orientam a compreensão dos protagonismos alternativos na saúde.

Freidson (1984) é um dos autores que introduziu o conceito de ‘sistema de referência leigo’ para designar os comportamentos relacionados com a forma de gestão da doença, sublinhando que o sistema médico ignora o conhecimento leigo. Kleinman (1984) contribuiu também para este entendimento dos sentidos leigos associados às vivências da saúde, afirmando que todas as atividades relacionadas com os cuidados de saúde são respostas organizadas socialmente face às doenças e podem ser agrupadas no que designou por sistema cultural de cuidados de saúde. Neste sistema definiu três sectores de conhecimento sobre saúde e doença: o profissional (da ciência ocidental), o alternativo (que inclui o tradicional e o complementar) e o leigo (popular). Cada um destes sectores de conhecimento é portador de normas de conduta e legitima diferentes alternativas terapêuticas.

O conhecimento leigo de saúde refere-se à construção contextual que evidencia formas de explicar, significar e intervir neste campo. Com ele pretendemos dar visibilidade aos significados simbólicos que orientam e dão sentido à ação social quotidiana. A ciência, na procura de uma certeza objetiva e neutra, reduz os fenómenos às dimensões que consegue controlar, separando do seu campo analítico os contextos e os significados culturais. As racionalidades leigas tomam a saúde e a doença como fenómenos totais (Mauss, 1985) e constituem-se em sistemas de conhecimento que integram saberes provenientes de uma pluralidade de fontes, numa conceção holística que contrasta com o paradigma biomédico (Silva e Alves, 2011). A saúde leiga é uma saúde subjetiva que incorpora a informação científica, particularmente no que respeita à sua tradução em normatividade sobre as práticas, mas que se distancia dessa informação, na medida em que a adapta às realidades contingenciais e estruturantes do mundo da vida.

Silva e Alves (2011) defendem que as racionalidades leigas, no sentido de teoria da prática de Bourdieu (2002), são lógicas ‘práticas’ de organização do pensamento que dão significado e sentido aos fenómenos da experiência, tendo como referencia a ordem social e cultural e convocando as múltiplas dimensões da vida (natural, cultural, mágico-religioso, sociopolítico, etc.). Os processos de percepção, vivência, e expressão da relação com a saúde e com o corpo são eminentemente sociais e culturais, refletindo a posição na estrutura social e as aprendizagens da socialização, condicionantes da interpretação que se faz da situação, bem como dos percursos e das ações que se decidem e encetam (Zola 1966; Silva 2008).

Neste processo está implicada a reflexividade da experiência que utiliza múltiplas informações, incluindo o conhecimento científico, atualizadas nas interações sociais em que se negociam e discutem os percursos e as estratégias para promover a saúde e prevenir a doença (Lopes, 2007). As trajetórias protagonizadas pelos indivíduos são assim significantes das concepções leigas em matéria de saúde. As racionalidades leigas, distintas das crenças sobre saúde, pressupõem lógicas centradas na subjetividade, mas ancoradas em referenciais múltiplos (científicos, culturais, tradicionais, religiosos) que se constituem em formas de produção de conhecimento, ultrapassando a esfera mais estreita do senso comum.

Na modernidade tardia que caracteriza a sociedade ocidental contemporânea, a saúde ligada à cultura de consumo faz emergir novas lógicas assentes em pluralismos – médicos e terapêuticos (Lopes, 2010). Estas lógicas expressam uma rejeição social da exclusividade do protagonismo biomédico sobre a saúde e a doença, e sobre os discursos públicos que os normalizam, surgindo novos movimentos leigos, assentes em referenciais e sistemas periciais plurais, que contaminam e transformam os discursos sobre a saúde.

Os movimentos que se localizam na direção das ‘medicinas alternativas e complementares’ expressam, no entendimento de Coward, mudanças que ultrapassam a clássica relação entre pacientes e utilização de cuidados de saúde, existindo nestes uma procura por um reforço da subjetividade de escolha e de participação na construção da saúde:

“Alternative therapies become popular not just because they offer a more caring approach to health than orthodox medicine but also because they correspond to, perhaps even spearhead, these changed views. Clearly people’s expectations of health, and their sense of personal involvement in it changed. So too have beliefs about how much they can exercise conscious ‘choice’ over health and disease. Interest in alternative therapies rarely stops at using one particular therapy to deal with an ailment when allopathic medicine has failed. The interest invariably extends into a wholehearted adoption of the philosophical concepts.” (1989:196)

Esta ideia é relativizada por Sharma que embora concorde com a existência de utilizadores destas ‘medicinas alternativas e complementares’ que as incluem em estilos de vida ‘alternativos’, defende que muitos outros se limitam a procurar respostas para as suas necessidades sem que isso implique necessariamente crenças em modelos alternativos de saúde ou a partilha de diferentes filosofias de vida em relação aos utilizadores da medicina ortodoxa, mas antes a expressão de opções racionais:

“Both my own and other studies of users of non-orthodox medicine confirm the notion of the rational rather than the culture-bound patient. Choosing to consult a non-orthodox practitioner does not in itself mean rejection of orthodox medicine as a total cultural system (nor total acceptance of an ‘alternative’ system). Sick people weight up the advantages and disadvantages of a particular form of non-orthodox treatment in relation to a particular illness or condition. But their judgment of what constitutes either a cost or a benefit will depend on their own priorities and circumstances.” (Sharma, 1992:81)

O que nos interessa aqui focar são precisamente as diversidades de sentidos e lógicas de ação existentes nestes protagonismos leigos que se deslocam e utilizam, por escolha própria, os cuidados de saúde alternativos aos convencionais, construindo as suas trajetórias de saúde. Neste sentido, iremos apresentar e discutir as dimensões teóricas e analíticas que delineiam o objeto deste estudo.

4.1. A construção leiga ‘alternativa’ na saúde: dimensões teóricas

O cenário de crises no campo da saúde e da medicina acontece no contexto em que uma certa desmedicalização coexiste com uma hipervalorização da saúde e do saudável. Assim, as teses mais antigas de Foucault sobre o biopoder e a biopolítica, continuam atuais na regulação dos corpos e do saudável, mas podemos dizer que se reequilibram ou se renovam na presença de novos movimentos sociais contrários. Alguns estudos empíricos (Calnan, 1988) referem que existe uma camada da população cada vez mais cética em relação à medicina e aos seus desenvolvimentos tecnológicos, e que a relação dos leigos com a medicina é complexa e está longe de se caracterizar por algum tipo de passividade:

«the structure of lay thought and perceptions of modern medicine is complex, subtle and sophisticated, and the individuals are not simply passive consumers who are duped by medical ideology. Rather, they are critical reflexive agents who are active in the face of modern medicine and technological developments.» (1988:1613)

Na existência atual de uma ordem social reflexiva, os contextos de ação tornam-se mais plurais, e as fontes de autoridade e de expertise multiplicam-se e enfraquecem-se. A noção de risco alterou-se. Se antes os riscos estavam associados ao destino, à fatalidade, a Deus ou aos desastres naturais, hoje eles são percebidos como resultantes da intervenção humana, ou seja, são riscos ‘fabricados’. Os riscos são globais, projetados para o futuro por meio de probabilidades, imprecisos e difusos. Isto contribui para elevados estados de ansiedade na população que tem efeitos concretos no corpo - a denominada ‘pequena epidemia do mal-estar’ (Luz, 2003). O corpo social, complexificado, assume-se no corpo físico, que por sua vez, é monitorizado e pressionado socialmente para funcionar e se apresentar não só como apto, mas ainda como estando em forma, saudável e bonito.

Dada a natureza eminentemente invisível dos riscos, o conhecimento torna-se o principal recurso através do qual o risco é filtrado pelos indivíduos. Uma vez que a

ciência se mostra incapaz de prevenir os riscos atuais porque ela própria está na origem de muitos deles, a população leiga constrói outras racionalidades sociais contrastantes com a racionalidade científica, especializada: «*Public criticism and disquiet derive essentially from a dialectic of expertize and counter expertize*» (Beck, 1992)

Nesta desconstrução leiga da saúde biomédica, assiste-se a novos movimentos de procura e de construção de novas lógicas de ação na saúde e nas escolhas das práticas do saudável. Abandona-se a relação submissa a uma autoridade pericial própria da relação médico-doente do modelo biomédico, e emergem novas relações dos leigos com a saúde, muitas delas aparentemente centradas em lógicas e valores associados ao consumo que caracteriza a sociedade contemporânea. Bakx refere “...*que o surgimento do consumismo e o crescimento de formas alternativas de consumo da saúde são parte de uma transformação cultural, uma mudança do modernismo para o pós-modernismo*” (in Nettleton, 2006:253).

Nettleton reforça a ideia afirmando que existe uma comercialização da saúde, em que as pessoas são concebidas como consumidores de saúde e de vidas saudáveis. Health clubs, centros estéticos e de bem-estar, ginásios, centros de novas medicinas e de práticas orientais, revistas, livros e *sites* sobre saúde, e até novos alimentos com suplementos que invocam saúde e bem-estar, fazem parte de novos discursos de saúde, em que os comportamentos de risco próprios dos estilos de vida hedonistas parecem ser apaziguados em práticas e consumos sobre o corpo e mente mais ascéticos.

Admitimos, em tese, que os protagonismos leigos de saúde partem de uma ação de desconstrução dos conceitos de saúde e do saudável enformados e normalizados pelo modelo biomédico, para uma reconstrução reflexiva e agencial da saúde e do saudável individualizados, diferenciados, num processo de negociações pessoais entre as escolhas e as possibilidades percebidas dentro e fora do sistema biomédico.

Para o entendimento deste processo de construção leiga da saúde importa, por um lado (i) abordar os sentidos e as lógicas contidas nas perceções que definem a(s) saúde(s) e o saudável, e por outro lado (ii) compreender a negociação e a determinação das opções

individuais concretas, ou seja o papel da agência individual nas escolhas das práticas e cuidados de saúde alternativos.

Começando pelo **entendimento dos sentidos leigos atribuídos à saúde (i)** interessa convocar os trabalhos de Herzlich que, a par dos contributos de Foucault de que já falámos anteriormente, foram cruciais para a compreensão de que a saúde e a doença não são representadas de igual forma por todos os indivíduos. Herzlich realizou, nos anos 70, um dos estudos mais importantes sobre esta temática em França, entrevistando pessoas da classe média de Paris e da região rural da Normandia. As representações leigas sobre o que significa ter saúde foram classificadas de acordo com três categorias: a saúde no vácuo ou como ausência de doença; a saúde como reserva, como um recurso pessoal; e a saúde como equilíbrio ou como bem-estar. Do mesmo modo, Herzlich encontrou neste grupo de entrevistados, representações diferenciadas de doença: a doença como destruidora, uma ameaça global à vida; a doença como libertadora, que traz benefícios e privilégios; e a doença como desafio, que pode ser vencida através dos recursos pessoais. Apesar de estas categorias expressarem representações diversas da saúde e da doença, Herzlich (1969) verificou que apenas algumas pessoas podiam ser classificadas claramente numa determinada categoria. A maior parte das pessoas "flutuava" entre as três, incorporando elementos das diferentes concepções tanto na saúde como na doença.

Este trabalho sobre as representações sociais de saúde e de doença foi fundamental para o entendimento da existência de construções sociais de saúde e doença que ultrapassam a medicina moderna, apesar da sua incontestável dominância. No entanto as representações sociais, apesar de potencialmente orientadoras da ação, não tem uma função preditiva das condutas sociais. Uma mesma representação pode originar diferentes condutas, assim com uma mesma conduta pode ter como base representações distintas:

“Compreendemos de que forma chegam e constituem o foco de condutas múltiplas e complexas – tal o papel de orientação das representações; mas a explicação das condutas propriamente ditas deve incluir outras variáveis, e não apenas as representações.” (Herzlich, 1991:28)

Na sequência de estudos anteriores sobre a saúde e a doença (Silva, 2008, Alves, 2011) Silva e Alves (2011) propõem o conceito de racionalidades leigas para a compreensão do saber leigo, defendendo que estas sustentam as práticas de saúde na vida quotidiana interligando diferentes elementos. As autoras, inspiradas sobretudo nas teorias construtivistas, enfatizam a dimensão sociocultural e experiencial que marca a construção leiga da saúde e da doença, distinguindo as racionalidades leigas da racionalidade científica e biomédica. Assim:

“ No vivido, a saúde e a doença não são realidades objetivas identificáveis por sintomas de perturbação funcional nos órgãos ou nos tecidos do corpo, mas são fenómenos do domínio da percepção interpretativa, contextualizada no espaço-tempo em que os acontecimentos são percebidos” (2011:1215).

Esta distinção não significa que as racionalidades leigas excluam os saberes médicos, mas antes que os incorporam e reconfiguram em lógicas subjetivas complementando-os com outros sistemas de cuidados, crenças e valores. As racionalidades leigas acrescentam às representações e aos saberes leigos uma dimensão mais processual, no sentido em que a proposta das autoras é a de que estas sejam entendidas enquanto lógicas, plurais, que se direcionam para objetivos, ou seja, para a ação (Silva e Alves, 2011). As racionalidades leigas surgem essencialmente focadas na compreensão dos sentidos atribuídos às práticas e não-práticas da saúde e do saudável por comparação às enunciadas por uma normatividade dominante tanto ao nível do sistema de saúde como da organização social que o contextualiza, ou seja, o foco do conceito é na ‘racionalidade’ introduzindo nele a possibilidade leiga. Existe uma associação destas racionalidades com aquilo que podemos entender como um ‘novo senso comum’ que não se caracteriza por uma rutura absoluta com o saber científico, nem existe na sombra de uma relação hierárquica com aquele, mas que ainda assim, se constrói em relação a ele, ou seja, tendo-o como referência, no sentido em que pressupõe uma lógica racional, mesmo que em sentidos plurais.

Na construção dos alicerces teóricos do nosso objeto de estudo – porque o nosso foco é a construção da saúde ‘alternativa’- retomamos ainda a discussão em torno de um

conceito clássico associado à ‘promoção da saúde’, fundamental na compreensão da relação entre as ‘coisas da(s) saúde(s)’ e as ‘coisas da vida’: os ‘*estilos de vida saudáveis*’. Entre os significados atribuídos pelo discurso biomédico aos ‘estilos de vida saudáveis’ e os significados socioculturais que contextualizam a saúde nas vidas dos indivíduos expressa-se, por um lado, um discurso amplificado e massificado que define os ‘estilos de vida saudáveis’ como um conjunto de práticas e comportamentos, que sob a responsabilidade individual, promovem uma melhor saúde; e por outro lado, a reflexividade individual de cada sujeito que constrói e reconstrói os seus ‘estilos de vida’ a partir de escolhas permanentes que dão resposta às necessidades, gostos e vontades, de acordo com as suas possibilidades da vida.

Crawford (1984) refere a emergência recente de uma popularidade em torno das estratégias individuais na construção de estilos de vida saudáveis, defendendo que desde que as pessoas ganharam consciência dos limites da ciência, percebendo que o ambiente não pode ser controlado no sentido de defender a saúde das populações e que a medicina não é capaz de garantir a cura de todas as doenças, os indivíduos passaram a assumir o controlo individual como o seu principal alicerce de construção da sua saúde.

Mais do que as regularidades que se estruturam nos estilos de vida saudáveis, interessa-nos, através nos protagonismos, focar **a agência que se expressa nos momentos de decisão, escolha e negociação (ii)**, para o entendimento das lógicas leigas de rutura, distanciamento ou complementaridade entre a ‘saúde biomédica’ e a(s) ‘saúde(s) alternativas’ e de como estas lógicas se inscrevem na dimensão mais global da vida. Os protagonismos leigos de saúde constituem, para já, movimentos agenciais de desconstrução de uma saúde massificada, generalizada, objetivada para uma construção voluntária de uma outra saúde informada, individualizada e subjetiva. Os protagonismos leigos alternativos inscrevem estes movimentos para fora do sistema biomédico, substituindo-o ou complementando-o.

Vivemos atualmente a ideia de saúde como um objetivo comum, social, comunitário, mas simultaneamente, como uma tarefa pessoal, quase íntima, de cada indivíduo. Neste conceito, como no da modernidade tardia de Giddens interligam-se dois extremos de extensividade e de intensividade: influências globalizadoras por um lado, e tendências

peçoais, por outro. (Giddens, 1991). Para este debate sobre a relação entre objetividade e subjetividade, convocamos os conceitos de reflexividade e agência de Giddens. Os indivíduos são entendidos como agentes reflexivos, ou seja, críticos em relação aos conhecimentos disponíveis para explicar e interagir com os fenômenos, em relação a si próprios e à vida, construindo interpretações contextualizadas à emergência da ação e interação quotidianas, mostrando desta forma uma racionalidade própria dinamizadora da agência individual.

Segundo Giddens (1991), a modernidade é uma cultura de risco, onde o *self*, tal como os contextos institucionais mais vastos nos quais ele existe, tem de ser construído reflexivamente. No entanto, esta tarefa tem de ser cumprida no meio de uma confusa diversidade de opções e possibilidades”. Beck (2001) acrescenta a ideia de que o processo de individualização e responsabilização individual associados à expansão da tecnologia médica, que nos permite antecipar estados de doença e monitorizar os riscos sobre a saúde, criaram novas normas sociais e de controlo, mas também novas oportunidades para a ação e novos dilemas e escolhas conflitantes.

A saúde tornou-se cada vez mais uma tarefa ou mesmo um projeto pessoal característico da modernidade, chegando mesmo a constituir-se no principal valor da vida. A saúde adquire, na modernidade, uma valor e importância crescentes, em virtude da secularização da sociedade, que faz com que os indivíduos, distantes das crenças religiosas de outros tempos que lhes prometiam a vida eterna, centrem as suas vidas no “aqui e agora” e se foquem na saúde como o meio privilegiado de prolongarem e de se relacionarem com a vida e com o bem-estar.

A instabilidade atual das normas e valores da época industrial pressupõe uma enorme variedade de opções de estilos de vida a par de uma fragmentação dos centros de autoridade tradicional, o que motiva as pessoas a realizarem escolhas e o que tem vindo a acelerar a individualização. Esta individualização não é, necessariamente, sinónimo de facilitação das escolhas subjetivas, uma vez que estas continuam a ser fortemente condicionadas pelas possibilidades de escolha, ou seja pelas condições estruturais que enquadram a vida dos indivíduos.

Simmel refere a individualidade (no sentido de se ‘ser único’, diferenciado, autêntico) como uma tendência que surge face à grande intensidade, estimulação e diversidade da vida moderna, e que tem expressão na individualização dos estilos de vida. Para este autor, se na modernidade, um dos objetivos dos indivíduos era a determinação das suas identidades como um ponto de referência fixo e preciso, na modernidade tardia, as identidades passam a ser uma construção para as quais os estilos de vida contribuem (Cockernham et al, 1997). Weber centra o debate dos estilos de vida na diferenciação dos meios de produção dos meios de consumo, colocando ênfase nestes últimos como distintivos das diferenças de *status* e realçando os processos de escolha individual como determinantes nos estilos de vida. Estas escolhas são elementos importantes na definição dos estilos de vida embora não determinantes uma vez que elas acontecem no contexto das condições de vida, ou seja, das probabilidades de encontrar satisfação para os interesses, vontades e necessidades individuais (Dahrendorf in Cockerman et al, 1997).

Weber centra-se no debate entre as escolhas individuais e as estruturas sociais defendendo o peso das estruturas, sobretudo na determinação das escolhas dos estilos de vida, fixando-se, sobretudo, nos fatores socioeconómicos. Bourdieu (1979) introduz o ‘gosto’ e o conceito de ‘habitus’ defendendo que as ações individuais resultam de condições provenientes das estruturas sociais, e das experiências vividas que vão sendo interiorizadas subjetivamente. Para Bourdieu os estilos de vida não são só condicionados pelas condições de vida como são mesmo por elas moldados, constituindo formas de capital cultural com valores simbólicos.

Giddens (1991) traz para este debate a influência da modernidade nos estilos de vida contemporâneos, acentuando que esta difere de todas as outras ordens sociais anteriores pelo seu dinamismo, impacto globalizado e grau de interferência nos hábitos e costumes tradicionais. Quanto maior é o distanciamento das tradições maior é a necessidade dos indivíduos de realizarem escolhas e negociações nos seus estilos de vida entre uma enorme diversidade de opções globais e locais. Os estilos de vida resultam assim de uma sucessão de escolhas que respondem a necessidades individuais como também contribuem para a sustentação da identidade pessoal. Para Giddens a escolha é um elemento fulcral na definição dos estilos de vida, e embora reconhecendo o papel das

estruturas, nomeadamente das circunstâncias socioeconómicas, o seu foco principal é na ação individual de manutenção da identidade pessoal.

Este debate que relaciona as estruturas com a agência é fulcral na discussão do nosso objeto de estudo, porquanto é nesta interdependência que tentamos compreender os protagonismos alternativos de saúde. Se o peso das estruturas sociais pode ser entendido como um dos grandes condicionantes à adesão dos indivíduos aos ‘estilos de vida saudáveis’ difundidos pelo paradigma biomédico, este pode igualmente ser entendido como determinante na definição dos protagonismos leigos que se direcionam para outros ‘saudáveis’ alternativos. De igual forma a escolha individual que resulta da reflexividade sobre as possibilidades, mas também da construção identitária, parece desempenhar aqui um papel crucial.

Tal como a crise da medicina acarreta o enfraquecimento da autoridade médica, as escolhas de saúde são agora realizadas dentro de um campo complexo e diversificado de opções com fortalecimento da responsabilidade e decisão individuais. Mirowsky e Ross publicaram um estudo em 1989 em que defendem que esta capacidade de decisão individual ou de realização de escolhas depende da perceção de controlo individual e que por sua vez, esta assenta nas oportunidades (no sentido das possibilidades) reconhecidas e experienciadas pelos indivíduos ao longo da sua vida. Neste sentido, estes autores colocam o foco do entendimento nas questões de classe, defendendo que as pessoas de classes sociais mais altas, porque conheceram melhores oportunidades, sentem uma maior confiança no controlo pessoal sobre as suas vidas e sobre a sua saúde do que as de classes sociais mais baixas, o que confere, a uns e a outros, diferentes investimentos e expectativas na realização das suas escolhas e nas suas experiências de saúde.

Por outro lado, vários autores defendem a ideia de que esta responsabilização individual pela saúde surge, em grande parte, como consequência do sucesso das campanhas de promoção da saúde que conseguiram difundir a mensagem da saúde como uma necessidade de responsabilidade individual, que depende dos comportamentos saudáveis. A saúde, na atualidade, é assumida como um bem a ser construído, alcançado, que exige ação individual e que se transforma num bem de consumo a ser

utilizado em relação a um determinado fim, como o trabalho, uma vida mais longa, uma aparência mais atraente ou uma maior vitalidade (Cockerman et al, 1997). A saúde perde a sua associação com a dádiva (de deus ou de herança genética, familiar) e passa a ser percebida como uma tarefa que é desenvolvida com base em escolhas individuais realizadas a partir das oportunidades que a vida possibilita.

Para Cockerman *et al* (1997:334) os estilos de vida expressam não só um sentido identitário, como refere Giddens, mas constituem também uma forma de ‘alívio’ reduzindo a complexidade do mundo contemporâneo. As escolhas dos estilos de vida podem ser entendidas como a construção de um sentido de estabilidade, uma âncora de sustentação pessoal e identitária: “*we would therefore argue that lifestyles like institutions, can be seen as opportunity structures. People take what they need from them, while adopting them as the preferred way to live*”.

Estas escolhas não acontecem descontextualizadas das possibilidades de vida, embora o determinismo classicamente atribuído à classe social seja agora relativizado pela presença de outras variáveis de influência como outros grupos de pertença ou de referência (género, profissionais, religiosos, educativos, de lazer, etc). A dimensão simbólica das práticas e consumos ganha importância num contexto de maior flexibilidade identitária, de crescente incerteza e complexidade.

Recolocamos aqui o debate entre agência e estruturas ou entre escolhas e oportunidades (possibilidades), para enfatizar a necessidade de redefinir ou construir conceitos capazes de operacionalizar esta inter-relação no campo da saúde. Cockerman e colaboradores defendem a redefinição do conceito de ‘estilos de vida saudáveis’ assumindo-o como referente a “*collective patterns of health-related behaviour based on choices from options available to people according to their life choices*” (1997:338), salientando que este conceito incorpora a inter-relação entre as escolhas e as oportunidades.

Assumimos, assim, como um dos alicerces do nosso conceito de ‘*protagonismos leigos alternativos na saúde*’ este conceito de ‘*estilos de vida saudáveis*’ de Cockerman, acrescentando-lhe a dimensão de *ação voluntária dos sujeitos*, não no sentido de que estes protagonismos possam ser entendidos como dissociados dos condicionantes

estruturais, mas porque pressupõem efetivamente um movimento voluntário, dinâmico, num reforço da agência individual, que se desloca para fora do sistema de cuidados oferecidos pelo sistema nacional de saúde dominado pelo paradigma biomédico. Equacionamos os protagonismos leigos alternativos de saúde numa perspectiva menos estável do que os estilos de vida saudáveis, uma vez que, conceptualmente, a análise dos protagonismos foca essencialmente o(s) momento(s), movimento(s) e as lógicas de ação individual em que estas escolhas alternativas de saúde acontecem.

Os protagonismos alternativos de saúde caracterizam-se, em hipótese teórica, como ações individuais de afastamento dos parâmetros objetivos e adjectivantes do modelo biomédico, optando (e a possibilidade de opção, de escolha é fundamental no entendimento do nosso objeto de estudo) por terapias, práticas e consumos que lhes permitam vivenciar a sua saúde respeitando e privilegiando a sua individualidade e subjetividade, mesmo quando os seus objetivos no recurso às ‘medicinas alternativas e complementares’ passem pela satisfação de necessidades herdadas da objetividade e normatividade dos parâmetros institucionalizados de saúde do modelo biomédico.

Um dos pressupostos que deriva da nossa problematização teórica é o de que para que exista este movimento voluntário que se direciona para práticas e terapêuticas alternativas, ou seja que não fazem parte do sistema oficial dos cuidados de saúde, é necessária a existência de saberes, conhecimentos e informações que abram essa possibilidade, assim como um contexto (momento, acontecimento, fase) da vida que permita e estimule a sua concretização. Assim, admitimos a perspectiva de que a esfera mais ampla de compreensão deste processo se situa no cruzamento das trajetórias de saúde com as biografias individuais, sendo a análise destas o instrumento para a compreensão empírica dos protagonismos leigos alternativos na saúde.

4.2. Dimensões de análise

É no pressuposto de uma priorização do conhecimento leigo sobre a saúde e a doença, e na conseqüente rejeição da superioridade do conhecimento e dos saberes científicos, biomédicos (Broom e Tovey, 2007) que equacionamos os protagonismos alternativos enquanto novos modos de negociação leiga dos saberes e da ação sobre a saúde, que

cruzam referenciais de modelos de conhecimento diversos (tradicionais, culturais, populares, científicos, espirituais, religiosos) e múltiplas fontes de informação, incorporando-os em sentidos subjetivos de percepção e em condutas agenciais de procura e construção da saúde por vias alternativas. É no movimento oscilante e imbricado entre as ‘coisas da vida’ e as ‘coisas da saúde’ que situamos o terreno para a análise dos protagonismos leigos alternativos na saúde, cujas lógicas e sentidos tentaremos compreender através de três dimensões de análise empírica: **sociocultural, espaço-temporal e subjetiva-identitária.**

4.2.1. Dimensão sociocultural

Carvalho e Luz oferecem-nos dois modelos que orientam, atualmente, os movimentos das práticas de saúde: o *paradigma clássico/moderno*, biomecânico que se centra no valor da ciência e da biomedicina, reproduzindo “*concepções hegemônicas dos saberes fragmentários e especializados das disciplinas que operam com a cisão natureza/cultura, objeto/sujeito, corpo/ mente*” (2009:317) e privilegiando como atores sociais os profissionais médicos e os pacientes; e o *paradigma vitalista* ou da vitalidade que valoriza o vigor, a força e a beleza, operando com as concepções de integralidade e de vitalidade, centrando-se em representações positivas de equilíbrio e harmonia de um sujeito “total”.

A ausência de fronteiras entre os dois paradigmas no que diz respeito às práticas de saúde, transporta-nos para a complexidade e conectividade da vida moderna, em que as mesmas práticas transitam de um paradigma para o outro, embora assumindo significados diferentes em cada um deles. Os dois paradigmas constituem a tipificação dos dois polos de interpretação das vivências da saúde: um que se coloca dentro do sistema cultural oficial dominante e um outro que, partindo dele, se distancia em busca de outros referenciais de saúde, o que na perspectiva leiga, não tem necessariamente um significado excludente.

As pessoas tornaram-se mais céticas relativamente aos conselhos e diretrizes dos especialistas científicos, nomeadamente dos médicos, procurando, nalguns casos de forma ativa, alternativas para os seus cuidados de saúde. O que é interessante é que, ao contrário da informação médica que se baseia exclusivamente na legitimidade da ciência, estes utilizadores das medicinas alternativas e complementares baseiam a legitimidade da informação de saúde, também na autoridade da experiência. “*The CAM users seem to be prepared to think about authority in terms that go beyond the narrow confines of evidence-based testing*” (Robinson e Cooper, 2007:133). A questão da confiança e da eficácia não é percecionada por estes utilizadores com base no critério de cientificidade, que é estatístico e massificado, mas antes em critérios de bem-estar subjectivo:

“ (...) for many patients the question of scientific proof is equally irrelevant. They have already tried orthodox remedies which are supposed to have been subjected to such rigorous testing but which have not worked for them. This has taught them that statistical rates of efficacy are less important than finding the treatment that works for the particular individual, who may or may not represent any kind of norm.” (Sharma, 1992:207)

No debate da dimensão sociocultural que enforma a emergência dos protagonismos alternativos de saúde, reunimos na literatura internacional uma síntese dos eixos de análise pertinentes para esta discussão, que focam, em traços gerais, duas perspectivas teóricas que se complementam. O primeiro eixo centra-se na ideia da existência de um movimento cultural de distanciamento dos valores dominantes no mundo ocidental, com expressões de retorno ao que é percecionado como natural e integral, o questionamento das formas de autoridade clássicas, e a rejeição do que surge associado à “artificialidade” (Taylor, 1984).

Taylor (1984) é um dos autores que defende que a popularidade atual das medicinas alternativas e complementares se insere num movimento cultural mais amplo, que emerge na revolução dos anos 60 e que modificou muitas formas de autoridade, incluindo a da profissão médica, fundando uma corrente cultural que engloba outras práticas de saúde, como as terapias “*new age*”, o parto natural ou a alimentação

biológica. Surge, assim, uma nova versão de pessoa, mais próxima da natureza e das preocupações ambientais, capaz e responsável por manter e cuidar da sua saúde física e mental.

Astin (1998) também defende que o uso das medicinas alternativas está associado a valores culturais que ultrapassam a dimensão da saúde. Este autor investigou alguns grupos culturais e concluiu que os membros do grupo que denominou de ‘criativos culturais’ são maioritariamente utilizadores de medicinas alternativas. Este grupo é descrito por Astin como sendo ‘não-convencional’ e ligado a movimentos de feminismo, ambientalismo, espiritualidade, crescimento pessoal e paixão pelo exótico e diferente.

Luz (2005) contribui também para este argumento, referindo que a procura das ‘medicinas alternativas e complementares’ se inscreve num contexto de transformações sociais mais amplas, de contracultura¹⁰, sendo expressões de um distanciamento ou mesmo de uma rejeição de algumas das características dominantes nas sociedades ocidentais como o individualismo, a mecanização do corpo, a artificialidade, a poluição, ou mesmo a urbanização. Vários estudos apontam que as ideias de ‘holismo’, ‘tratamento natural e a ‘não-toxicidade’, são atrativos importantes na procura e uso das medicinas alternativas (Bishop, 2007)

A segunda linha teórica que decorre da literatura internacional apresenta argumentos em torno de um movimento aparentemente oposto, de incorporação e reprodução dos valores sociais dominantes da cultura de consumo das sociedades modernas, valorizando uma noção de saúde associada ao bem-estar, em que a atividade, a conectividade, a reflexividade e a agência são privilegiadas. Eeva Sointu, uma das autoras que tem trabalhado este tema, associa a saúde e o bem-estar à vivência plena dos valores culturais dominantes. Sointu realizou alguns estudos sobre as mudanças de significado na noção de bem-estar na sociedade britânica, e concluiu (através da análise ao conteúdo de alguns jornais selecionados) que os discursos contemporâneos de bem-

¹⁰ - Movimento social urbano, desencadeado nos anos 60 e prolongado durante os anos 70 nos EUA e na Europa, incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica, e mesmo opostos a ela”. (Madel, 2005:153)

estar, que nos anos 80 estavam essencialmente associados às políticas do corpo, contêm agora valores marcantes da cultura ocidental, de consumo, eficiência e flexibilidade, que identificam um ideal de sujeito autorreflexivo, autônomo e controlado (Sointu, 2005).

Shilling (2002) publicou um artigo em que convoca os trabalhos de Parsons, retomando algumas das suas ideias, e defende que a perspectiva funcionalista deste autor mantém aplicação teórica aos novos movimentos em torno da saúde e do saudável. Segundo Shilling, os crescentes consumos associados à importância atual da saúde e aos pluralismos médicos e terapêuticos, mantêm como valor central a funcionalidade da saúde, constituindo respostas diferenciadas ao mesmo objetivo - potenciar a máxima eficiência individual numa economia altamente competitiva e numa cultura de consumo que oferece aos indivíduos oportunidades únicas de desenvolver a sua identidade pessoal. Deste modo, os valores da verdade racional que Parsons defendeu como estando nas bases fundacionais das instituições sociais modernas, nomeadamente das que sustentam a saúde, continuam presentes nas atuais vivências da saúde, mesmo nas mais alternativas. Nesta perspectiva, a saúde surge como um valor instrumental, difundido e amplificado por todas as esferas da vida quotidiana, tendo por valor final a produtividade e a competência social, profissional e económica (Shilling, 2002).

Se a ciência, a medicina e os medicamentos conhecem, atualmente, uma associação com a segurança mas também com o risco, o 'natural' conquistou um estatuto de inocuidade, simbolicamente associado ao antídoto do risco de todas as formas de artificialidade (Stevenson, 2004). Segundo Noémia Lopes *'o natural ressurge, assim, no discurso social (e socializado) como a ancestral segurança, o renovado meio de defesa face á incerteza que a ciência e os seus riscos introduzem no quotidiano, e sobremaneira no domínio terapêutico'* (2010:25).

A saúde é assim conceptualizada, por um lado, como o estado natural do ser humano, um estado de harmonia, de comunhão com a natureza e com o ambiente, e por outro, como um bem-estar caracterizado por um sentimento de conforto com o próprio, um sentido de calma e paz interior. A ênfase na interdependência dos elementos (corpo, mente, tempo, ambiente, natureza) valorizada na maioria das medicinas alternativas, cruza-se com a conectividade presente e caracterizadora das culturas das sociedades

globalizadas (Sointu, 2006). Este cruzamento de elementos encontra-se próximo do que Carvalho e Luz tipificam como “paradigma da utopia da saúde” um paradigma universalista e fragmentário, que abriga os paradigmas clássico e da vitalidade, numa utopia de saúde capaz de gerar movimento no individualismo (Carvalho e Luz, 2009:322 e 323). As ‘medicinas alternativas e complementares’ podem ser entendidas como respostas à procura da saúde enquanto valor dominante das sociedades ocidentais atuais, embora por vias alternativas à convencional:

“ (...) alternative therapies make explicit – and give theory to – the absolute centrality which the body and health have acquired in our consciousness. Attending to health and well-being has become a major cultural obsession and alternative therapies satisfy something of the sense that we should be ‘committed’ to our bodies and our health.” (Coward, 1989:197).

Seguindo esta linha de pensamento, podemos teoricamente considerar que os protagonismos alternativos de saúde se movimentam nesta interligação de elementos de natureza e da cultura, sedimentando-se em torno de novas possibilidades de construção da saúde e do bem-estar e de fortalecimento individual. Apesar dos sentidos culturais impressos na utilização das medicinas alternativas possibilitarem diferentes análises, parece consensual a ideia de que estes conceitos e práticas alternativas de saúde têm uma centralidade holística, aproximando-se de uma ideia de bem-estar global, e este com o próprio ser, ou seja, com o sujeito, entendido ou ‘procurado’ na sua forma mais ‘global’.

Neste sentido, os protagonismos leigos de saúde podem ser entendidos, em hipótese teórica, como um movimento agencial de síntese entre sistemas de valores culturais incorporados, estruturados e estruturantes (no sentido do *habitus* de Bourdieu), e uma procura criativa de novas respostas alternativas face às insatisfações sentidas no paradigma de saúde dominante, assim como às expectativas individuais de saúde e bem-estar.

4.2.2. Dimensão espaço-temporal

O espaço é outro dos eixos que priorizamos nesta problematização que se cruza com os tempos e com os cuidados de saúde e do corpo. Foucault (1963) delineou a sua história da medicina de acordo com a diversidade de localizações e interações que esta foi assumindo na organização social. Para Foucault a medicina começou por localizar-se na “cabeceira” do doente, com o médico a escutar os sintomas relatados e a estabelecer o diagnóstico correspondente, para posteriormente situar-se na lesão/doença existente no corpo do doente, e finalmente centrar-se no contexto das atividades de cuidados de saúde, ou mais concretamente no espaço físico e organizacional do hospital. Esta evolução não marca apenas uma diversidade de localizações físicas, mas transcreve um percurso de progressiva incorporação da racionalidade biomédica e do poder que lhe está associado (*biopoder*) na vida social e coletiva.

Com a proliferação das ‘medicinas alternativas e complementares’ a saúde ganhou espaço relativamente à doença, e ampliou-se a sua difusão, tornando-a não imediatamente localizável. Com o descentramento da ‘eficácia médica’ característico da biomedicina, para a valorização da ‘satisfação do utente’, estas medicinas e terapêuticas propagaram a saúde para todos os espaços, habitáveis e não habitáveis, ou seja, físicos, metafísicos e mesmo virtuais. Os produtos de consumo e práticas que lhes estão associados (óleos de massagem, fragrâncias, suplementos alimentares, produtos de limpeza ecológicos, produtos de higiene relaxantes e terapêuticos, almofadas ergonómicas) transformaram os espaços domésticos (cozinhas, casas de banho, frigoríficos, quartos) alterando as ‘geografias da saúde’ e ‘dos consumos de saúde’ (Doel e Segrott, 2003).

O ‘natural’ e o ‘saudável’, construídos, representados e muito valorizados nas sociedades atuais têm alastrado aos espaços de consumo quotidianos, já não apenas sob a forma de produtos terapêuticos (medicamentos homeopáticos, naturopatas, ou fitoterapêuticos) mas também nos alimentos (já denominados alimentos funcionais ou nutracêuticos) e em diversos tipos de publicações mediáticas.

Aos espaços de consumo que se ampliam na incorporação do saudável associam-se os espaços de informação e conhecimento sobre saúde. Se as trocas de informação características do modelo biomédico se limitavam à relação médico-doente, quase sempre condicionadas ao espaço físico do consultório ou hospital e num diálogo desigual em tempos e saberes, atualmente, a saúde e o saudável surgem, de forma massificada, em revistas, jornais, programas de televisão e rádio e, sobretudo, pelo espaço virtual possibilitado pelo acesso massificado à internet. Viver na modernidade tardia tornou-se uma experiência mediada, em que os media e os sistemas de comunicação de massas desempenham um papel crucial. O desenvolvimento tecnológico e o acesso massificado aos computadores e à internet modificaram as redes de interação e de conhecimento, aumentando a importância do ciberespaço e diminuindo a do espaço físico.

A literatura internacional refere que os utilizadores das medicinas alternativas são maioritariamente sujeitos que utilizam uma diversidade de fontes de informação sobre saúde, desde os seus médicos, farmacêuticos, redes sociais, livros de autoajuda, terapeutas (Robinson e Cooper, 2007). Segundo Shilling *'users can access a massive diversity of information and services which appears to promise for those who can afford it an unprecedented degree of choice in health care decisions'* (2002:629).

No entanto, e retomando uma das questões anteriormente enunciada a partir de Carapinheiro, acerca das possibilidades dos leigos acederem às informações periciais, entendemos que esta difusão, sobretudo dos espaços virtuais de acesso à saúde, constitui igualmente uma dimensão de desigualdade (nas possibilidades de acesso e nos recursos culturais dos indivíduos) apelando à necessidade de instrumentos individuais de filtragem, seleção e reflexão acerca dos conteúdos veiculados. A amplitude das fontes e dos tipos de informação sobre saúde, disponibilizada atualmente, globalizada e não regulada, exige dos indivíduos uma capacidade acrescida de seleção e contextualização da informação, bem como de definição de critérios de escolha quando estes pretendem deslocar-se da oferta de cuidados normalizada no sistema nacional de saúde.

A movimentação nesta amplitude dos espaços de informação e de diálogo parece constituir um dos elementos de caracterização dos utilizadores das medicinas e

terapêuticas alternativas. Siahpush (2000) refere um estudo de Wellman que concluiu que a procura e utilização destas terapêuticas é tanto maior quanto a heterogeneidade da rede social dos sujeitos, sobretudo no que se refere aos estatutos socioeconómicos e à dispersão residencial/geográfica das redes. A noção de rede, atualmente ampliada com as redes sociais virtuais (internet), proporciona aos indivíduos uma exposição a uma amplitude maior de ideias, informações, histórias, produtos, que parece facilitar a adesão a terapêuticas não convencionais.

Um conceito interessante para esta discussão é o de ‘não-lugares’ de Marc Augé (2007), que caracterizam a atualidade das sociedades ocidentais (marcadas pelo excesso de tempo, de espaço e de indivíduo), oposto aos ‘lugares antropológicos’ (identitários, históricos e relacionais). A vivência na modernidade tardia assenta numa lógica funcional de rapidez de movimentação e de satisfação das necessidades. Existe uma relação entre meios e fins semelhante à ‘ação racional em relação a um objetivo’ weberiana, onde a ação se orienta para um fim. O presente é, assim, permanentemente projetado para o futuro, uma vez que a ação se dirige a um objetivo. Estes ‘não-lugares’ impõem aos indivíduos novas experiências e relações. Para Marc Augé existe uma evasão constante do espaço através do texto nas suas diversas formas (informação, publicidade, painéis informativos, manuais de instruções) mecanizando os quotidianos através de representações ou codificações ‘iguais para todos’, massificadas.

O perigo desta uniformidade dos ‘não-lugares’, ou seja, de espaços semelhantes e despersonalizados em qualquer parte do mundo (aeroportos, hotéis, hipermercados, centros comerciais) é que são espaços simultaneamente familiares e estranhos. Todas as pessoas são permanentemente ‘estrangeiras’ porque vivenciam espaços semelhantes perdendo a possibilidade da identificação com alguns deles. Obviamente que estes ‘lugares’ e ‘não-lugares’ correspondem a espaços materiais concretos, mas também a atitudes, posturas, ou seja, são entendidos nas relações diversas que os indivíduos mantêm com os lugares que habitam, experienciam e onde circulam.

Assim, a procura de espaços alternativos de cuidados de saúde, de práticas corporais, ou mesmo de conteúdos e imagens veiculados, pode ser entendido, por hipótese, também

como um movimento de expressão, diferenciação e identificação destes indivíduos com ‘lugares’ que simbolicamente lhes sejam mais significativos.

O outro vetor deste eixo espaço-temporal que nos interessa problematizar nos protagonismos alternativos na saúde é a vivência dos tempos e das temporalidades. A saúde e a responsabilidade tornaram-se parceiras enquanto valores básicos das sociedades modernas individualizadas. A necessidade de aptidão para o trabalho espelha-se agora na tarefa de se ser saudável, resultante das transformações na esfera produtiva e do trabalho que existem a aptidão física, emocional e psicológica para responder às exigências de um mercado altamente competitivo, exigindo, assim, uma permanência de controlo e de preocupação com o saudável que altera os tempos outrora dedicados à esfera da saúde e da doença.

Fox (1999) foi um dos autores que se destacou na análise das temporalidades na saúde, abordando-as através de estudos centrados no meio hospitalar. No trabalho publicado em 1999, Fox recorre a autores como Weber e Foucault para associar o racionalismo e a racionalização à história do capitalismo moderno, demonstrando a relevância do tempo e da temporalidade no controlo dos indivíduos, “ *na imposição da cultura sobre a natureza desorganizada*” (Fox, 1999:10). Apoiando-se nos trabalhos de Hellman (1984) Fox refere-se ao sistema de saúde moderno como sendo equivalente a uma linha de montagem, em que o doente é a matéria-prima e o indivíduo curado o produto.

Hellman estabelece uma divisão entre os tempos: o tempo *monocrónico* e o tempo *policrónico*, defendendo que o Ocidente, no período moderno é dominado pelo tempo *monocrónico*, o que é prejudicial à saúde, por ser linear, absoluto e restritivo, enquanto que o tempo *policrónico* permite-nos viver em contacto com os ‘*ciclos intemporais dos mitos antigos*’ (Fox, 1999:11). O tempo é entendido por Helman, como expressão de uma oposição entre natureza e cultura, mas mais do que isso, este é entendido na modernidade, como um recurso subjetivo que se pode constituir em instrumento de poder, embora seja simultaneamente um elemento estruturador e definidor das vidas dos indivíduos, e deste modo exercer controlo sobre os mesmos.

Como refere Fox (1999:27) citando Derrida: “ *Se a modernidade enfatizou a mercadorização do tempo, ela também o converteu, concomitantemente, em algo que deve ser contestado e, por isso, um espaço para reivindicações alternativas da ‘verdade’*”. Nos cuidados de saúde, as medicinas alternativas desviam-se deste *tempo monocrónico* ao distanciarem-se do processo de cura e do foco na doença, focando os sujeitos na saúde e nos seus contextos de vida, dando, assim, primazia ao *tempo policrónico*.

Lopes (2010) também introduz uma distinção pertinente acerca das vivências do tempo na gestão da saúde, defendendo que os consumos de prevenção e (ou) melhoria de saúde, consequentes ao deslocamento dos processos de cura para os de prevenção, tendem a deslocar a *lógica de urgência* da ação terapêutica para uma outra lógica de predisposição para uma ação mais lenta, progressiva, ou seja, para uma *predisposição de espera*. A saúde, enquanto processo contínuo, quotidiano, difunde-se pelos espaços e tempos de vida, solicitando novas temporalidades na sua gestão e vivência, não restritas a tempos marcados e limitados de exames, consultas ou tratamentos. As novas vivências da saúde inserem-se em novos modelos de ‘cronicidade’, apelando a uma constância de cuidados individuais (outrora exclusivos da ideia de doença crónica) que as medicinas alternativas parecem oferecer melhor resposta do que a medicina convencional.

A vivência destes tempos de ‘espera’ na saúde parece encontrar nas medicinas alternativas a possibilidade destes se cruzarem e integrarem nos tempos quotidianos de vida dos indivíduos (tempos do trabalho, do lazer, da família, da cultura), não vivenciando a saúde, nem a doença, como interrupções (no sentido da ‘interrupção biográfica’ de Bury, 1982) mas, pelo contrário, constituindo-as como parte integrante das trajetórias biográficas uma vez que estas mesmas se estabelecem como práticas de cuidado.

4.2.3. Dimensão subjetiva-identitária

As teorias que associam a procura da saúde alternativa ao bem-estar enfatizam a limitação dos conceitos biomédicos de saúde e doença, defendendo que estes são a

consequência da despersonalização e desindividualização da medicina moderna (Sharma, 1996; Taylor, 1984; Easthope, 1993; Silva, 2008). Estes argumentos referem-se aos processos através dos quais muitos médicos se afastam e alienam os indivíduos pelo discurso utilizado (pouco tempo e atenção no encontro médico), pelas tecnologias utilizadas (a pessoa como uma imagem biomédica), pelas probabilidades estatísticas de cura ou de recuperação (indivíduos tratados como corpos iguais, avaliados por parâmetros estatísticos) ou ainda pela unidade de análise utilizada (genes/células).

Assim, o bem-estar que surge associado às ‘medicinas alternativas e complementares’ distancia-se dos conceitos de “cura” ou de “ausência de doença”, permitindo a inclusão de noções como autenticidade, reconhecimento e determinação individual (Broom e Tovey, 2007; Sointu, 2006).

Muitas pesquisas têm descrito a opção pela utilização dos cuidados das ‘medicinas alternativas e complementares’ como estando relacionada com o desejo do indivíduo ser visto como uma “pessoa inteira” (Sharma, 1992, 2002; Astin, 1998). Os utilizadores destas medicinas têm sido descritos como consumidores de saúde, que rejeitam a visão parsioniana do papel de doente:

“As such, the rise of alternative and complementary health practices has been related to more general societal processes involving the emergence of the ‘proactive, empowered and responsible ‘client’” who no longer wishes to be seen or treated as a biomedical patient” (Sointu, 2006, p.204)

As ‘medicinas alternativas e complementares’ são entendidas como sendo impulsionadoras de vivências da saúde através de um sujeito ativo, conhecedor, informado e “*empoderado*” (Hughnan e Kleine, 2004), contrastando com o indivíduo passivo, cúmplice e obediente classicamente entendido como o utente da biomedicina.

Bishop (2007) na análise de uma pesquisa sistemática da literatura existente sobre as ‘medicinas alternativas e complementares’ (entre 1995 e 2005) revelou que os seus utilizadores são mais propensos a acreditar no controlo individual do que os da medicina ortodoxa, e que procuram nas medicinas alternativas uma maior participação

nos processos de saúde e de doença. As medicinas alternativas parecem ainda possibilitar respostas às necessidades psicológicas e emocionais dos indivíduos, outrora asseguradas pela religião e também pela medicina convencional, concedendo-lhes conforto e suporte, construindo, assim, uma forma alternativa de ‘proteção social’

No entanto, se a amplitude terapêutica possibilitada pelas medicinas alternativas pode, por um lado, reforçar o sujeito, numa relação/identificação integral com o seu corpo (facilitando cuidados diversos e individualizados), por outro lado, pode também possibilitar a desvalorização ou mesmo demissão da agência, no sentido em que liberta o sujeito do esforço ou investimento pessoal comportamental, que é substituído pela facilidade e rapidez dos consumos que lhe propiciam os efeitos esperados (Lopes, 2010). Também aqui as medicinas alternativas parecem cruzar uma dupla perspectiva de utilização: uma tendência valorizadora e potenciadora dos protagonismos de cuidados com o corpo diferenciadores; e uma outra facilitadora de consumos que tranquilizam os sujeitos relativamente à possível ausência de outros comportamentos de investimento sobre o corpo e a saúde, assegurando-lhes a normalização que consideram necessária aos seus contextos de vida social.

Também o corpo se investe de novos significados na atualidade ocidental. O corpo assume-se como um corpo socialmente informado (no sentido de Bourdieu), investido das diversidades da vida e distanciado da conceção mecanicista que, desde o século XVII o sustenta as conceções sobre o corpo. O corpo funcional, necessário à produtividade imposta pelo sistema capitalista, fez com que este se tornasse dócil e disciplinado, dando resposta às exigências das instituições sociais modernas, e tornando-se autocontrolado (Foucault, 1975). Com a progressiva diminuição do papel do Estado e o aumento da responsabilidade individual, os estilos e formas do corpo cuidado assumem uma visibilidade social inscrevendo-lhe um papel identitário e diferenciador de classe (Carvalho e Luz, 2009). O corpo torna-se ‘plástico’ (pronto a ser moldado), ‘biónico’ (pacemakers, implantes), comunitário e intercambiável (transplantes, terapia genética) ou mesmo ‘escolhido’ (banco de esperma ou de escolha de óvulos) (Williams e Calnan, 1996).

Lipovetsky, na *Era do Vazio* (1989) refere-se ao corpo pós-moderno como narcísico, que tem a missão da normalização, afirmando que os interesses que temos pelo corpo não são espontâneos nem ‘livres’, mas obedecem a imperativos sociais:

“a normalização pós-moderna apresenta-se sempre como o único meio de o indivíduo ser realmente ele próprio, jovem, esbelto e dinâmico (...) à norma dirigista ou autoritária substitui-se a norma «indicativa», flexível, os «conselhos práticos», as terapias «por medida», as campanhas de informação e de sensibilização através de filmes humorísticos e de anúncios sorridentes” (Lipovetsky, 1989:60).

Nas últimas décadas, as análises das vivências do corpo têm suscitado novos argumentos. A modernidade desenvolveu a tendência de entender os corpos como projetos, que são regulados, tratados e cuidados como elementos integrais da identidade individual (Shilling, 1993, Nettleton e Watson, 1998). Segundo Shilling *‘people are now no longer able to take their bodies for granted when they are healthy, but are faced with multiple models of body maintenance from which to choose’*(2002:627).

Giddens sugere que o corpo, entendido nas sociedades tradicionais como algo adquirido à nascença, foi colonizado nas sociedades modernas e transportado para a esfera reflexiva da organização social tornando-se os indivíduos responsáveis pela sua definição (Giddens, 1991). Turner (1984) acrescenta a ideia do corpo, não restrito a instrumento da ação, mas expressivo das capacidades individuais dos atores sociais, uma ideia já advogada por Goffman com o conceito de *‘performing self’* (Goffman, 1959).

A aceitação e adesão cultural de muitas das medicinas alternativas (Sharma,1992) parecem estar relacionadas com estas novas representações e vivências do corpo que surgem nos utilizadores das medicinas alternativas como holísticas, unindo corpo, mente e muitas vezes espírito no entendimento do sujeito. Um dos aspetos que tem sido focado nos estudos sobre a utilização destas medicinas é o declínio da adesão aos modelos biomédicos de saúde e de doença por parte das pessoas, que rejeitam, assim, uma conceção de corpo e do seu funcionamento exclusivamente biológico ou mecânico,

procurando nas medicinas alternativas outros modelos integradores da existência multifactorial dos sujeitos e da sua saúde (Sointu, 2006).

O entendimento holístico do sujeito procura respostas de saúde que concebam e tratem dos corpos de forma não invasiva, massificada ou fragmentária. A subjetividade do sujeito estende-se, assim, à subjetividade dos seus corpos, que procuram, nas medicinas alternativas um tratamento contextualizado dos seus modos de ser, de existir e de sentir.

Nas terapêuticas alternativas os corpos são entendidos como capazes de capturar e expressar sentimentos, e deste modo, contar histórias diferentes daquelas que podem ser verbalizadas ou explicadas enquanto relatos de sintomas, como acontece na medicina convencional. A saúde holística refere-se não apenas à saúde fisiológica do corpo mas também às experiências subjetivas de agência e ‘*empoderamento*’ na relação com o corpo nas diversas situações da vida (Sointu, 2006).

**PARTE II - CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO
EMPÍRICO**

Capítulo 1 – Metodologia compreensiva

O nosso principal objetivo é o de compreender a ação leiga que se dirige para a procura e utilização das ‘medicinas alternativas e complementares’: Porque fazem? Quais as concepções subjacentes de saúde e de saudável? E o que sabem sobre as medicinas alternativas? Em que medida privilegiam a racionalidade biomédica ou dela se distanciam nas suas construções de saúde? Que outras lógicas e sentidos contextualizam as suas práticas? Quais as mudanças e as permanências relatadas sobre a saúde e o saudável nas suas trajetórias de saúde? Que acontecimentos biográficos são associados pelo próprio à sua decisão/opção pelas medicinas alternativas? Que heranças sociais e culturais contribuíram para a ação? Como as integram nas suas vidas?

Desde sempre foi clara a nossa opção em abordar o objeto numa perspetiva compreensiva, recorrendo a uma abordagem metodológica qualitativa ou compreensiva¹¹. Os métodos compreensivos partem da premissa de que a realidade, os fenómenos sociais e culturais são socialmente construídos e interpretados, pelos atores/sujeitos sociais, pelo investigador na sua relação com o objeto de investigação, e nos contextos que determinam e condicionam este processo.

Esta opção metodológica decorre da nossa inscrição teórica de herança weberiana, interessados em compreender os sentidos e os valores alistados nas ações dos indivíduos na sua vida em sociedade, neste caso, com interesse em compreender as lógicas que influenciam os protagonismos de construção alternativa da saúde. Este foco centrado na subjetividade individual (não invalidando a análise estrutural que o contextualiza) característico do método compreensivo, justifica-se aqui, pelo lugar que os sujeitos históricos ocupam nas sociedades modernas atuais: “*Tomando como objeto um sujeito histórico em ação, esta metodologia observa, no mesmo movimento, o sujeito e a*

¹¹ - Adoptamos a terminologia sugerida por Isabel Guerra quando falamos de metodologia, assumindo a «metodologia compreensiva» significado idêntico ao da «metodologia qualitativa», mas evitando perspectivas de oposição entre estas e as «metodologias quantitativas» uma vez que as formas de tratamentos dos dados têm-se cruzado, diluindo as suas fronteiras. Os dados qualitativos são muitas vezes tratados quantitativamente. Dessa forma apelidamos de “«metodologias compreensivas ou indutivas» as metodologias que se socorrem de quadros de referência weberianos (como as etnometodologias, o interaccionismo, as teorias enraizadas, etc) e de «lógico-dedutivas ou cartesianas» as metodologias que se socorrem de quadros de interpretação sistémicos ou funcionalistas” (Guerra, 2006)

sociedade em interação, mas também, e simultaneamente, os factos e as emoções que os acompanham.” (Guerra, 2006:19)

Esta metodologia assume particular pertinência no nosso objeto de estudo pelo seu carácter de movimento de transformação social, distante de qualquer lógica de regularidade social, e pela agência implícita nos protagonismos leigos de saúde que nos interessa compreender:

“As análises compreensivas têm em comum a assunção da conceção weberiana do sujeito, que o considera capaz de ter racionalidades próprias e comportamentos estratégicos que dão sentido às suas ações num contexto sempre em mudança provocada pela própria ação.” (Guerra, 2006:17).

A abordagem de saúde do ponto de vista das perceções e construções leigas, isto é, individuais, subjetivas, implica uma inserção metodológica profunda nos terrenos onde a saúde se molda nos sentidos e nas lógicas atribuídas pelos indivíduos nos contextos das suas vidas. Já referimos que os discursos sobre a saúde não são fáceis de motivar na pesquisa empírica. A saúde - ao contrário da doença, que pelo seu carácter de acontecimento, conta uma história – silencia-se e invisibiliza-se ao esbater-se nos contextos da normalidade, do bem-estar ou mesmo da felicidade. Mesmo relativamente à ampla literatura sobre a reação das pessoas à doença, os estudos centram-se muito mais nos conjuntos de variáveis que são determinantes nos episódios de doença e na sua gestão, do que nos aprofundamentos qualitativos e intensivos sobre as influências biográficas no desenvolvimento das estratégias ou comportamentos de mudança (Zinn, 2005), embora existam alguns movimentos recentes mais direcionados para as subjetividades dos leigos em relação à saúde. A abordagem compreensiva permite-nos compreender a saúde na sua relação com a vida que lhe confere sentido, e na introspeção subjetiva do próprio indivíduo que reconstrói as suas histórias, revelando as significâncias e silenciando os esquecimentos.

Segundo Denzin e Lincoln (1994) a investigação de cariz compreensivo ou investigação qualitativa tem uma história que se sintetiza em cinco etapas. Uma primeira que se posiciona entre o início e a primeira metade do século XX, designado por ‘período

tradicional' em que antropólogos e sociólogos começaram por fazer relatos de determinados grupos e comunidades que eram descritos segundo os valores da cultura dos investigadores, ou seja, da cultura ocidental. Numa etapa posterior denominada de 'modernismo' (entre 1950 e 1970) mantinham-se os critérios da cientificidade apoiados nos critérios de validade das metodologias quantitativas, embora aplicados a investigações sobre grupos definidos como 'diferentes' (de que foi exemplo o estudo de grupos de homossexuais). A terceira etapa é descrita por estes autores como um momento de mistura de géneros, caracterizado por uma diversidade de paradigmas, métodos e estratégias motivada pela crise social, política e cultural dos finais dos anos 60. A quarta etapa designada de 'crise da representação' decorreu entre 1986 e 1990, focada nos critérios de validade, generalização e fidelidade da investigação qualitativa, e questionando a noção de 'verdade absoluta'. E ainda uma quinta etapa, que emergiu após os anos 90, em que a investigação qualitativa expandiu-se ganhando uma maior aceitação, apesar dos investigadores mais tradicionais ainda a considerarem uma espécie de metodologia menor, não científica, exploratória e subjetiva.

Isabel Guerra (2006) localiza, precisamente, neste final do século XX a retoma dos paradigmas compreensivos que assumem, num primeiro momento, um posicionamento muito crítico em relação às metodologias lógico-dedutivas (ou quantitativas), propondo a substituição das regularidades sociais propostas por estas, pelos sentidos sociais da ação individual. No entanto, e apesar do nosso posicionamento nesta investigação inserir-se no paradigma compreensivo, não defendemos a ideia de qualquer hierarquização entre metodologias, nem sequer que estas se posicionem em oposição. Como defende Guerra (2006) elas influenciam-se reciprocamente e têm campos de aplicação diversos, onde cada uma delas, ou em articulação, podem assumir o seu maior valor.

Face à complexidade do nosso objeto de estudo, ao seu carácter recente, e à pouca produção teórica, optámos pela abordagem metodológica compreensiva. Centramo-nos, na linha de Weber ou de Touraine, na análise dos processos sociais onde se encontra a lógica social dos acontecimentos, o que é realizado através das análises das racionalidades dos sujeitos.

“Assim, o ponto de partida associa a análise da racionalidade dos atores à atenção aos modelos de interação entre os sujeitos e os sistemas sociais, no contexto de um «sistema de ação» socialmente construído onde os contextos transcendem as situações imediatas” (Guerra, 2006: 9).

Recusamos a ideia da procura de causalidades ou de um qualquer fator singular gerador da ação, para centrar-nos na complexidade e interdependência das variáveis e nos seus significados subjetivos.

Tentamos através desta metodologia resgatar, através de Poupart (1997), as vantagens enunciadas sobre a metodologia compreensiva, para a sua aplicação ao nosso objeto de estudo: ao nível epistemológico, considerando os atores indispensáveis para entender os comportamentos sociais (a agência nos protagonismos leigos); ao nível ético e político, entendendo as contradições e dilemas que atravessam a sociedade (trajetórias leigas entre o sistema convencional de saúde e o alternativo); ao nível metodológico, sendo um instrumento privilegiado de análise das experiências e do sentido da ação (práticas e lógicas leigas no uso das medicinas alternativas).

Capítulo 2 - As entrevistas e procedimentos de aplicação

O nosso trabalho de campo utilizou como instrumento provocador dos discursos dos sujeitos as entrevista em profundidade (Kaufman, 1996.), uma vez que estas nos permitem o acesso aos sentidos partilhados pelos sujeitos. A partir desses sentidos, enquanto manifestações discursivas individuais, podemos aceder à dimensão social, visto que eles se constituem reveladores da dimensão social e cultural do coletivo. A entrevista, enquanto forma de recolha de informação, põe-nos em contacto com a realidade social mediatizada pelo sujeito, fornecendo-nos deste modo a sua declaração sobre a observação, análise e interpretação dos seus próprios pensamentos e ações, bem como sobre os dos outros (Alves, 2011). A entrevista permite-nos o acesso a uma informação imediata, um discurso aparentemente objetivo, mas que é revelador das subjetividades dos sujeitos, que na reconstrução das suas memórias para transformá-las em discurso, se socorrem e assim expressam os seus sistemas culturais de referência.

Se em algumas temáticas o entrevistado pode ter um discurso fácil, já organizado e refletido, na maioria das vezes, como aconteceu na nossa investigação, é a própria situação da entrevista que suscita essa reflexão. É no momento da conversa com o entrevistador, que os sujeitos, frequentemente, apelam à memória e aos seus significados para reconstruir as suas experiências vividas:

“Frequentemente, a racionalidade de uma vida, ou de uma decisão, não é um fenómeno prévio aos factos. A racionalidade é encontrada exatamente ex post, no momento da narração; aí, os elementos que na altura pareciam dispersos e as racionalidades que no momento emergiam como espontâneas estruturam-se num todo coerente que amarra o fio condutor de múltiplas decisões e ações” (Guerra, 2006:19).

Deste modo, surgem incoerências, hesitações, descontinuidades, silêncios, ou mesmo contradições nos discursos, que não podem ser entendidas como fugas a uma qualquer

verdade pré-existente, mas que têm que ser entendidas no contexto de uma reflexão pessoal de reconstrução de experiências vividas, dotadas de complexidades.

Para tal, é necessário proporcionar aos indivíduos a maior liberdade possível para que contem a sua história através da sua perspectiva e nos seus próprios tempos, pouco contagiados pelas pré-interpretações do investigador. Tenta-se que a narrativa surja através da introdução de uma questão inicial, que tenta transportar e motivar os entrevistados para a reconstrução e narração das suas experiências vividas e dos sentidos dessas experiências, neste caso, focadas nas conceções e utilizações alternativas da saúde e do saudável.

Sabemos, no entanto, que a entrevista não é uma técnica fácil que resulte na mera aplicação de procedimentos estipulados previamente. Como afirma Kauffman (1996:7) “*Malgré des tentatives répétées, l’entretien semble résister à la formalisation méthodologique: dans la pratique il reste fondé sur un savoir-faire artisanal, un art discret du bricolage.*”. Assim nesta *arte de bricolage*, e sabendo que a entrevista constitui sempre um momento artificial de produção (ou provocação) discursiva para os entrevistados, é necessário ter em atenção vários fatores intermediários que condicionam a sua realização.

O primeiro é o próprio *investigador*, interlocutor na conversa, que, por um lado, necessita desprender-se dos seus quadros de interpretação do real para libertar as possibilidades discursivas dos sujeitos, e por outro, é frequentemente representado pelos entrevistados como detentor de um saber que pretendem entender e dar resposta. Ainda que, no nosso caso - por se tratarem, maioritariamente, de entrevistados urbanos e com elevada escolaridade - as questões da diferenciação cultural entrevistador-entrevistado não tenham sido muito sentidas, existiu frequentemente a procura dos entrevistados em obterem a confirmação ou aprovação das suas respostas por parte do entrevistador, de forma mais ou menos sublimine ‘*não sei se é isto que quer.*’, ou ‘*se calhar não quer que eu fale disto...*’.

Sendo um dos pressupostos epistemológicos deste tipo de pesquisa o de que o entrevistado é um ator racional capaz de dar sentido às suas ações, e que o objetivo da

entrevista é captar esses sentidos implícitos na vida social (Guerra, 2006), não existe uma diferenciação de poderes entre entrevistador e entrevistado, mas sim uma desejada relação de parceria que cabe ao entrevistador saber promover. O papel do entrevistador é, no caso deste tipo de entrevistas, saber implicar-se na conversa, não no sentido da emissão de opiniões sobre os temas em reflexão, mas tentando que os entrevistados não se sintam na situação de ‘produtores de respostas esperadas’, mas que experimentem o envolvimento numa situação de conversa com um interlocutor que está atento e que tem interesse em conhecer as suas histórias.

Não são inexistentes as críticas a esta relação mais intimista e até afetiva entre entrevistador e entrevista existente nas entrevistas em profundidade. Não recusamos o argumento da existência de uma maior intimidade neste tipo de comunicação do que na aplicação de outras técnicas mais ‘frias’, mas não o entendemos como condicionador do rigor da pesquisa. Assume-se o pressuposto que baseia esta postura metodológica, o qual defende que, tal como o investigador, os informantes são sujeitos racionais que dão sentido à sua ação e definem também o seu objetivo na interação: o entrevistador pretende recolher informações sobre percursos e modos de vida sobre os quais o entrevistado é um informador privilegiado, pelo fenómeno social que viveu. A pesquisa tem apenas que cumprir com dois princípios éticos, indispensáveis neste processo: “*informar corretamente os indivíduos acerca dos objetivos da investigação e proteger as fontes (...); o resto é uma interação entre atores racionais capazes de relacionamento humano.*” (Guerra, 2006: 22)

Outro intermediário no processo de realização da entrevista é a presença do *gravador*. Este é um instrumento fundamental para o investigador, permitindo-lhe a transcrição integral do discurso, transformando-o em texto. Mas é um elemento dispensável para os entrevistados, embora tenhamos sentido, que no momento atual em que as tecnologias de áudio e vídeo povoam os cenários da vida quotidiana, o gravador torna-se mais facilmente um objeto esquecido logo após o primeiro momento da conversa, em que se solicita a autorização para o seu uso.

O intermediário que suscitou mais dificuldades, no caso da nossa investigação, foi o *contexto* ou o *ambiente* em que se desenrolaram as entrevistas. Idealmente sabemos que

devemos procurar um local calmo, neutro, longe de ruídos ou de presença de estranhos que possam interromper ou condicionar o discurso. No entanto, os tempos em que decorrem as vidas atuais, sobretudo em contexto urbano, são agitados e curtos e o entrevistador tem que flexibilizar os seus critérios de rigor metodológico a um critério prático de sensatez, sabendo respeitar e aproveitar as disponibilidades temporais e espaciais dos entrevistados, mesmo prejudicando a perfeição (sempre inexistente) do ambiente requerido para a situação de entrevista.

Assim, os locais de realização das entrevistas foram tão diversos quanto a disponibilidade dos sujeitos apelou, distribuindo-se pela casa do entrevistado, café, restaurante e local de trabalho. As dificuldades sentidas foram diversas de acordo com os locais de realização: nos cafés e restaurantes, o ruído de fundo; em casa, as interrupções dos filhos, família; no local de trabalho, os telefonemas e uma certa urgência/tensão temporal (apesar das entrevistas terem sido marcadas com a informação do tempo previsto de realização). A este intermediário associa-se outro que é o *tempo* de entrevista, e que é condicionado pelo ambiente que contextualiza a sua realização. As nossas entrevistas demoraram entre 40m e 1h45m (no total das entrevistas), embora algumas delas tivessem sido realizadas em dois momentos distintos, por impossibilidade dos entrevistados continuarem a conversa no primeiro momento, e manifesto interesse da investigação em aprofundar aqueles discursos. Nesses casos, os entrevistados foram novamente contactados e acederam facilmente em marcar um segundo momento de entrevista.

Outro dos intermediários, também este crucial para o entrevistador, é o *guião de entrevista* (Ver Anexo 1). Este é o instrumento que guia o entrevistador e que deve permitir que a conversa entre entrevistador e entrevista possa fluir de forma natural, mas simultaneamente consiga provocar nos discursos dos sujeitos a reflexão necessária à investigação. Sendo a nossa entrevista em profundidade, semi-directiva, com uma intenção compreensiva, o nosso guião foi sofrendo diversos ajustamentos com o desenrolar das entrevistas e de acordo com o próprio processo de maturação da pesquisa.

A questão principal numa investigação deste tipo é a da introdução do tema na conversa com os entrevistados. É importante, dada a não directividade da entrevista, conseguir na introdução temática colocar os sujeitos num eixo de reflexão suficientemente rico para permitir a fluência do discurso, sem a necessidade de intervenções imediatas do investigador. Este foi um processo demorado, com muitos avanços e recuos, alvo de muitas discussões entre pares. Se eram claros os objetivos da nossa pesquisa, estes não eram, de forma imediata, claros quanto à melhor forma de serem operacionalizados nas entrevistas. O cruzamento das dimensões ‘saúde’, ‘saudável’, ‘medicinas alternativas’, ‘protagonismos’ foi alvo de muitas tentativas nas formas possíveis de colocar os sujeitos ‘no discurso’.

Deste modo, iniciamos o processo com uma entrevista que constituiu um pré-teste em que utilizámos um guião ainda demasiado estruturado, com uma pergunta inicial que remetia diretamente o sujeito para a reflexão sobre a sua saúde. Percebemos imediatamente, pelo desenvolvimento da entrevista e pela análise posterior da mesma, que esta forma de introduzir o tema remetia o entrevistado para uma dimensão factual, das práticas, que mais dificilmente nos transportaria para os sentidos e significados associados. Assim, e de acordo com uma maior clarificação dos eixos teóricos da nossa investigação, reformulámos o guião para uma estrutura mais ampla, e optámos por situar a temática introdutória na própria experiência com as medicinas alternativas (implícita a cada entrevistado: consumos de produtos ou alimentos específicos; terapias, práticas, leituras), deixando assim que a saúde e o saudável pudessem (ou não) surgir livremente nos discursos acerca da experiência vivida nas medicinas alternativas.

Assim, o guião foi sendo reestruturado, no decurso do pré-teste, e continuou a sê-lo em resultado das experiências de entrevista e da especificação de algumas questões que a informação recolhida ia denunciando como relevante para a compreensão da problemática em causa e para os objetivos da pesquisa. Cada entrevista integrou quatro grandes domínios: práticas de saúde e sentidos subjacentes (explicação, sentidos, referências); conceções de saúde e saudável; trajetórias de saúde (entre sistemas de cuidados médicos e terapêuticos); e elementos identificativos (género, profissão, escolaridade, idade, agregado familiar; religião)

O procedimento adotado para assegurar a validade da nossa informação foi a observação dos efeitos de *diversidade* e da *saturação* (Guerra, 2006). O primeiro diz-nos que devemos tentar a maior heterogeneidade possível nos sujeitos entrevistados, de forma a garantir a diversidade de experiências e a riqueza da informação recolhida. Esta diversificação pode ser ‘externa’ ou ‘interna’. A diversificação externa relaciona-se com as características do fenómeno a estudar e pretende garantir uma maior diversidade dos sujeitos relativamente a variáveis estratégicas. A diversificação interna prende-se com a perspectiva teórica da pesquisa, pretendendo-se explorar as diversidades dentro de um conjunto mais ou menos homogéneo de sujeitos (foi o caso da nossa pesquisa, em que o que nos interessou foi explorar as diversidades das pessoas que tiveram contacto/experiência nas medicinas alternativas). A diversificação externa é vertical e não permite explorar a diversificação interna.

O princípio da *saturação*, oposto ao da diversidade (na medida em que quanto maior for a diversidade mais difícil é atingir a saturação), aplica-se quando os dados que estão a ser recolhidos já não evidenciam nenhuma informação nova relevante para a pesquisa, e desse modo, o investigador decide terminar o trabalho empírico. No entanto, segundo Bertaux (1997) o critério da saturação é aplicável de forma diversa consoante o estatuto da pesquisa, e apenas necessita de ser garantido quando, numa determinada investigação, se pretende que os resultados sejam generalizáveis à população.

Assumimos, na nossa pesquisa, o critério da diversidade como mais preponderante do que o da saturação, dado que a complexidade do objeto de estudo exigiria maiores recursos disponíveis (humanos e temporais) caso o critério da saturação fosse considerado prioritário.

Capítulo 3 – Sujeitos do estudo

O procedimento de seleção dos sujeitos constituiu um dos momentos de maior reflexão e discussão na realização desta investigação. Se estávamos certos da emergência do fenómeno social em torno de novos momentos de utilizadores e consumidores de práticas, produtos e terapêuticas de saúde alternativas, existiam dúvidas quanto ao melhor procedimento de seleção dos sujeitos a entrevistar. Tínhamos como certo que a principal variável de seleção de sujeitos teria que garantir o recrutamento daqueles cujos itinerários de saúde passam ou passaram pelas ‘medicinas alternativas e complementares’, ou seja, que optaram, em determinado momento das suas vidas, pela prática/consumo/experiência de produtos ou terapias a estas associados. O foco do nosso estudo centra-se nos indivíduos que, dentro das suas racionalidades leigas de saúde, tomaram a iniciativa de ter experiência(s) de outros cuidados de saúde fora do sistema biomédico.

Por outro lado, queríamos que esta seleção nos garantisse o melhor acesso aos dados de interesse para o nosso objeto de estudo, ou seja, que nos dirigisse para a saúde e o saudável, e não para a doença. Deste modo, a ideia inicial de estabelecer contactos com consultórios ou clínicas de medicinas alternativas, para selecionar alguns dos seus utilizadores para entrevista, pareceu-nos não responder aos nossos objetivos, porque colocaria o discurso no momento ‘presente’, da consulta ou terapia, cuja probabilidade de se associar a um episódio de doença ou mal-estar nos pareceu aumentada.

Neste sentido, e reforçando o objetivo de compreender os protagonismos alternativos de saúde, na sua relação com as trajetórias de saúde e de vida, tentámos um procedimento de seleção de sujeitos que nos possibilitasse a diversidade discursiva e experiencial de temporalidades associadas à experiência com as medicinas alternativas, ou seja que a utilização das ‘medicinas alternativas e complementares’ pudesse estar situada em diferentes tempos podendo ter sido continuada ou apenas episódica.

Dado o carácter compreensivo desta investigação, que dispensa qualquer intenção de representatividade estatística na seleção dos sujeitos de estudo, optámos por adotar um procedimento baseado na amostragem de bola de neve (através de contactos sucessivos

entre sujeitos a partir de alguns iniciais). Escolhemos como grupo de entrevistados os consumidores de produtos de saúde e do saudável (alimentos biológicos, chás, suplementos, livros), clientes de espaços de venda de produtos das terapêuticas alternativas que acreditámos poderem igualmente ser utilizadores de ‘medicinas alternativas e complementares’ ou de práticas a elas associadas. Para minimizarmos os potenciais enviesamentos associados ao procedimento de seleção de sujeitos, tivemos o cuidado de diversificar os pontos de contacto inicial – um no centro de Lisboa e outro na periferia (Almada).

Foram realizadas 20 entrevistas no total, embora tenhamos optado por excluir duas delas, uma porque a pessoa não permitiu a gravação da mesma ficando perdida muita informação no registo escrito, e uma outra porque o entrevistado, apesar de ter aceite a marcação da entrevista, na altura em que a mesma se realizou restringiu-se a um discurso superficial e factual sobre o consumo realizado (chá) não oferecendo conteúdo suficiente para os nossos objetivos de análise. Deste modo, o nosso estudo centra-se na análise de entrevistas com 18 sujeitos. O critério de entrada no grupo de sujeitos participantes no estudo foi a existência de, pelo menos, uma experiência com práticas ou produtos de saúde alternativos (para o seu uso próprio, ou por sua iniciativa para cuidados a terceiros – filhos, cônjuge ou outro elemento do agregado familiar). Centramos o nosso trabalho de campo na região da Grande Lisboa.

Capítulo 4 - Análise e tratamento da informação empírica

As investigações de tipo compreensivo produzem um grande volume de informação que tem de ser tratada, analisada e interpretada. Assim, as entrevistas foram sendo transcritas (na íntegra) à medida que foram sendo realizadas, na tentativa que a passagem do discurso oral ao texto escrito permitisse a reflexão continuada sobre a pesquisa e sobre o desenvolvimento do trabalho empírico. Sabemos que o grande desafio da entrevista enquanto técnica de recolha de informação, não é apenas o de como perguntar, mas o de perceber o porquê das respostas, ou seja, o de encontrar nos porquês o significado ou os significados subjacentes à declaração (Wengraf in Alves, 2011)

Apoiamo-nos no procedimento de *análise de conteúdo* (Bardin, 1979) para a identificação das grandes categorias centrais dos discursos. Neste sentido cruzamos os nossos eixos teórico-metodológicos com a leitura (flutuante, nesta fase) das entrevistas que iam sendo realizadas e transcritas. Este processo resultou em deslocamentos constantes entre a teoria e a prática (trabalho de campo), permitindo ajustamentos e aprofundamentos tanto do quadro teórico como do trabalho de campo.

A análise de conteúdo foi feita de modo ‘tradicional’, sem recurso a qualquer programa informático, com anotações manuscritas das principais temáticas e problemáticas que deram origem a uma primeira categorização exploratória, a que se seguiu a verificação e validação da categorização, para a estabilização da matriz categorial de análise.

Nesta análise descritiva dos ‘protagonismos alternativos na saúde’ descrevemos a informação retirada do cruzamento dos dados sistematizados na análise categorial das entrevistas, com excertos dos próprios discursos dos sujeitos que ilustram a complexidade e densidade das suas narrativas, algumas vezes confusas, contendo hesitações e aparentes contradições, mas que nos permitem compreender mais profundamente os sentidos das ações. Torna-se evidente, nas sequências narrativas dos sujeitos, a construção momentânea dos seus processos de reflexão, derivando, quase sempre, numa maior clareza ao nível dos factos, e em maiores hesitações quando os

sujeitos tentam passar para um nível mais abstrato de conceptualização e entendimento dos sentidos, das motivações ou dos significados das suas escolhas.

Esta dificuldade de apreensão de alguns dos sentidos da ação no discurso dos sujeitos evidencia-se na passagem da oralidade ao texto escrito para análise. A distância sempre existente entre o discurso dos sujeitos, construído na oralidade, e o mesmo, quando transformado em texto, é aqui realçado enquanto foco de reflexão futura sobre os procedimentos metodológicos disponíveis na investigação sociológica e a possibilidade ou mesmo necessidade de se reinventarem ou renovarem, de modo a ampliar as possibilidades de compreensão das narrativas orais, não necessariamente transformadas em textos. Este não é, de resto, um argumento original, embora raramente, ele seja debatido entre os teóricos das metodologias de investigação. Flick refere-se à necessidade de implementar este debate nas ciências sociais:

“ As ciências sociais, que necessariamente se transformaram numa ciência do texto (Gross, 1981) e que se apoiam em textos, como meios de fixar e objectivar os seus resultados, deviam prestar mais atenção a este género de questões. A questão raramente referida, da produção de novas realidades (por exemplo a vida como narrativa), em que se geram e interpretam dados como textos e textos como dados, tem de ser mais extensamente debatida” (2002:30).

Neste sentido, assume-se que na investigação empírica presente, tal como na maioria da investigação em ciências sociais, o texto substitui-se à realidade estudada. Desde que são recolhidos os dados e a partir deles se estrutura um texto (por muito fiel que este seja às falas originais dos sujeitos), este passa a ser utilizado na investigação como o substituto da realidade a ser estudada. *“É difícil controlar quanto e o quê da questão original (...) o texto reproduz.”* (Flick, 2002). A honestidade metodológica passa, no nosso entender, pelo esclarecimento deste pressuposto de análise, colocando ênfase que a prática da pesquisa foca uma reconstituição a partir da situação discursiva provocada no encontro com os entrevistados.

As próprias narrativas dos sujeitos são já reconstruções das experiências vividas, que recorrem a processos de memória para as construir, e por isso aparecem repletas de contradições, omissões e incoerências:

“A narrativa imita a vida, a vida imita a narrativa. Neste sentido, a ‘vida’ é uma construção da imaginação humana do mesmo tipo de uma ‘narrativa’. É construída pelos seres humanos por meio de um raciocínio activo, o mesmo tipo de raciocínio envolvido na construção das narrativas. Quando alguém conta a sua vida...é sempre uma realização cognitiva, não uma simples récita de algo univocamente oferecido através de um cristal transparente. É, afinal, um trabalho narrativo. Psicologicamente não existe isso da ‘vida como tal’. No mínimo, é um trabalho de acesso a memórias; para além disso, contar a sua vida é uma façanha de interpretação” (Bruner in Flick, 2002).

Herzlich (2004: 389-390) contribui para este debate questionando-se acerca das possibilidades metodológicas da sociologia compreender as ‘incompatibilidades’ das narrativas privadas de saúde e doença:

“Além disso, como podemos fazer com que as imagens discordantes da experiência privada e pessoais dos pacientes sejam compatíveis entre elas? Se a pesquisa sociológica deve seguir adiante, ela precisa começar levando em conta essa diversidade e esclarecê-la. Precisa, sobretudo, tornar-se mais reflexiva e crítica a respeito dos seus próprios métodos e ações. Como os métodos de coleta de dados, o contexto da pesquisa e o comprometimento do sociólogo, enquanto porta-voz ou testemunha, influenciam as narrativas dos pacientes e, mais amplamente, o tipo de dados que somos capazes de coletar?”

Esclarecido este pressuposto de limitação metodológica, importa focarmo-nos nas nossas opções quanto aos procedimentos de análise dos dados recolhidos, definindo as principais linhas de compreensão. Partimos das dimensões de análise enunciadas teoricamente bem como do guião que estruturou a entrevista para uma primeira leitura

de todas as falas dos entrevistados, tentando perceber se estas dimensões eram centrais aos discursos encontrados, ou se existia necessidade de reformular os focos de análise. Observámos que os discursos ofereciam conteúdo à pesquisa em torno destas três dimensões, optando por mantê-las, dividindo-as posteriormente em níveis mais restritos de análise.

Deste modo, a partir das três dimensões conceptualizadas estabelecemos três grandes dimensões de análise de conteúdo das nossas entrevistas, a partir das quais desenvolvemos a grelha de categorias analíticas:

- a) **Consumos, práticas e fontes de informação;**
- b) **Sentidos e lógicas de ação leiga;**
- c) **Trajetórias ‘alternativas’ de saúde.**

Através desta metodologia compreensiva conseguimos um grande volume de informação rica e diversificada, permitindo-nos captar as subjetividades que marcam os protagonismos leigos alternativos nas suas trajetórias de saúde. Não procurámos causalidades, nem fatores explicativos da ação, mas sim, as complexidades e interdependências entre variáveis que atuam nas vivências do fenómeno em estudo. Optámos, assim, por proceder à identificação das falas dos entrevistados utilizadas para ilustrar diferentes perfis de protagonismos, não sendo nossa intenção a construção de tipologias rígidas de análise das informações recolhidas, porque estas, embora tendo potencialidades, poderiam também conduzir a sobre interpretações (Lahire in Alves, 2011).

PARTE III - ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS EMPÍRICOS.

Capítulo 1 – Caracterização geral dos sujeitos do estudo

1.1. Breve descrição sociográfica

O grupo de sujeitos da nossa investigação empírica é composto por 18 indivíduos residentes na área geográfica da grande Lisboa (alguns em Lisboa, outros em lugares periféricos na margem sul de Lisboa), têm idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos, com forte predominância do género feminino (12 mulheres e 6 homens). As habilitações literárias dos entrevistados distribuem-se entre o 4º ano do ensino básico (2), ensino secundário/12º ano (3), licenciatura (7), mestrado (4) e doutoramento (2).

Relativamente à situação na profissão temos duas pessoas reformadas (eletricista e comerciante), duas pessoas em situação de desemprego (assistente social e professora), sendo que a maioria dos sujeitos entrevistados encontra-se em situação ativa face ao trabalho (14 pessoas) com profissões variadas maioritariamente inseridas no sector dos serviços.

Os sujeitos foram ainda questionados quanto à sua religiosidade, uma vez que alguma literatura tece associações entre os sentidos de utilização leiga destas ‘medicinas alternativas e complementares’ e a religião. Assim, no que diz respeito à religião, apenas uma pessoa afirma que é católica, cinco referem ser católicos não praticantes e a maioria (12 entrevistados) expressam não ter qualquer religião. Quanto ao tipo de família, os nossos entrevistados dividem-se entre os que vivem em união de facto com filhos (3) os que são casados com filhos (9), aqueles que são divorciados com filhos (4) e dois entrevistados que são solteiros sem filhos (**Ver Anexo 2**).

1.2. Experiência(s) de consumos e práticas de ‘medicinas alternativas e complementares’

Iniciamos a análise dos nossos dados empíricos através da caracterização dos sujeitos quanto ao nosso critério de seleção – experiência(s) de consumos e práticas de ‘medicinas alternativas e complementares’. Nesta primeira análise vertical, listamos todo o tipo de consumos, consultas e terapêuticas associadas aos sistemas médicos alternativos. Na categoria de **consumos** agrupamos os usos de produtos ‘naturais’ e/ou ‘alternativos’, alimentos/tipos de alimentação específicos e fontes escritas de informação (livros ou revistas) que são referidos pelos entrevistados. Nas **consultas** listamos os sistemas médicos alternativos a que os sujeitos recorrem ou recorreram numa relação de doente/cliente com um profissional de saúde ‘alternativa’ (médico ou terapeuta). As **práticas terapêuticas alternativas** agrupam as referências a diversas práticas de cuidado, corporais, espirituais, mentais, associadas aos sistemas médicos alternativos bem como ao vasto campo que se multiplica a partir deles, cujas fronteiras são difíceis de definir. Optámos por considerar aqui todas as práticas referidas como cuidados de saúde não referenciados nem com o sistema médico convencional nem com o sistema tradicional.

Esta é apenas uma primeira sistematização sobre o tipo de utilizações das ‘medicinas alternativas e complementares’ encontradas neste grupo de sujeitos, uma vez que, adiante, estas serão analisadas de forma mais aprofundada com outro enfoque de análise. Podemos, para já, observar que a maioria dos nossos entrevistados já teve experiências diversas relativamente às ‘medicinas alternativas e complementares’, articulando, na maioria dos casos, consumos, consultas e práticas terapêuticas.

Apesar dos sujeitos terem sido seleccionados em espaços de venda de produtos ‘alternativos’ e/ou ‘naturais’, podemos verificar que apenas um dos entrevistados refere apenas ter experiência de consumo de produtos, o que era expectável uma vez que a literatura refere que os consumidores/compradores que frequentam este tipo de espaços, usualmente, articulam estes consumos com outras práticas e terapêuticas médicas alternativas. Os restantes sujeitos já tiveram contato com as ‘medicinas alternativas e

complementares' quer sob a forma de consultas quer através das práticas terapêuticas alternativas. (**Quadro 1**).

Quadro 1. Caracterização dos consumos e práticas de 'medicinas alternativas e complementares' (referidos por cada entrevistado em relação ao seu agregado familiar)

E	Consumos	Consultas/Terapêuticas	
		Consultas de 'medicinas alternativas e complementares'	Práticas terapêuticas alternativas
E1	Livros (práticas orientais), chás		Reiki Tai Chi Chi Kung Auto-cura*
E2	Chás, ervas, suplementos naturais, informação (livros 'científicos', auto-ajuda')	...	Meditação Auto-massagem Massagens Medicina popular (mezinhas caseiras)
E3	Chás, ervas, suplementos naturais, informação (livros plantas, ervas)	...	
E4	Medicamentos homeopáticos, informação (internet)	Homeopatia Quiroprática	Yoga
E5	Produtos alimentares (biológicos, vegetarianos), medicamentos homeopáticos, informação (internet)	Homeopatia
E6	Ervas, chás, informação (livros 'auto-ajuda'; revistas e jornais; internet)	Naturopatia	Fitoterapia Massagens (terapêuticas e de relaxamento)
E7	Produtos alimentares (biológicos)	Acupuntura	Karaté Auto-cura*
E8	Produtos alimentares (macrobióticos), suplementos naturais, informação ervas, chás e tisanas	Homeopatia Osteopatia Acupuntura	Shiatsu Massagem Sacrocraniana Reiki

			Aromoterapia Hidrolinfa
E9	Produtos/suplementos de naturopatia e homeopatia, livros (auto-ajuda, científicos), produtos alimentares (vegetarianos)	Homeopatia Acupuntura	Terapia 'Alexandra Solnado' (regressão) Astrologia Yoga Meditação
E10	Chás, informação (livros 'científicos')	...	Meditação Yoga Rezas Shiatsu Auto-massagem Chi-Kung Coaching Termalismo
E11	Produtos alimentares (integrais), refeições prontas, chás, medicamentos homeopáticos, informação (revistas)	Homeopatia Medicina tradicional Chinesa/ Acupuntura	Radiostesia Reiki Yoga
E12	Chás, produtos alimentares (sem açúcar), medicamentos homeopáticos	Acupuntura	Yoga Massagens
E13	Chás, produtos alimentares (sem açúcar), fitoterapia (chinesa), medicamentos homeopáticos, informação (jornais, revistas, internet).	Homeopatia Acupuntura	
E14	Chás, suplementos naturais, informação (livros 'técnicos'; internet)	Acupuntura	Meditação
E15	Produtos alimentares (integrais), refeições pré-cozinhadas (macrobiótica, vegetariana), informação (jornais, internet)	...	Yoga Massagem shiatsu
E16	Refeições pré-cozinhadas, ervas, chás, produtos alimentares, suplementos	...	Meditação Tai Chi Yoga Reiki

	<i>naturais, informação (internet)</i>		
<i>E17</i>	<i>Produtos alimentares (integrais, biológicos), chás, informação (internet)</i>	<i>Acupuntura</i>	<i>Yoga Massagens Tui Na Meditação</i>
<i>E18</i>	<i>Chás, ervas, suplementos naturais (argila verde)</i>	<i>...</i>	<i>...</i>

(* Embora a *auto-cura* (ideia de que o próprio organismo tem a capacidade de se regenerar) não seja habitualmente listada dentro das medicinas alternativas e complementares, nem sequer nas práticas terapêuticas associadas, decidimos integrá-la aqui porque ela constitui um movimento efetivo de protagonismo alternativo de saúde relativamente à rejeição ou abandono de qualquer sistema de cuidados terapêuticos ou farmacológicos, tendo por base valores filosóficos de relação com a saúde e a doença)

Capítulo 2 – Protagonismos alternativos na saúde – linhas gerais de análise.

Retomamos as três dimensões de análise de conteúdo já referidas anteriormente – **Consumos, práticas e fontes de informação; sentidos e lógicas de ação leiga; e**

trajetórias ‘alternativas’ de saúde, para detalhar a grelha de categorias analíticas estabelecidas.

Relativamente à primeira dimensão – **consumos, práticas e fontes de informação** - dividimo-la em ‘consumos e práticas de saúde ‘alternativa’’ e em ‘fontes e tipos de informação’. Esta dimensão permite-nos analisar o conjunto de recursos plurais a que os sujeitos recorrem e utilizam nos seus cuidados de saúde. Nos ‘consumos e práticas de saúde alternativa’ centramos a análise apenas naqueles que surgem associados às ‘medicinas alternativas e complementares’ deixando para outra dimensão (‘lógicas de ação leiga’) a abordagem dos restantes consumos e práticas de saúde associadas aos outros sistemas médicos e de saúde. As ‘fontes e tipos de informação’ categorizam todos os recursos informacionais que os sujeitos relatam, sendo especificados os tipos de informação procurada ou encontrada em cada uma das fontes utilizadas.

A segunda dimensão que pretende alcançar os **sentidos e lógicas de ação** subjetiva na saúde, tem por base categorial as ‘conceções de saúde’ e as ‘conceções de doença’, os ‘sistemas de referência’ e os ‘consumos de saúde significantes’. Nas conceções, tanto de saúde como de doença, estabelecemos uma grelha categorial tendo por referência as representações sociais de Herzlich (1969), adaptadas aos conteúdos encontrados nas nossas narrativas. Tentamos, com esta análise das conceções, situar este grupo de indivíduos relativamente aos seus sentidos de saúde e de doença. Analisamos, ainda, as narrativas quanto aos sistemas evocados, tanto no que diz respeito aos sistemas médicos como aos sistemas de referência leigos que se cruzam nas construções leigas de saúde.

Com a categoria dos ‘consumos de saúde significantes’ descrevemos e analisamos a pluralidade de consumos que os sujeitos utilizam na construção do seu ‘saudável’ detalhando o tipo de lógicas de utilização a que eles fazem referência para cada grupo de consumos.

Na construção da terceira dimensão de análise dos discursos – **trajetórias ‘alternativas’ de saúde** - categorizamos a informação em *‘finalidades e constrangimentos na utilização das medicinas alternativas’*, *‘racionalidades leigas alternativas na saúde’*; e *‘referenciação espaço-temporal’*. À exceção da primeira categoria de análise – ‘finalidades e constrangimentos de utilização das medicinas alternativas’, esta dimensão de análise é, propositadamente, constituída por categorias de análise mais amplas, com uma análise mais interpretativa, de síntese, em que se cruzam alguns dos elementos categoriais anteriores, mas que aqui se agregam em dois focos de análise: as ‘racionalidades leigas alternativas’ que definem os sentidos práticos com que os sujeitos se dirigem (ou dirigiram) para a utilização de cuidados médicos ‘alternativos’; e um segundo foco de análise que categorizamos como de ‘referenciação espaço-temporal’ que sistematiza a análise das referências de espaço e de tempo que os sujeitos evidenciam na reconstrução das suas trajetórias de saúde, quando colocados na situação de entrevista.

Com o conjunto de categorias definidas, procedemos a uma análise de conteúdo vertical que abordamos neste capítulo de forma descritiva, cruzando-a, posteriormente, com uma análise horizontal que nos permite, na parte final do trabalho, tipificar, descrever e discutir os perfis de protagonismos alternativos na saúde encontrados. A nossa linha de raciocínio que determinou esta grelha categorial foi de um enfoque invertido, ou seja, iniciamos a análise pelas categorias mais objetivas e restritas e fomos ampliando as categorias para uma análise de sentidos e significados associados à saúde e doença, terminando em duas grandes categorias de síntese – as racionalidades e a referenciação espaço-temporal – que sistematiza as principais informações que delimitam e enformam os tipos de protagonismos alternativos de saúde aqui encontrados.

Capítulo 3 – Consumos, práticas e fontes de informação

Neste capítulo centramo-nos no conjunto de práticas e consumos de saúde referidas pelos nossos entrevistados assim como nas fontes e tipos de informação utilizados. Estas são as duas grandes categorias que dentro desta dimensão de análise irão direcionar a leitura compreensiva das informações recolhidas.

Quadro 2. Quadro síntese das dimensões e categorias de análise de conteúdo – consumos, práticas e fontes de informação

<i>Consumos, práticas e fontes de informação</i>	<i>Consumos e práticas de saúde 'alternativos'</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Produtos e/ou suplementos 'alternativos'</i>• <i>Consultas de 'medicinas alternativas e convencionais'</i>• <i>Práticas terapêuticas alternativas</i>• <i>(Remédios e mezinhas caseiras)</i>
	<i>Fontes de informação</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Fontes escritas especializadas</i>• <i>Fontes mediáticas diversas</i>• <i>Fontes virtuais</i>• <i>Fontes orais</i>

3.1. Consumos e práticas de saúde 'alternativas'

Esta dimensão de análise retoma a informação que foi detalhada anteriormente quando caracterizámos o grupo de sujeitos relativamente às suas experiências de utilização das 'medicinas alternativas e complementares'. A diferença é que, neste caso, iniciámos por apresentar a análise horizontal, ou seja, quais as experiências de cada um dos entrevistados, e neste ponto, sistematizamos a informação resultante da análise vertical. Apenas nesta dimensão de análise optámos por apresentar informação de tipo quantitativo, discriminando os entrevistados que referem os diferentes usos destas medicinas, porque consideramos importante para a caracterização da relação deste grupo de sujeitos com as 'medicinas alternativas e complementares', e porque são dados objetivos que não ameaçam a confidencialidade das narrativas, como poderia acontecer com as informações mais dotadas de sentidos e de significados, como aqueles que serão analisadas nas dimensões subsequentes.

Deste modo, mantemos a categorização utilizada nas experiências de utilização das ‘medicinas alternativas e complementares’, agregando as informações em **consumos** (produtos ‘naturais’ e/ou ‘alternativos’, alimentos/tipos de alimentação específicos e fontes escritas de informação (livros ou revistas)); **consultas** (com profissionais dos sistemas médicos alternativos); e **práticas terapêuticas alternativas** (práticas de cuidado, corporais, espirituais, mentais, associadas à procura de uma saúde por vias alternativas à convencional).

Quadro 3. Consumos e práticas ‘alternativas e complementares’

Tipos de consumos/práticas		Entrevistados
Produtos/ Suplementos ‘alternativos’	Homeopáticos	E4,E5, E9,E11, E12, E13
	Fitoterapia chinesa	E13
	‘Naturais’	E2,E3,E8,E9,E14,E16,E18
Consultas de medicinas ‘alternativas e complementares’	Homeopatia	E4,E5,E8,E9,E11,E13,
	Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	E7,E8,E9,E11,E12,E13,E14,E17
	Osteopatia	E8
	Quiroprática	E4
	Naturopatia	E6
	Yoga	E4,E9,E10,E11,E12,E15,E16,E17
Práticas terapêuticas ‘alternativas’	Meditação	E2,E9, E10,E14,E16,E17
	Reiki	E1,E8,E11,E16
	Tai Chi	E1,E16
	Chi Kung	E1,E10,E16
	Auto-cura	E1,E7
	Aromoterapia	E8
	Hidrolinfa	E8
	Terapia ‘Alexandra Solnado’ (regressão)	E9

	<i>Termalismo</i>	<i>E10</i>
	<i>Massagens (terapêuticas e de relaxamento)</i>	<i>E2,E6,E10,E12,E15,E17</i>
	<i>Auto-massagem</i>	<i>E2,E10</i>
	<i>Rezas</i>	<i>E10</i>
	<i>Karatê</i>	<i>E7</i>
	<i>Coaching</i>	<i>E10</i>
	<i>Astrologia</i>	<i>E9</i>

Podemos observar que os nossos entrevistados apresentam uma utilização relativamente baixa de consultas de ‘medicinas alternativas e complementares’, o que se pode explicar pela associação que estes expressam entre as consultas e as situações específicas de doença de mal-estar, ou da sua prevenção, e também pelas questões económicas que, como iremos ver, são um elemento condicionador da utilização frequente deste tipo de consultas. As consultas distribuem-se sobretudo entre a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, embora existam referências à naturopatia, a osteopatia e a quiroprática.

O consumo de suplementos ou medicamentos ‘alternativos’ surge com aproximadamente o mesmo número de referências que a utilização de consultas destas medicinas e terapêuticas, embora seja interessante constatar a diferença entre a utilização de suplementos naturais (referidos por 7 entrevistados) e as consultas de naturopatia (apenas referido em um dos casos), relação que surge de forma inversa no caso da medicina tradicional chinesa (referidas por 8 entrevistados) e a fitoterapia chinesa (apenas referida numa entrevista). No caso da homeopatia, embora não sejam coincidente em todos os casos, o número de referências a medicamentos homeopáticos é igual ao número de consultas referidas.

Uma das interpretações possíveis para este hiato entre o número de referências a consultas e as referências ao consumo de medicamentos e suplementos desses mesmos sistemas terapêuticos relaciona-se com as características de cada um dos sistemas médicos alternativos e a maior ou menor facilidade de utilização de lógicas leigas de

auto prescrição ou o grau de ‘dependência’ pericial para o uso dos diferentes tipos de medicamentos. Acresce ainda o facto de que, ao contrário da fitoterapia chinesa ou dos medicamentos homeopáticos, os suplementos naturais são referidos pelos sujeitos de um modo mais genérico, muitas vezes não sendo concretizados na sua nomenclatura, mas apenas referidos como um produto de resposta a determinado sintoma ou necessidade, o qual é procurado numa loja especializada e decidida a compra e utilização por escolha própria ou solicitando aconselhamento técnico no estabelecimento de venda.

“Eu comprava aqueles produtos, sei lá, ia à procura de qualquer coisa para o estômago ou para a memória, ou para isto ou para aquilo...coisas insignificantes.”

Mulher, 48 anos, mestrado, investigadora

“Eu fui lá, disse ao doutor que lá estava (na loja) o que se estava a passar comigo e ele receitou-me esses dois medicamentos – o ginseng e o V2000”

Homem, 65 anos, 4ª classe, electricista reformado.

No caso dos produtos e suplementos ‘alternativos’ encontramos dois tipos de consumo. Um que se direcciona para a utilização de medicamentos e suplementos de prescrição terapêutica alternativa ou numa lógica de auto prescrição (porque já existiu experiência com o produto ou porque se quer experimentar). Neste caso os produtos são, em geral, referidos com a sua denominação específica (exemplo: Ever fit-cardio; 5HTTP Forte; V2000).

Tomo o ever fit-cardio durante 2 ou 3 meses e depois suspendo durante uns tempos. Isto porque tem componentes que julgo que me fazem bem.

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada.

“E então foi o que me levou a ir lá abaixo ao celeiro, e ainda bem que fui, senão tinha ido mesmo direito ao buraco, quando ele me receitou o V2000 e o ginseng. Foi aí que eu comecei a recuperar, comecei a ganhar peso e a ter força. (...) Se não fosse aquilo dá-me a impressão que se não fosse lá, tinha ido para o buraco!”

Homem, 65 anos, 4º classe, electricista reformado.

Um outro tipo de consumo surge mais associado a opções de alimentação, ou de reforço nutricional, com referência a suplementos alimentares ou tipos de alimentos específicos, geralmente associados aos conceitos de ‘natural’, ‘integral’ ou ‘biológico’, que em determinada fase da vida entraram na rotina destes sujeitos.

(...) fui comprar arroz e massa integral e umas refeições pré-cozinhadas que gosto de ter em casa para os jantares, quando não tenho tempo ou não me apetece cozinhar. Mas compro outras coisas, depende do que preciso, gosto de comprar lá certos alimentos que uso porque eu faço uma alimentação meio vegetariana meio macrobiótica...não sou fundamentalista, apenas tento comer o mais saudável possível.

Homem, 38 anos, licenciatura, bancário.

Mas repare...entre gastar dinheiro num chá, num suplemento natural, por exemplo de alho ou de ómega 3 que são bons para o colesterol, ou depois andar a gastar em médicos e medicamentos, prefiro assim, gastar logo nestas coisas que pelo menos não fazem mal.

Mulher, 53 anos, licenciatura, educadora de infância.

Nas experiências destes sujeitos com as ‘medicinas alternativas e complementares’ sobressai a predominância de uma pluralidade de **práticas terapêuticas alternativas**, tais como yoga, meditação, reiki, chi kung, aromaterapia, massagens ou mesmo rezas, que são referidas como práticas de saúde e de bem-estar. Não é fácil a classificação destas práticas terapêuticas, uma vez que muitas delas derivam de sistemas médicos alternativos mas sofreram recriações, fusões, inovações, multiplicando-se nas denominações e especificidades sem fronteiras definidas. Optámos por listar todas as práticas referidas pelos sujeitos enquanto práticas de saúde, de bem-estar ou de equilíbrio não referenciadas com o sistema biomédico. As rezas, por exemplo, são mencionadas por uma das entrevistas, não na sua dimensão estritamente religiosa mas como um modo de conseguir um estado de calma e de harmonia que a própria assemelha à prática de meditação.

Desde miúda que ter fé, rezar me ajuda a sentir-me bem emocionalmente, a sentir-me mais equilibrada....mas isso já vem de miúda. (...) Porque me alivia a ansiedade, sempre me aliviou. Para mim rezar é meditar. E podia ser rezar em qualquer religião.

Mulher, 58 anos, mestrado, técnica de marketing

A aderência a estas práticas expressa a tendência de procura de cuidados holísticos nestes sujeitos, na medida em que estas privilegiam uma compreensão global ativa (corporal, mental, espiritual) do próprio sujeito, permitindo-lhe, em muitos casos, o prolongamento 'terapêutico' autónomo, ou seja, realizado por si próprio. Esta é, de resto, uma das referências que surge em muitos dos discursos, ou seja, os sujeitos revelam interesse em conhecer técnicas e práticas que possam utilizar sozinhos (por questões de autonomia assim como por questões económicas) no seu dia-a-dia ou quando sentem maior necessidade, o que justifica o maior número de referências existentes em relação à prática de yoga e de meditação, algumas vezes aprendidas em grupo com um mestre, outras vezes, através de leituras.

Por exemplo, tive que desistir das aulas de yoga que já fazia há uns 5 anos também porque são caras. Agora faço em casa ou na praia, mas não é a mesma coisa, mas pronto, o que vale é que cheguei a praticar em grupo com um mestre e consigo fazer sozinha agora. (...) Dá-me um grande equilíbrio.

Mulher, 32 anos, licenciatura, professora de línguas, desempregada.

A tal meditação...eu não sei o que os tais fulanos que ensinam a meditação...eu não sei o que eles ensinam...! O que eu li é...concentrar-me em mim, concentrar-me na minha respiração, fechar os olhos e pensar numa paisagem muito bonita e tranquilizante. Para mim isso chega...uma paisagem muito bonita. Eu concentro-me muito na verdura e na água, na água a cair em cascata... e fico muito, muito, mas muito tranquila. E mais, eu nesse momento fico tão tranquila que sou a pessoa com mais saúde do mundo!

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada.

Estas práticas terapêuticas, surgem nestas narrativas, associadas a lógicas leigas plurais de construção da saúde que articulam estas práticas alternativas com outras práticas já mais interiorizadas nos rituais quotidianos, mas a que os indivíduos fazem referência como preocupações ou cuidados especiais na sua relação com a saúde, como o sono, o exercício físico ou a alimentação saudável.

Eu tento um bocadinho controlar a qualidade da minha alimentação...frequentemente recorro ao exercício físico quando me sinto pior, me

sinto em mau estado ou sinto que estou a ficar mais cansado ou mais stressado...recorro ao exercício.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Sobre a saúde, o sono...isso do sono eu acho muito importante seja para mim, que eu sinto, mesmo que se não durmo aquilo que eu preciso, como especialmente, trabalho sentada...para fazer trabalhar a cabeça, não consigo funcionar se estou com uma carrada de sono. E também esforço-me muito para que as minhas filhas durmam minimamente as horas que precisarem. Agora, em termos de saúde, uma preocupação é que a comida...

Mulher, 40 anos, doutoramento, professora universitária.

Atualmente zelo imenso pela minha saúde e, a minha preocupação passa por uma alimentação cuidada, tendo em conta que mudei os meus hábitos alimentares. No passado fiz alguns disparates, cometi alguns erros. Tenho consciência da minha tendência para engordar e, isso sempre faz com que tente fazer uma alimentação regrada e saudável.

Para além dos cuidados alimentares, também o meu cuidado passa pela atividade física. Pratico longas caminhadas diárias, deixei de frequentar os ginásios e, optei pelo desporto ao ar livre. Abdiquei do carro para começar a andar a pé!

Mulher, 38 anos; 12º ano, secretária.

Em síntese verificamos que o grupo de sujeitos entrevistados multiplica as experiências de contato com as ‘medicinas alternativas’ cruzando, na sua maioria, consumos, consultas e práticas terapêuticas diversas. A questão relativa aos condicionantes económicos no recurso às consultas dos sistemas médicos alternativos (não participados) e mesmo nos consumos dos produtos e suplementos alternativos surge como justificação, em diversas narrativas, das restrições sentidas em relação a estas utilizações. As práticas terapêuticas alternativas surgem, claramente, como as utilizações que mais ligam estes sujeitos ao campo da saúde ‘alternativa’. A enorme diversidade e as possibilidades que estas oferecem ao sujeito de utilização autónoma podem constituir, nesta fase de análise, fatores que contribuem para a compreensão desta adesão.

3.2. Fontes e tipos de informação

Nas fontes de informação procuramos analisar os recursos informacionais de que estes sujeitos fazem uso, dividindo-os, de acordo com os conteúdos encontrados, em 'fontes escritas especializadas' referentes aos conteúdos escritos com legitimação pericial para os sujeitos; 'fontes mediáticas diversas' que incluem jornais, revistas, panfletos informativos; 'fontes virtuais' situadas no universo informacional on-line, que incluem sites, blogs, fóruns e redes sociais; e 'fontes orais' que focam as histórias partilhadas entre amigos, familiares ou profissionais de saúde. Os tipos de informação listam os conteúdos que os sujeitos relevam nas suas narrativas quando se referem a cada fonte de informação

Quadro 4 – Fontes e tipos de informação

Fonte de informação		Tipo de informação
Fontes escritas especializadas	Livros 'auto-ajuda'	<ul style="list-style-type: none"> • Livros de Alexandra Solnado
	Livros 'científicos'	<ul style="list-style-type: none"> • Livros de Steiner • Psicologia positiva (felicidade) • Livro do Deepak Chappra (medicinas orientais) • Livro de Maria José Costa Félix (bem estar interior)
	Livros 'técnicos'	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de respiração • Técnicas de confeção de alimentos • Reeducação alimentar/Dietas • Técnicas de massagem • Auto-cura • Ácidos (alimentos) • EE's • Plantas e ervas medicinais
Fontes mediáticas diversas		<ul style="list-style-type: none"> • Vida saudável (promoção da saúde) • Informação geral

<i>Fontes virtuais</i>	<i>Blogs, fóruns, motores de busca</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chás e ervas</i> • <i>Produtos alternativos</i> • <i>Dietas</i> • <i>Doenças (sintomas)</i> • <i>Medicamentos (convencionais)</i>
<i>Fontes orais (leigas e periciais)</i>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aconselhamento de práticas e terapêuticas</i> • <i>Remédios/mezinhas caseiras</i> • <i>Alimentação</i> • <i>Práticas corporais/espirituais</i> • <i>Histórias de saúde/doença (episódios)</i>

Na análise das narrativas evidencia-se uma disposição tanto dos homens como das mulheres de interesse na informação sobre saúde, existindo uma maior tendência das mulheres para uma atitude ativa de pesquisa de informação mais específica, sobretudo de resposta mais imediata a episódios de doença ou de mal-estar, e nos homens a existência de interesse no tema, mas que não se traduz numa procura intencional deste tipo de informação. O facto de, na maioria dos casos, as mulheres desempenharem o papel de cuidadoras no espaço doméstico, não só de si, mas também dos filhos, pode ajudar a compreender esta maior disponibilidade das mulheres na procura ativa e aprofundada de informações sobre a saúde.

Gosto da área e sempre que aparecem notícias nos jornais ou na internet sobre isso (medicinas alternativas) são assuntos que gosto de ler. Depois, como tenho muitos amigos que recorrem sobretudo às medicinas alternativas também os oiço falar e vou sabendo do que se trata porque sou curioso. Mas não ando à procura de informação porque não tenho necessidade, sobretudo isso.

Homem, 38 anos, licenciatura, bancário.

Desde há dez anos para cá que procuro alguma leitura sobre o bem-estar interior. Há muitos anos, encontrei um livro de M^a José Costa Félix sobre o bem-estar interior e gostei de me "embalar" nessa leitura tranquilizadora que, enfim, foi o começo de uma nova abordagem na minha vida. Foi esse o marco daquilo que se diz "baixar a fasquia" para connosco quando somos muito exigentes. Comecei a comprar livros sobre as artes culinárias recomendadas para o bem-estar, e num desses livros sob o título "desintoxicação do corpo, da mente e do espírito", da coleção ou editora "civilização(...)" Eu não leio os livros: eu estudo-os e tento tirar

o máximo proveito daquilo que eles me ensinam. É assim que tenho feito o meu "caminho" e sobrevivido às contrariedades da vida. Procuo leituras que me ensinam alguma coisa e que tenham lógica substantiva. Não perco tempo com leituras "alucinatórias" de visões do além por interposta pessoa, etc. do tipo Alexandra Solnado. Considero-a até perigosa para os mais "ingênuos". Não acredito em nada disso. Leio o Deepak Chopra, médico endocrinologista, conceituado, que sabe "arrumar" o discurso escrito e leva ao bom entendimento de uma abordagem das medicinas orientais. E por aí.

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada.

As **fontes escritas**, quer as especializadas, quer as mediáticas, parecem ser utilizadas como fontes de informação mais aprofundada sobre práticas, consumos e técnicas de cuidados com a saúde. As narrativas expressam aprendizagens múltiplas ao nível de filosofias de vida e de saúde como a ‘auto-cura’, de técnicas de respiração e de massagens, de reeducação alimentar, a partir da leitura de livros.

Eu acho que a leitura de um livro que foi importante para mim, que eu li numas férias, e que me fez recentrar a minha...ahh...que me fez encontrar um modo de lidar com o meu corpo, com o meu bem-estar ou com o meu desconforto físico...e que foi um livro que falava do poder da auto-cura...e que era um livro que me galvanizou porque, de algum modo, era aquilo que tinha a ver comigo...e foi um momento...é, eu acho que sim...foi um momento de viragem...na relação comigo e com o meu corpo. Esse livro defendia a existência do nosso corpo como uma entidade que integrava vários (não percebo), a ideia dos chacras, de vários níveis energéticos no nosso corpo. Introduzia também um conceito que achei muito interessante e que nunca tinha ouvido falar que era o de “bolha”, a bolha em que vivemos. Ou seja, nós rodeamo-nos com um universo ou de uma vida que é muito mais construída por nós ou pela percepção que nós temos das coisas do que propriamente pela realidade. Ou seja, a nossa vida é em boa parte construída em função da percepção que temos dela, e não daquilo que ela é na realidade.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário

Agora, as leituras têm-me aberto o espírito e despertado para tomar as atitudes mais acertadas para ter mais saúde e qualidade de vida. Por exemplo aprendi, através de leituras, a fazer alguma meditação, concentrar-me mais em mim. Aprendi, sozinha, através da leitura, as técnicas da respiração. Aprendi a fazer movimentos que me libertam os tecidos que eu tenho muito repuxados...a pele não estica, sinto-me amarrada...então faço massagens com azeite...azeite de oliveira...no sitio da cicatriz e da mama...faço alguns exercícios libertadores das tensões...e que me ajudam a circulação sanguínea e linfática. É por aí...!

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada.

As **fontes virtuais** surgem nestes discursos como um recurso rápido para esclarecimentos sobre sintomas e doenças e possíveis respostas, muitas vezes sob a forma de partilha de experiências nas redes sociais virtuais, ou ainda através de buscas em sites, blogs ou fóruns de discussão.

Ah, isso costumo recorrer à internet...por exemplo nesses miomas fui logo à internet ver o que é. Se for uma coisa mais grave vou logo ao hospital, porque a medicina alternativa não dá assim uma resposta logo de imediata. (...) Portanto, vou ao médico, e depois posso ir à internet por curiosidade, para saber o que dizem sobre determinada doença ou assim.

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora universitária.

Sim, já estive na internet... quero dizer até o Centro de Saúde tem sempre um cartaz a dizer que quando se tem este problema vai ao vê, vê vê não sei, www não sei quê...só que depois não tem seguimento. Tem uma tabela que diz diagnóstico, uma pessoa clica e fica um vazio, ao menos uma altura quando eu fiz ...

Mulher, 40 anos, doutoramento, professora universitária.

Outra fonte importante de troca de saberes e experiências é a **oralidade** com familiares, amigos e outros conhecidos, através de histórias, experiências e conselhos de práticas e terapêuticas.

Mas foi a professora da M. (filha) que nos aconselhou a este homeopata...sim... também fui muito procurar a professora porque pensei que a dor de cabeça pode ser que ela tenha lá algum stress na escola...

Mulher, 40 anos, doutoramento, professora universitária.

Tenho uma amiga, uma grande amiga na Alemanha que tem quatro filhos e ela tirou muitos cursos de medicina alternativa e antropofosia de Rudolf Steiner, não sei se conheces, ela fez cursos nisso e ela quando teve cá e viu os nossos remédios: o clavamox, o antibiótico ficou parva. E mesmo solicitando ou não, quando estou em casa dela, ela... depois eu saio da casa e ela dá-me um frasquinho com não sei quê (risos) ...e... pronto faz-me uma pequena lavagem de cérebro pedindo ou não (risos).

Mulher, 40 anos, doutoramento, professora universitária.

Na minha família existem muitos enfermeiros e médicos. É com eles que muitas das vezes trocamos impressões. Eu gosto de falar com eles porque aprendo sempre muitas coisas, aconselham-me certas coisas, até algumas leituras...se bem que eu gosto de procurar por mim também...outras coisas...de outras áreas...mais

naturais....que possa ser eu a fazer, como as culturas da horta, por exemplo, as propriedades das ervas e das plantas...isso fui aprendendo com leituras que fiz.

Mulher, 38 anos; 12º ano, secretária.

Ainda baseado nas fontes orais utilizadas pelos sujeitos surgem as informações recolhidas junto dos profissionais de saúde, tanto da medicina convencional como da alternativa. Esta fonte de conhecimento é sobretudo referida no que diz respeito às situações de doença, tanto ao nível da compreensão dos diagnósticos como das terapêuticas.

Mas essencialmente é a credibilidade das pessoas (profissionais de saúde) quando elas falam. Porque lá está, nós já temos conhecimento de variadíssimas coisas e as coisas têm que encaixar minimamente com a perceção que nós temos das coisas. Depois também tento perceber alguma coisa do que eu vou fazer, para ver se encaixa na minha lógica, e se aquilo faz sentido ou não faz sentido.

- Consegue explicar-me melhor?

Lá está, mesmo qualquer medicamento eu também gosto de perceber como é que aquilo funciona, e nas alternativas também é o mesmo...preciso que me expliquem e o que me dizem faça sentido para mim, tenha lógica.

Mulher, 37 anos, licenciatura, engenheira alimentar.

Sobressai desta análise sobre os tipos e fontes de informação a relação que os próprios sujeitos têm com a procura e utilização da informação em saúde, ou seja, como se posicionam face á informação e aos saberes. Assim, os recursos centrados no próprio sujeito são também invocados nesta relação, reforçando, algumas vezes, um movimento reflexivo individual nem sempre percecionado como partilhável.

Estas são escolhas pessoais, são escolhas subjetivas. Eu não posso falar com outra pessoa sobre uma experiência que é do meu próprio corpo. A outra pessoa tem outro corpo e outra experiência completamente diferente...Eu posso referir, posso partilhar a experiência...mas também pode acontecer que a outra pessoa não se preocupe de todo com a saúde ou que a referência da medicina é tudo o que ela precisa e quando se sente mal vai ao médico, toma o comprimido e não pensa mais nisso. (...)

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário

Outos sujeitos assumem um papel ativo no sentido do debate das informações sobre as opções terapêuticas e de saúde, avocando, em alguns casos, posições igualitárias no diálogo com os saberes e os ‘detentores’ dos saberes especializados.

Um contributo que eu tenho muito grande para a minha vigilância toda é a informação...que...nós temos. Não é só a informação disponível, é a própria formação das pessoas...faz com que...e é essa...eu acredito que as pessoas quanto mais escolarizadas são melhor se defendem! Defendem-se melhor de tudo...e portanto é uma mais valia que eu tenho...o facto de eu ter um curso superior, de ser muito estudiosa, de investigar muito, de estar sempre, sempre ...isto faz com que eu esteja sempre atenta...sou observadora por natureza! Eu considero-me uma pensadora também! Não só da saúde, mas também das políticas, das filosofias de vida...sou uma pensadora...e portanto isso é uma mais valia...um dom...que eu possa ter...que eu tenho! E eu tenho tido um grande proveito pessoal com isso! Também pergunto aos médicos se devo rastrear isto ou aquilo, ponho-os no meu lugar para saber o que é que fariam...jogo assim com eles: “Se estivesse no meu lugar, o que é que fazia

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada.

Nas fontes e tipos de informação utilizados pelos nossos entrevistados, percebemos, pela análise dos discursos que existe uma atenção generalizada com a temática da saúde, que é filtrada, nas fontes, nos conteúdos, e nos meios utilizados pelos próprios sujeitos. A leitura e a oralidade contam histórias e concepções de saúde que vão sendo abandonadas e esquecidas, ou retidas e interiorizadas pelos sujeitos, sendo, posteriormente negociadas no quadro dos seus valores de vida e dos seus apelos em termos de saúde e de doença.

A procura ativa de informação é expressiva nestes entrevistados sendo as fontes virtuais e orais os recursos mais utilizados para situações de resposta a doenças ou sintomas de doença, e as fontes escritas especializadas os principais recursos para novas aprendizagens sobre práticas, técnicas e comportamentos de saúde.

Capítulo 4 – Sentidos e lógicas leigas de ação.

Nesta dimensão centramos a análise nos **sentidos e lógicas associadas à ação** subjetiva dos indivíduos em relação à saúde. É uma dimensão cujas categorias são mais amplas

do que na dimensão anterior, tendo por objetivo apreender e sistematizar os sentidos e as lógicas de ação que estes sujeitos revelam na sua relação com a saúde e com a doença.

Quadro 5 - Síntese das dimensões e categorias de análise de conteúdo - Sentidos leigos de saúde e doença.

Sentidos e lógicas leigas de ação	Conceções	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde-reserva • Saúde-bem estar • Saúde-construção
		Doença	<ul style="list-style-type: none"> • Doença-interrupção biográfica • Doença-libertadora • Doença-desequilíbrio
	Sistemas de referência	Médicos Periciais	<ul style="list-style-type: none"> • Convencional • Alternativo
		Leigo	<ul style="list-style-type: none"> • Leigo popular/tradicional • Leigo familiar/amizade • Leigo mediático/virtual
	Consumos de saúde significantes	Produtos/suplementos 'alternativos'	<ul style="list-style-type: none"> • Referências positivas • Referências negativas
		Medicamentos (convencionais)	
		Remédios e mezinhas caseiras (populares)	
		Outros consumos (leigos)	

A análise desta dimensão foi realizada tendo por base categorial as ‘concepções de saúde’, as ‘concepções de doença’ os ‘sistemas de referência’ e os ‘consumos significantes’. Nas ‘**concepções**’, tanto de saúde como de doença, tentamos situar este grupo de indivíduos relativamente aos seus entendimentos sobre a saúde e doença, numa análise categorial herdeira das representações sociais de Herzlich (1969).

Na categoria dos ‘**sistemas de referência**’ dividimos a nossa análise entre os sistemas médicos periciais evocados e os sistemas de referência leigos. Freidson (1984) é um dos autores que introduziu o conceito de ‘sistema de referência leigo’ para designar os comportamentos relacionados com a forma de gestão da doença, defendendo que o sistema médico ignora o conhecimento leigo. Kleinman (1984) contribuiu também para este entendimento dos sentidos leigos associados às vivências da saúde, afirmando que todas as atividades relacionadas com os cuidados de saúde são respostas organizadas socialmente face às doenças e podem ser agrupadas no que designou por sistema cultural de cuidados de saúde.

Nos ‘**consumos significantes**’, focamos as lógicas de ação e de significação da pluralidade de consumos de saúde referenciados nas narrativas, associadas aos diversos sistemas médicos e leigos detalhando o tipo de referências positivas e negativas que os indivíduos lhes atribuem.

4.1. Concepções de saúde

As referências à saúde e ao saudável são diversas e muitas vezes aparecem, num mesmo entrevistado, com sentidos aparentemente contraditórios. Sabemos que não se tratam de contradições, mas de referenciais múltiplos, plurais que se cruzam quando os indivíduos tentam refletir e organizar o seu discurso numa narrativa nem sempre anteriormente refletida. Nesse sentido, nem sempre é fácil a análise das concepções da saúde e do

saudável, porque nesta tentamos desagregar para descrever o que surge muito imbricado e denso nas falas dos sujeitos.

Retomamos aqui as representações sociais de saúde de Herzlich, adaptando-as aos conteúdos encontrados nestas narrativas, o que nos permite dividir esta categorias em ‘saúde-reserva’, ‘saúde bem-estar ou equilíbrio’ e ‘saúde-construção’.

Uma das concepções encontradas nos nossos entrevistados é a de **saúde-reserva**, centrada na ideia de saúde como algo que é natural ao indivíduo, que lhe pertence até ser destruída ou abalada por algo exterior. Esta concepção de saúde surge sobretudo nas narrativas dos sujeitos mais velhos, e mais marcadamente naqueles que referem a vivência de episódios marcantes de doença nas suas trajetórias pessoais.

A nível da infância eu suponho que nasci com alguma saúde e com uma predisposição para a sobrevivência porque os meus pais já tinham 2 filhos e não queriam ter mais nenhum, e a minha mãe lá tomou umas coisas e tal para abortar...mas eu sobrevivi a isso, nada me afetou. (...) Pronto, nunca me preocupei e sempre me gabei até para aí aos 40 que nunca iria ter um cancro! Na minha família não havia cancros, sempre tive muito bom aspeto, parece que tenho muito menos idade do que aquela que tenho de facto, sempre fui assim...e sinto até uma certa vaidade por ter esta aparência...e foi assim!

Mulher, 60anos, mestrado, professora, desempregada.

Não, não...eu não tinha problemas nenhuns de saúde. Que problema de saúde é que eu tinha? Não tinha tido nada de especial. Estive lá fora na África, durante a guerra, e não tive nada de especial, depois tive na Alemanha e não tive nada...fumava, pronto, mas isso não devia estar nada relacionado com aquilo que me aconteceu (cancro).Eu acho que aquilo que me aconteceu foi qualquer coisa...não sei...ou qualquer coisa que eu tivesse comido ou não sei...Eu ainda perguntei a eles se foi aquilo dos pólipos...não sei, eles nunca me disseram bem o que era aquilo...não sei....apareceu!

- Quer dizer que não pensava nestas coisas...

Não, eu não tinha problemas de saúde, por isso não pensava. Tinha uma má disposição ou uma gripe, isso toda a gente tem ...Eu tive sempre saúde, desde pequeno, sempre tive saúde! Só depois com a doença...é que comecei a tomar algumas coisas, como já disse.

Homem, 65anos, 4ªclasse, eletricista, reformado.

Outra concepção que surge em alguns destes discursos, cruzando-se com outras concepções de saúde já referidas é a **saúde como equilíbrio ou bem-estar**, que une corpo, mente numa relação de harmonia, de equilíbrio e de tranquilidade. Surge, neste grupo, nos indivíduos que utilizam frequentemente práticas de saúde holísticas, como o yoga, a meditação, o tai chi ou as massagens, sem associação aparente com o grupo etário ou mesmo com as trajetórias de saúde e de doença.

Saúde...saúde não é só física...é estarmos bem no corpo, mente e espírito. A tranquilidade, para mim, é o símbolo máximo da saúde. Quando estamos assim muito tranquilos, e pensarmos que estamos tranquilos...isso é que é saúde plena!

Mulher, 60anos, mestrado, professora, desempregada.

Eu considero que a medicina não pode estar mais distante do meu conceito de saúde do que está neste momento...Eu acho que a altura em que me senti melhor foi precisamente uma altura em que eu não pensava na minha saúde, nem sequer me preocupava com situações de desconforto ou de mal estar, de insegurança ou incerteza relativamente ao meu corpo.(...) Para mim saúde é...sentir-me bem.(...)

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

A saúde para mim, é isso mesmo, equilíbrio e paz. Quando sentimos isso estamos saudáveis de certeza. Eu vejo assim.

Mulher, 32 anos, licenciatura, professora línguas.

Em alguns entrevistados surge uma outra concepção de saúde que podemos denominar de **saúde-construção** e que aqui se divide em dois tipos de discurso nem sempre excludentes: um marcadamente mais político e ideológico, no qual a saúde surge como um estado que é possibilitado através das estruturas que enquadram a vida, seja nos espaços domésticos ou na segurança económica e profissional, seja nos sistemas públicos como o médico ou o de segurança social.

Se pensares que a saúde é uma pessoa estar bem e que é viver bem numa sociedade, ser feliz... pronto aí já tens outras preocupações não é... acho eu...! As pessoas ficam desempregadas, é uma enorme falência, as pessoas trabalham e o dinheiro que recebem não dá para as despesas é um enorme... stress... isso tem influências a todos os níveis então não é? É evidente que tem, quer dizer vai ter

uma enorme influência e depois há a crispação social que por sua vez também vai alterar todo o jogo de forças existentes...Que entram noutros campos sei lá...campo político, queres mudar as coisas, campo social, queres fazer outra coisa qualquer, não é, mas aí já não é tanto saúde em termos de doença....mas é saúde.

Homem, 49 anos, mestrado, professor Karaté.

Ah... é terrível! É terrível! O meu quarto é uma preocupação que também tenho. As paredes estão sempre com bolor... muita roupa que eu tiro do meu guarda fato tenho que por a lavar antes de vestir e... não, é uma preocupação que eu tenho. A L. (filha) agora, dizem que talvez tem sinusite, também pode ser algo provocado por esta porcarias não é... mas pronto, o que eu ia dizer em relação ao espaço exterior ah... nos podíamos para aquilo que pagamos aqui também ter um apartamento com mais duas assoalhadas talvez um apartamento talvez com menos humidade, mas aí, para sairmos para o ar livre teríamos de nos organizar não era abrir somente a porta não é? Eu dou muito valor a isso, especialmente para as crianças. Eu posso para mim imaginar se eu tivesse uma pequena varanda ou um espaço onde eu posso pegar no meu livro e o meu cafezinho e meto-me no quarto muito perto não é, mas...mas para as crianças eu gosto muito e especialmente a M. (filha) e a K.(filha) ...têm muita energia ...E precisam deste...espaço (...).

Mulher, 40 anos, doutoramento, professora universitária.

Outro discurso coloca a ênfase num processo mais individualizado de construção da saúde. A saúde é entendida como um processo que depende do que o sujeito individualmente consegue fazer com os recursos que tem na sua vida. Um dos entrevistados chega mesmo a referir que para ele o arquétipo de pessoa saudável é o ‘criativo’ o que nos remete para Astin (1998) quando refere a utilização das ‘medicinas alternativas’ por sujeitos que se enquadram em valores culturais de vida alternativos, de contra cultura, designando-os de ‘criativos culturais’.

O sentir-me uma pessoa saudável tem a ver com o aqui e o agora. A vida saudável tem a ver com a vida que eu tenho levado, o que está para trás de mim e com o que vou viver. Eu, neste momento, posso sentir-me saudável, mas eu tenho a noção que, anos e anos e anos com uma determinada profissão, fazendo coisas que nos desgastam, que nos causam stress dia após dia, estando sujeito a isto, haverá momentos em que eu não me sinto assim, não me sinto saudável, ou seja, eu acho que viver saudavelmente é alguma coisa que nos ajuda a crescer, a desenvolver, a ficar melhor.

Para mim o arquétipo de pessoa saudável é o criativo...quer dizer...é uma pessoa que tem uma forte relação com as coisas que cria e a vida para essa pessoa são as coisas que cria. Para mim, uma vida saudável é ser capaz, desde que nascemos até morremos, estarmos envolvidos num projeto criativo, num projeto que nos absorva, que nos apaixone, que seja o motor das nossas vidas.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

As concepções de saúde pulverizam as narrativas de acordo com os fatos ou reflexões a que se associam na situação de entrevista, ou seja, não podemos afirmar que a cada entrevistado corresponde uma concepção de saúde. Os sujeitos articulam nas suas concepções elementos de mais do que uma categoria e apresentam diferentes concetualizações ao longo dos tempos com que reconstróem as trajetórias. Não se fala de uma saúde, mas de várias saúdes - entre os vários sujeitos, e mesmo num único sujeito - que se constroem nos discursos consoante os tempos das memórias a que se recorre ou os episódios concretos narrados. Assim, por exemplo, em algumas narrativas, a 'saúde-reserva' do passado transforma-se numa 'saúde-bem-estar' que se pretende construir no presente, face às ameaças e pressões da vida atual.

4.2. Concepções de doença

Embora o foco do nosso estudo seja a saúde, a análise das concepções de doença que emergem nestes discursos permite-nos entender melhor os sentidos e os significados associados aos protagonismos alternativos na saúde, uma vez que estes conceitos surgem encruzilhados nos processos de vida, e algumas vezes é a doença, individual ou vivida na proximidade, que marca os entendimentos e as trajetórias de saúde. Recorremos, na análise das concepções de doença, a Herzlich (1969) e a Michel Bury (1982) que nos dão suporte para as categorias de doença: 'doença-interrupção biográfica'; 'doença-libertadora'; e 'doença-desequilíbrio'.

A doença aparece, também em alguns destes discursos, como interruptora da vida no sentido da **interrupção biográfica** de Michel Bury (1982) e até mesmo da identidade pessoal, surpreendendo o sujeito, que tem dificuldade em entender as suas causas e aceitar o acontecimento entendido como 'injusto'. Esta pode ser vivida na primeira pessoa ou através de experiências com pessoas próximas.

Tive a sorte de ser tratada no IPO pelo melhor hematologista que lá estava, na altura do meu problema oncológico. Fui confrontada com o diagnóstico sem pensar de imediato que deveria fazer tratamentos para sobreviver. Pensei que ia morrer, que a minha vida tinha acabado ali, e que, depois de ser algo cuidadosa com algumas coisas, de não ter casos oncológicos na família nem no meu círculo de amigos, como é que isso me podia acontecer? Fiquei esclarecida que nada tem a ver, na maioria das vezes, com herança genética... acontece "nas melhores famílias" ... nas pessoas cuidadosas ... nas pessoas "supostamente" saudáveis, que era como eu me julgava a catalogava.

Mulher, 60anos, mestrado, professora, desempregada.

Eu acho que a questão da saúde começou a ser mais importante quando eu passei por um episódio quase traumático, senão mesmo traumático de um familiar e que me fez pensar nesta questão da finitude...um dia o corpo não vai fazer aquilo que nós queremos e vai adoecer e nós não vamos resistir...e iremos...morrer...de modo que a partir dessa altura fiquei preocupado, ou mais preocupado com a saúde do meu corpo.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

- Mas fala disso com base em alguma experiência pessoal...

Não...mas talvez porque muitos familiares meus estiveram internados, em hospitais...e isso foi sempre uma experiência muito desagradável. E eu associei sempre a experiência de gente doente a ser tratada pela medicina tradicional ao sofrimento...ao isolamento das pessoas, à desumanização inevitável de uma permanência prolongada num hospital...ao modo abrutalhado, indelicado com que enfermeiros e médicos tratavam das pessoas.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário

Mas a doença, sobretudo a doença 'benigna', de sintomatologia ligeira, surge também como um acontecimento com uma **dimensão libertadora**, num sentido idêntico ao da interrupção da vida, mas desta vez, num intervalo de tempo que se antecipa como sendo de curta duração, e com vantagens para o sujeito doente.

Ai,sim, sim, eu como era a mais nova, era tudo feito com muito mimo, com muita festa. Não tínhamos problemas económicos...e isso foi uma coisa muito boa porque para mim toda a infância foi uma festa. Estar doente em minha casa era uma festa! Tinha mais mimo...era uma festa! O Sarampo, quando tive o sarampo, eu e os meus irmãos...era uma festa! De tal maneira que depois, aos 7 anos, quando fui para um colégio e tive a gripe asiática...queria o mesmo mimo... e fiz umas cenas tremendas porque queria o mesmo mimo...mas pronto, sobrevivi...queria mimos, queria só torradas e não sei o quê...mas sobrevivi.

Mulher, 60anos, mestrado, professora, desempregada.

A ‘doença-libertadora’ é uma concepção que encontramos, sobretudo, ao nível dos discursos de reconstituição das memórias de infância dos próprios ou nas referências à doença ligeira dos filhos.

(...) e lembro-me que quando estava doente estava na...ou na cama dos meus pais ou no sofá, menos no quatinho isolado, não é? Porque estava no primeiro andar o meu quarto. Acho que as crianças doentes nunca estão nas suas camas. Tenho essa ideia, as nossas (filhas) também não estão na cama delas quando estão doentes.

Mulher, 40 anos, doutoramento, professora universitária.

Observamos ainda um discurso que entende a doença, mais do que a saúde, como um processo natural, uma forma de equilíbrio instável ou de desequilíbrio, com que os sujeitos devem aprender a viver, adaptando-se aos diferentes estados de dor ou de sofrimento, ou recorrendo a práticas que o possam reequilibrar.

Não sei uma pessoa nem nota, uma pessoa vai tendo as coisas e não sei quê... As dores fazem parte também. (...) Pois acho que ... acho que o nosso estado natural é estar doente não é, acho que a doença, faz parte... é o nosso estado natural é estar doente só que a nossa sensibilidade é que vai mudando, sei lá uma pessoa adapta-se, tem uma sensibilidade à doença, adapta-se à doença. Por isso tens os hipocondríacos não é? Podes encarar os hipocondríacos como uma doença, uma tara, uma paranoia. Mas não é! O hipocondríaco é alguém que tem uma sensibilidade exagerada ao estado em que todos estamos que é doentes. (...)

Homem, 49 anos, mestrado, professor Karaté.

Quando estamos desequilibrados por qualquer motivo acabamos sempre por nos sentir doentes, uma dor aqui ou acolá, mal-estar, pouca energia, por aí. A saúde para mim é isso, equilíbrio e paz. Quando sentimos isso estamos saudáveis de certeza.

Mulher, 32 anos, licenciatura, professora, desempregada.

4.3. Sistemas de referência

A informação relativa aos sistemas de referência evocados pelos nossos entrevistados foi sistematizada em duas sub-categorias que os dividem em sistemas médicos periciais utilizados (convencional e alternativo) e sistemas de referência leigos (popular, familiar/amizade e mediático/virtual).

4.3.1. Sistemas médicos periciais

Como já referimos Kleinman (1984) é um dos principais autores de referência no entendimento dos sentidos leigos associados às vivências da saúde, afirmando que todas as atividades relacionadas com os cuidados de saúde são respostas organizadas socialmente face às doenças e podem ser agrupadas no que designou por sistema cultural de cuidados de saúde. Neste sistema Kleinman definiu três sectores de conhecimento sobre a saúde e a doença: o profissional (da ciência ocidental), o alternativo (que inclui o tradicional e o complementar) e o leigo (popular). Decidimos aqui isolar os dois sistemas médicos baseados na pericialidade – convencional e alternativo – do sistema leigo que abordaremos de seguida.

O quadro relativo aos sistemas médicos periciais utilizados por este grupo de sujeito (quadro 6) apresenta a utilização referida pelos entrevistados relativamente aos recursos de cada um dos sistemas médicos. Podemos observar que surge fortemente evidenciada uma divisão das ‘coisas da doença’ centrada no sistema biomédico, convencional e as ‘coisas da saúde’ que aparece mais associada com os sistemas médicos alternativos.

Quadro 6 - Quadro síntese das associações aos sistemas médicos periciais

<i>Sistemas médicos periciais</i>	
<i>Convencional (Biomédico)</i>	<i>Alternativos</i>
<ul style="list-style-type: none"><i>Químicos</i>	<ul style="list-style-type: none"><i>Natural/Holismo</i>

<ul style="list-style-type: none">• <i>Conceptualização da doença/disfunção</i>• <i>Prevenção da doença (comportamentos saudáveis e não-saudáveis)</i>• <i>Vigilância/diagnóstico de doença (exames);</i>• <i>Tratamento da doença (aguda/emergência);</i>• <i>Eficácia de ação na doença (rapidez)</i>• <i>Confiança/validação pericial (rigor/credibilidade/ciência)</i>• <i>Exclusão (papel passivo do sujeito)</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Conceptualização da saúde/equilíbrio</i>• <i>Concetualização doença/desequilíbrio</i>• <i>Compreensão e tratamento de desequilíbrios</i>• <i>Reforço/fortalecimento da saúde/defesas</i>• <i>Reforço/restabelecimento do bem-estar/harmonia;</i>• <i>Compensação de terapêuticas/farmacologia convencional</i>• <i>Doença crónica</i>• <i>Empatia pericial (compreensão)</i>• <i>Participação (papel ativo do sujeito)</i>
--	---

Os discursos sobre as ‘coisas da doença’, em alguns entrevistados, surgem marcados por uma visão orgânica, mecanicista, funcional de sujeito, claramente referenciada no paradigma biomédico, conhecendo e recorrendo às suas conceções e nomenclaturas para identificar sintomas, doenças ou mesmo terapêuticas.

É que eu sofro de um metabolismo lento que afeta o fígado e, sabe-se lá porquê, fabrico muito mau colesterol. Ora isso faz mal ao coração e fui ao cardiologista. No entanto, depois de fazer tudo muito certinho como o médico recomendou por causa do colesterol, tive efeitos colaterais em relação aos medicamentos. É óbvio que tive que abandonar essa medicação.

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada.

A confiança pericial no sistema convencional, quando surge nestas narrativas, centra-se na ideia de rigor e de cientificidade que se expressa numa relação mais imediata com o médico, entendido como especialista, a quem se solicita, ou de quem se espera

aconselhamento ou mesmo a aprovação de outros cuidados ou recursos utilizados na saúde. Esta confiança surge, em muitos entrevistados, em oposição à desconfiança face à farmacologia utilizada, sendo muito frequente e elevada a percepção dos riscos associados à utilização de medicamentos (pela sua ‘artificialidade’ ou pelos seus efeitos secundários) assim como a resistência à dependência dos rituais de toma dos medicamentos, sobretudo nas situações crónicas.

Eu passava mesmo mal sobretudo na primavera, e ia à médica, fazia os testes (alergia) depois ela receitava-me muitos medicamentos. Houve uma altura, na adolescência em que eu andava pior e ela receitou-me uns medicamentos mais fortes de cortisona e foi aí que me vi gordo pela primeira vez. Acho que criei uma espécie de repulsa à medicina e aos medicamentos.

Homem, 45 anos, 12ºano, técnico de informática.

Porque eu sempre tive alergias e tomei medicamentos durante tantos anos que...(...) para quase todos os problemas que tenho tido, a continuidade de tratamento é para o resto da vida. E isso é cansativo! (...) Qualquer dia parecia uma pessoa de 60 anos carregada de medicamentos para todo o lado.

Mulher, 37 anos, licenciatura, engenheira alimentar.

Neste contexto, a medicina convencional é vista como a resposta inevitável perante situações graves, de doença aguda ou ameaçadoras da vida, como se nestes casos a percepção que os sujeitos têm do tempo disponível para a intervenção justificasse a aceitação dos riscos associados.

Atenção que eu não tenho nada contra os médicos e contra os medicamentos, eles são necessários, aliás, são preciosos em algumas situações e doenças. Já tive algumas situações graves, de acidentes em casa e fui parar ao hospital. Já estive internado duas vezes e só tenho que agradecer aos médicos e aos medicamentos. Sei que sem eles não estaria vivo. Mas também sei que se, no quotidiano, podermos evitá-los melhor.

Homem, 45 anos, técnico de informática.

Os meios auxiliares de diagnóstico que são utilizados pela medicina convencional – análises e exames – são muito referidos nestas narrativas, existindo dois tipos de posicionamentos, um que enfatiza o rigor destes recursos médicos e outro que expressa insatisfação com a ‘impessoalidade’ dos meios de diagnóstico. Alguns entrevistados

referem recorrer à medicina convencional essencialmente numa determinada vertente preventiva, que se materializa na realização de exames de vigilância ou de diagnóstico, pela confiança que sentem no seu rigor, sobretudo em relação à saúde da mulher (sexual e reprodutiva) e à saúde infantil.

(faço os exames) da mulher, mamografia e papanicolau, esses tento ir fazendo de forma regular. Também de vez em quando faço análises de sangue e urina de rotina na médica de família e pronto, é isso.

Mulher, 53 anos, licenciatura, educadora de infância.

Outro tipo de discurso encontrado é marcado pela insatisfação com o facto da relação entre o sujeito e a medicina/médico ser mediada por estes meios de diagnósticos, considerados frios, distantes, e potenciadores de estados de ansiedade. Estes sujeitos sentem-se excluídos do processo terapêutico, quer pela falta de um diálogo mais prolongado com o médico, quer pelo adiamento do diagnóstico e consequente tratamento, em consequência da necessidade de se submeterem a diferentes exames.

Isso só quando tenho uma situação que não consigo resolver e que não passa. Aí vou ao médico e eles agora a primeira coisa que fazem é passar exames. Não tenho paciência para estes circuitos, médico, exames, buscar exames, outra vez médico, medicamentos, se for preciso mais exames e novo ciclo. Fico ansiosa com os exames, a espera dos resultados, etc...por isso muitas vezes nem chego a ir fazer os exames.

Mulher, 36 anos, 12º ano, técnica administrativa

Mas normalmente chegamos ali (médico) dizemos do que nos queixamos, então é aquilo, vai fazer uns exames, espera-se pelo resultado dos exames, e depois em função dos exames dá-se um medicamento. E eu acho que isto é reduzir em muito todo este processo, porque eu acredito que muitas das coisas não têm esta natureza tão física porque a nossa cabeça tem grande influência no que nós temos ou deixamos de ter.

Mulher, 37 anos, licenciatura, engenheira alimentar.

Sim, eu vou lá de 3 em 3 meses, mas é só fazer exames, tipo rastreio, para ver o que eles chamam marcadores. Depois ao fim do ano, é agora em Dezembro é que há uma consulta mais longa, com mais exames, até já fiz uma TAC. E depois

marcam outra vez no calendário para o ano seguinte para ir lá fazer a revisão, as análises, para ver se há ou não alteração nos marcadores. Pronto, é isso.

Homem, 65anos, 4ªclasse, eletricista, reformado.

Apesar das críticas, o sistema biomédico constitui para alguns entrevistados (sobretudo os menos escolarizados) uma das principais referências de autoridade pericial, balizador e até legitimador de práticas de outros sistemas tradicionais, populares, vivenciados e transportados, dentro da família, da infância para a vida adulta.

Primeiro está a medicina normal, depois se houver uma ajuda da parte da natural, deve ser aproveitada, não é? Acho eu! Eu estou convencido que existem muitas plantas que nos podem ajudar, não é? Mesmo que seja praticada a medicina normal, não faz mal nenhum que se recorra à natural! Eu acho mesmo que eles agora estão com ideias de fazer alguma coisa nesse sentido. A maior parte dos médicos não têm conhecimentos do que as plantas podem fazer. E deviam ter mais conhecimentos disso.

Homem, 65anos, 4ªclasse, eletricista, reformado.

No entanto, se a objetividade, o rigor, a eficácia parecem ser facilmente associados à medicina convencional, surge também nestes sujeitos a procura, ao nível da saúde, de um outro nível de entendimento de si, mais subjetivo, e de cuidados mais individualizados. Os sistemas médicos alternativos surgem referenciados essencialmente nos discursos focados na ideia de saúde, na tentativa de a promover, melhorar ou repor. Estes são referidos como respostas mais ‘naturais’ de auxílio no fortalecimento do corpo, no equilíbrio e harmonia do sujeito.

Depois, massagens... faço sempre que posso, é extraordinário, sinto-me mesmo bem. Eu chego lá e parece-me que venho assim do céu, o corpo relaxa imenso, é fantástico.

Mulher, 50 anos, mestrado, investigadora.

A confiança pericial nos profissionais dos sistemas alternativos também surge nos discursos dos sujeitos, não tendo por base o rigor, mas antes a compreensão aprofundada e holística do sujeito. São valorizadas as atitudes dos médicos e terapeutas alternativos, de escuta ativa, de partilha de saberes, de interesse no conhecimento da

pessoa e da sua história de vida, das suas emoções e sentimentos, assim como a técnica, a empatia no ‘toque’ quando se tratam de práticas manipulativas. Nalguns casos a confiança pessoal associada à profissional justifica escolhas de continuidade dentro da mesma família de profissionais de saúde.

Ah pois...eu acho que com o homeopata o contato é mais humano. É mais humano porque ele está ali, é capaz de estar uma hora, conto um bocadinho o que estou a fazer, porque tudo isso conta, do ponto de vista profissional se a pessoa está bem, que problemas é que vive a esse nível, se dorme bem, como dorme, como está com a família. (...) Há um diálogo de não ter posse de todo o conhecimento, há a preocupação de informar o que a pessoa tem. Na medicina não. (...) A medicina está muito focada para a componente física não tanto para a componente social e essa é uma grande diferença.

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora.

O Shiatsu faço há anos e anos...ou seja, desde os meus 20 anos que faço, na mesma casa, com o mesmo terapeuta...quer dizer, já passei pelo pai, pela mãe, pelo filho

Mulher, 48 anos, mestrado, investigadora.

No diálogo com os médicos alternativos os sujeitos sentem abertura para a partilha das suas opções relativas a outros cuidados de saúde utilizados, algo que raramente é referido como sendo possível com os médicos convencionais, mas que surge como um elemento de fortalecimento desta relação de confiança.

(...) sou mais honesta na medicina alternativa porque posso falar abertamente do que faço na outra, do que os médicos me disseram ou aconselharam. E o inverso não se passa porque não há uma aceitação, parece que a pessoa vai à bruxa...então...nunca falo.

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora.

São os próprios sujeitos que se constituem protagonistas da negociação terapêutica entre os recursos disponibilizados pelos diversos sistemas médicos, procurando, muitas vezes sem sucesso, a validação das suas práticas nos sistemas periciais que lhes são significantes.

Sim, eu cheguei a dizer (que tomava suplementos naturais) e eles (médicos de oncologia) disseram-me: ‘você está a dizer isso mas não temos nada comprovado

sobre isso, não podemos saber se isso é ou não é bom'. Eu acho que devia haver uma ligação entre a natureza, estes produtos naturais e a medicina normal, devia haver, não é? Porque os médicos dizem que não têm nenhum conhecimento daquilo.

Homem, 65 anos, 4ª classe, eletricitista.

Sobressaí destas narrativas a vontade leiga em estabelecer um maior diálogo entre os sistemas periciais, procurando neles a validação das suas práticas e concetualizações de saúde, mas que encontra uma melhor disponibilidade e abertura no sistema alternativo do que no convencional, retraindo os sujeitos no questionamento e na complementaridade 'aberta' entre as diferentes práticas, na relação com os profissionais da medicina convencional.

Isto tem que haver aqui um meio termo, temos que encontrar um equilíbrio ...por exemplo se a pessoa está doente, tem cancro...a medicina alternativa não tem resposta para isso e manda-nos para a medicina tradicional. Pronto, o que é que eles fazem? Reforçam, complementam...porque a medicina tradicional é agressiva e relativamente a algumas doenças é o que há! E o meu médico homeopata até não discorda disso. Eu acho que há uma maior aceitação por parte das medicinas alternativas da medicina tradicional do que o contrário. A medicina tradicional não acredita em nada, e o certo é que também existem resultados nas outras medicinas, sobretudo ao nível da prevenção e ao nível do tratamento de alguns problemas, como dei este exemplo de miomas no útero, e a medicina não consegue.

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora universitária.

Sim, recorro aos médicos como também a outro tipo de tratamentos, como já disse. Eu acho que todos deviam trabalhar em conjunto porque a medicina alternativa não substitui os tratamentos da medicina tradicional mas pode complementá-los, o exemplo disso é que há milhares de anos que as ervas medicinais são utilizadas no tratamento de múltiplas doenças, não pondo em risco a saúde. As infusões de folhas de eucalipto sempre foram eficazes!

Mulher, 38 anos; 12º ano, secretária.

4.3.2. Sistema de referência leigo

Para a análise dos sistemas de referência leigos convocamos para além de Kleinman, Freidson (1984) que introduziu o conceito de 'sistema de referência leigo' para designar os comportamentos relacionados com a forma de gestão da doença. Aqui decidimos

dividir este amplo sistema de referência leigo em ‘popular/tradicional’ que foca a herança de saberes e práticas da medicina tradicional, em ‘familiar/amizade’ que analisa as referências associadas com as redes sociais e de pertença dos indivíduos que são recursos referenciais na gestão da saúde e da doença, e em ‘mediático/virtual’ que se traduz nas referências leigas, não especializadas, de saúde que os sujeitos apreendem e resgatam de uma multiplicidade de fontes e de recursos imediatos e disponíveis nos modos de vida contemporâneos.

Como já referimos, existe, claramente, uma distinção entre as falas da doença, a que se associa um sistema de referências pericial, sobretudo, o biomédico, e as falas da saúde que abrem o discurso para outras procuras de cuidados e práticas, quase sempre decididos com base na diversidade experiencial leiga.

Quadro 7 - Quadro síntese das associações ao sistema de referência leigo

<i>Sistema de referência leigo</i>		
<i>Popular/Tradicional</i>	<i>Familiar/Amizade</i>	<i>Mediático/Virtual</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Doença ligeira</i> • <i>Facilidade de utilização</i> • <i>Inocuidade (natural)</i> • <i>Memórias afetivas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Saber fazer</i> • <i>Memórias afetivas</i> • <i>Partilha de redes/estilos de vida</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aprender a fazer (pesquisa)</i> • <i>Conceções de saúde/promoção da saúde</i> • <i>Conhecimento de novas terapêuticas/medicinas/práticas</i>

Assim, sobretudo nos cuidados de saúde e em situações de doença ligeira os sujeitos recorrem, num primeiro momento, ao sistema de referência leigo, que se funda quer na medicina tradicional quer nas histórias de saúde e de doença conhecidas e partilhadas mediaticamente e nos círculos sociais e familiares de cada indivíduo. Os discursos

marcam a existência de memórias afetivas de saber-fazer de cuidados de saúde que se reproduzem intergeracionalmente.

(...) agora, desde pequenina, por razões culturais, porque sou um misto de duas culturas – a europeia e a africana – aprendi, por convivência com as avós, com as tias, por parte da minha mãe que é africana...como é que os ensinamentos tribais conseguem entrar numa cultura europeia...mas que aqueles saberes tribais faziam parte da sobrevivência das pessoas. E houve muitas coisas que eu sempre quis escutar e aprender, desde as ervinhas...aquelas mezinhas todas que se vão usando...eu tive de berço todas essas coisinhas. Portanto as mezinhas fizeram sempre parte da cura da doença dentro de casa. Por um lado, era a medicina convencional, com a medicação e com a visita ao médico, ou do médico ou enfermeiro que ia a casa...mas também cumulativamente a medicina tradicional, tribal também sempre funcionou. Não no sentido da feitiçaria, isso não, mas das ervinhas. Por exemplo, lembro-me perfeitamente dos banhos que a minha mãe nos dava com infusões de folhas, de ervas...ficávamos ali ...para...para limpar, para desparasitar, para limpar a pele...era muito giro, era uma festa.

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada.

O consumo de remédios e mezinhas caseiras sucede associado a um tempo passado de outras vivências e ligações familiares, que se tenta recriar na atualidade, embora com os condicionantes de mudança de lugar, de protagonistas ou mesmo dos recursos disponíveis (agora já não é avó que cuida, já não se está na aldeia, já não se pode ir colher a planta diretamente no quintal ou no campo). Quando estes saberes tradicionais se encontram esquecidos, a internet, assim como as redes familiares, surgem como os recursos utilizados para a sua recuperação.

Na altura...ainda apanhei essa situação de muitos remédios caseiros, da minha avó e da minha mãe....Mas também, o que é que eu tive? Não tive nenhuma doença especial? Era tudo, ou gripes, ou sarampo, ou papeira, ou assim... e elas punham enxuga de galinha, com papel pardo e essas coisas assim...as coisas eram tratadas em casa. A minha avó sabia fazer aquelas mezinhas, para mim e para os meus primos...e só em casos muito graves é que se ia ao médico.

Homem, 65anos, 4ªclasse, eletricitista, reformado

As redes sociais, familiares e sobretudo de amizade, são muito mencionadas na associação com a realização de práticas de saúde como o yoga, a meditação, o reiki, ou o tai chi, muitas vezes introduzidas nesses contatos, e outras vezes mesmo partilhadas na prática em grupo. Neste caso, existe um discurso de saúde associado, que não se

restringe ao cuidado com um corpo/sujeito individual mas que tenta integrá-lo num corpo coletivo de relação com as suas diferentes esferas de existência (emocional, energética, física, profissional) e de relação com os outros, de comunhão com a natureza e com o universo.

É que estamos a falar de campos altamente energéticos, de energia, e nós estamos todos interligados, estamos todos, uns com mais consciência, outros menos, mas estamos todos. E o Yoga abre-te a consciência, descobres, quem tu és...e eu já ando a fazer isto há anos.

Mulher, 44 anos, licenciatura, secretária.

Andamos sempre a correr e estas coisas, estou a falar da meditação, ajudam a parar um bocadinho e a encarar as coisas de uma forma mais calma, menos stressada. Não é fácil porque a vida continua a exigir de nós, mas ajuda muitas vezes, mesmo que seja só por umas horas.

Mulher, 53 anos, licenciatura, educadora de infância.

A pluralidade de referências que marca os discursos dos sujeitos, quer nas conceções, quer nas práticas, realça, na maioria dos casos, uma reflexividade própria, subjetiva, que acompanha os tempos de informação, de experimentação, de avaliação e decisão dos indivíduos, de acordo com os seus contextos de vida e com os episódios que marcam os seus diferentes ciclos.

Olhe, nem sei já, acho que tentei de tudo. Dietas de todos os tipos, nutricionistas, naturopatia, fitoterapia, chás de ervanárias que diziam que resultava, massagens...tudo...até que finalmente encontrei uma coisa que resultou...pelo menos comigo resultou (...)

Mulher, 38 anos; 12º ano, secretária.

A diferença é que, depois dessa consulta (de macrobiótica, no acompanhamento a uma amiga doente oncológica) eu passei a ver esses produtos naturais, ou seja, passei a ter uma sensibilidade diferente de como manter a saúde. Repare, depois de uma pessoa passar por um processo prolongado, em que os médicos não dão qualquer informação sobre alimentação, aliás nem tinham respostas. A pessoa é injectada de muitos químicos, certo? E não é difícil ver que o corpo está completamente contaminado! E a questão era esta: como fazer uma desintoxicação? Como desintoxicar o organismo? E o que é que me levou a este estado? São todas questões difíceis, não é? E há a busca de tentar perceber: primeiro como vou desintoxicar o meu organismo. Ou como, neste caso, a minha amiga! E eu era...como é que eu vou permitir não passar por isto?

Mulher, 48 anos, mestrado, investigadora.

O que eu tento é ir equilibrando as coisas em que acredito mais com as outras que também tenho que gerir. Tento não ser radical...ir vendo daqui e dali, e seguindo a minha intuição...nada fácil.

Mulher, 44 anos, licenciatura, secretária.

Em síntese, a pluralidade de consumos e de práticas de saúde destes sujeitos recorrem a sistemas de saúde diversos, desde o biomédico que atravessa praticamente todos os discursos (surgindo, em alguns dos entrevistados, com a denominação de ‘medicina tradicional’, o que é revelador do modo como este já está incorporado na vida e nas conceções dos sujeitos) até ao alternativo, ao popular e ainda a um sistema mais amplo leigo, construído quotidianamente, que marca as conceções e as práticas de saúde e de doença de alguns entrevistados.

Existe, sobretudo nos sujeitos mais escolarizados, um discurso crítico, fortemente questionador dos riscos e dos procedimentos do modelo biomédico dominante, que se afasta dele em termos de uma identificação conceptual, subjetiva, de um ‘eu-sujeito-ativo’ que não se revê no ‘eu-corpo-passivo’ da medicina convencional, tanto ao nível dos modos de diagnóstico (exames) como ao nível das terapêuticas, colocando oposição ou mesmo rejeitando os consumos farmacológicos convencionais, mas que ainda assim, a ele recorre sempre que a doença (sobretudo a aguda ou grave) interrompe os ritmos e o funcionamento normal de vida. Interrupção que se tenta prevenir, muitas vezes, através do recurso às práticas e consumos das ‘medicinas alternativas’, estas mais associadas à ideia de saúde, de reforço, de fortalecimento, ou de equilíbrio dos sujeitos ou enfrentar, num primeiro momento, com o recurso aos saberes herdados da medicina popular.

4.4. Consumos de saúde significantes

Esta categoria surgiu no decorrer da análise do material empírico encontrado nas nossas entrevistas pelas múltiplas referências a consumos de produtos diversos, farmacológicos, naturais, alternativos, herbários e alimentares. Embora o foco da nossa

análise sejam os sentidos de utilização dos produtos e cuidados das ‘medicinas alternativas’ na construção leiga da saúde, verificamos que estes, em geral, surgem de forma articulada e negociada subjetivamente com muitos outros consumos também considerados de saúde.

Optámos por não deixar perdida esta informação, não só pelo seu interesse objetivo, revelador dos consumos efetuados por estes sujeitos ao longo das suas trajetórias de saúde, mas sobretudo, porque eles nos permitem compreender os sentidos e lógicas que os sujeitos lhes associam. Decidimos agrupar e categorizar esta informação relativa aos consumos por referência aos sistemas médicos e às lógicas leigas que os sustentam, subdividindo-os em referências positivas e negativas de acordo com os sentidos discursivos dos sujeitos. Dada a multiplicidade de produtos referidos, e porque na maioria das vezes, eles surgem nas narrativas, de forma agrupada (por exemplo: massa integral, arroz integral, cereais, frutas biológicas) não fizemos um quadro de correspondências diretas entre cada produto e respetiva referência, mas sistematizamo-los de forma agrupada por cada tipo de consumo: ‘Produtos e/ou suplementos alternativos’; ‘produtos farmacológicos (convencionais)’; ‘remédios e mezinhas caseiras (tradicionais)’; e ‘outros consumos de saúde’.

Os quadros seguintes evidenciam esta diversidade de consumos de saúde referidos pelos entrevistados, bem como a complementaridade utilizada entre os diferentes recursos utilizados. Praticamente todos os sujeitos cruzam consumos farmacológicos e terapêuticos de vários sistemas médicos (alternativo, convencional e popular) evocando lógicas terapêuticas como também de construção de saúde, que articulam ainda com outras práticas quotidianas, sobretudo ao nível da alimentação, que se inscrevem igualmente nas suas conceções de saúde e de vida saudável.

Quadro 8 - Produtos/suplementos ‘alternativos’, referências positivas e negativas.

<i>Tipo de Consumos</i>	<i>Produtos</i>	<i>Referências Positivas</i>	<i>Referências Negativas</i>
	<i>Óleo de fígado</i>		

<p>Produtos e/ou suplementos 'alternativos'</p>	<p>de bacalhau*; Ever-Fit Cardio*; Omega 3*; Ómega 6*; Vitaminas*; Minerais*; Aloé Vera; V2000; SHTTP Forte Ginseng; Comprimidos de alho; Gotas/bolinhas homeopáticas; Fitoterapia Chinesa; Comprimidos para o estômago; Comprimidos para a memória; Equinácia; Cremes corporais; Ervas e sementes (feno grego, linhaça dourada); Produtos biológicos; Produtos macrobióticos; Vinagre de</p>	<p>Drenantes; Anti-inflamatórios; Antidepressivos; Alívio de dores; Compensação de más práticas alimentares; Cuidados corporais (anti-celulite, drenante); Fortalecimento do sistema imunitário; Sensação de bem-estar; Boa disposição; Sensação de leveza; Natural/Inócuo.</p>	<p>Custo elevado Dependência/ritual da toma (medicamentos homeopáticos) Falta de confiança/credibilidade</p>
---	--	---	--

	arroz; Tofu; Soja; Seitan; Alimentos integrais; Probióticos; Bagas; Algas; Argila verde;		
--	---	--	--

(* Produtos que apresentam associações aos dois sistemas: 'alternativo' e convencional)

Os discursos acerca da utilização de **produtos e suplementos 'alternativos'** evidenciam mais associações com referências positivas do que negativas. O argumento negativo que a maioria dos utilizadores refere relaciona-se com a questão económica, ou seja, com o custo elevado deste tipo de produtos, que condiciona o seu consumo. No caso dos medicamentos homeopáticos existe também uma referência crítica por parte de uma das entrevistadas que se refere à dependência do ritual da toma, à semelhança dos medicamentos prescritos pela medicina convencional, embora no caso da homeopatia esse fator seja compensado pela 'ausência de químicos' segundo o argumento utilizado pela mesma entrevistada. Esta ideia – destes produtos 'alternativos' serem naturais, sem químicos, e por isso 'inócuos' – constitui um dos fundamentos que surge com maior evidência nestas lógicas de consumo.

Depois experimento (este tipo de produtos) e se gosto continuo a usar para as mesmas causas. Se não gosto tento experimentar outra coisa para ver se resulta melhor.

- E sente confiança em experimentar?

Sim, em primeiro lugar porque como disse são todos produtos naturais por isso não fazem mal.

Mulher, 53 anos, licenciatura, educadora de infância

No entanto, nem sempre existe uma postura acrítica relativamente à escolha destes produtos resguardada no argumento da inocuidade do 'natural'. A falta de

regulamentação destas ‘medicinas alternativas’ surge, em alguns discursos, como uma preocupação com a confiança e a credibilidade, tanto ao nível dos consumos como ao nível das consultas e das práticas associadas.

Agora eu não compro produtos em nenhuma farmácia homeopata, ou dessas boticas de esquina. Não faço compras dessas, não embarco por aí porque passam à margem de muita fiscalização, de prazos, de datas, e portanto não vou por aí.

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada.

As outras referências positivas associadas à utilização destes produtos dividem-se em dois discursos. Um deles desenvolve-se em torno da ideia de doença, procurando e avaliando estes produtos de acordo com a sua ação na sintomatologia da doença ou como compensação de ‘maus comportamentos’ de saúde, sendo este discurso reconhecido por uma utilização mimética das conceptualizações e da nomenclatura de saúde e de doença biomédica (por exemplo, denominando alguns dos produtos ‘alternativos’ como ‘anti-depressivos’ ou ‘anti-inflamatórios’). O outro discurso encontrado centra-se numa ideia holística de sujeito, de saúde e de saudável, que associa estes consumos à procura de um sentido melhorado de equilíbrio, de bem-estar, de fortalecimento ou de boa disposição individual.

O pluralismo terapêutico e de construção da saúde, decidido e negociado individualmente, encontra, por vezes, aquilo que é percecionado pelos sujeitos como uma dupla legitimação pericial, o que lhes reforça a validade da ação, como se exemplifica com o caso da utilização de vitaminas e minerais, sendo clara a intenção de complementaridade na utilização dos recursos de saúde disponibilizados por ambos os sistemas.

Tomo com alguma frequência vitaminas e minerais recomendadas inicialmente pelo médico cardiologista que, sem dúvida, vão ao encontro também das muitas leituras que faço sobre os comportamentos alimentares na literatura das medicinas complementares e alternativas.

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada

O quadro 9 permite-nos observar o consumo de **produtos farmacológicos (convencionais)** dos nossos entrevistados e as referências que lhes surgem associadas. Verificamos que este tipo de consumo acontece quase exclusivamente relacionado com as situações de doença, sendo a exceção o reforço das defesas ou do sistema imunitário. O consumo farmacológico de auto-prescrição é utilizado nas situações de sintomatologia ligeira de doença (febres, dores de cabeça, dores de dentes) e limitado à referência de dois medicamentos (aspirina e benuron) de venda livre. Estes são referidos, positivamente, pela familiaridade do uso, facilidade de acesso e eficácia da ação, sem qualquer referência a riscos associados.

De resto, todos os outros consumos farmacológicos são referidos como utilizados apenas quando necessário, por prescrição médica, e surgem percecionados de forma dupla: na sua eficácia e na perceção dos seus riscos (efeitos secundários e contraindicações). É notório, no conjunto dos discursos, um posicionamento de alerta, baseado na avaliação e crítica em relação a estes medicamentos, que surge em oposição à tranquilidade associada à perceção de inocuidade dos produtos ‘alternativos’ sempre associados com a ideia de ‘naturais’.

Quadro 9 – Consumos farmacológicos (medicina convencional), referências positivas e negativas.

<i>Tipo de Consumos</i>	<i>Produtos</i>	<i>Referências Positivas</i>	<i>Referências Negativas</i>
<i>Farmacológicos (Medicina convencional)</i>	<i>Analgésicos/Antipiréticos (aspirina, benuron); Anti-estamínicos; Corticóides; Medicamentos p/colesterol;</i>	<i>Rapidez de ação na doença; Eficácia na doença; Conhecimento do uso/ação;</i>	<i>Químico/artificial; Perceção dos riscos; Diminuição das defesas; Efeitos secundários (dores de cabeça,</i>

	<p>Antibióticos (Zitromax);</p> <p>Ventilan (bomba);</p> <p>Broncodiazina;</p> <p>Vitaminas*; Minerais*; Óleo de fígado de bacalhau*; Ever-Fit Cardio*; Omega 3*; Ómega 6*;</p>	<p>Reforço do sistema imunitário.</p>	<p>inchaço, dores de barriga)</p> <p>Desequilíbrio/agressão do/para organismo;</p> <p>Dependência/ritual da toma;</p>
--	---	---------------------------------------	---

(* Produtos referidos em relação aos dois sistemas médicos: 'alternativo' e convencional)

O caso dos antibióticos é expressivo dos dilemas colocados ao *self*, utilizando aqui o conceito de Giddens, sendo a sua utilização a mais referida como já tendo sido experienciada mas simultaneamente a mais indesejada. No contexto de modernidade tardia em que vivemos, o enfraquecimento da autoridade pericial pela coexistência de formas plurais de autoridade num mesmo campo, fortalece as dúvidas dos indivíduos. Assim: “ os modos de conhecimento pericial são alimentados pelo princípio mesmo da dúvida; ao avaliar as reivindicações de autoridades rivais, o indivíduo leigo tende a utilizar esse princípio numa perspectiva céptica que as circunstâncias pluralistas pressupõem quase inevitavelmente.” (Giddens, 1991:180).

O discurso mediático acerca dos cuidados a ter na utilização de antibióticos, em grande parte fundado no próprio sistema biomédico, difundido através da OMS e reforçado pelos discursos dos sistemas médicos alternativos, surge interiorizado nestes entrevistados sob a forma de percepção de ameaça, sendo este um dos motivos evocados para a procura de cuidados de saúde alternativos que possam reforçar o sistema imunitário, prevenir a doença e assim evitar a necessidade de utilização de antibióticos.

Quando fui fazer um apanhado, cheguei a apontar que a L. (filha) em 18 meses tomou 11 vezes antibióticos. Portanto ela chegou aos 2 anos e eu comecei a pensar o que ia ser da minha vida. Porque operar, na altura, estava fora de questão, era demasiado cedo para operar. E eu pensava se ela em 18 meses tomou 11 vezes antibióticos o que vai ser da vida dela? E comecei a pensar que tinha que recorrer a outro sistema (...). E foi aí que recorri à homeopatia.

Mulher, 44 anos, licenciatura, secretária.

Por exemplo a minha filha mais velha tem 4 anos, e há dois anos passou o inverno quase todo a tomar antibióticos. No ano passado, através da homeopatia, conseguimos que ela não tomasse uma única vez antibiótico

Mulher, 37 anos, licenciatura, engenheira alimentar

No entanto, apesar da perceção do risco do consumo de medicamentos em geral, e em particular dos antibióticos, ser muito elevada, estes (sobretudo os antibióticos) surgem nos discursos, como uma inevitabilidade em certas situações de doença, como se constituíssem um último recurso incontornável quando a gravidade dos sintomas já expressa uma situação de doença efetiva, para a qual os sujeitos não conhecem melhor resposta, e desse modo, não oferecendo margem ao sujeito para uma possível responsabilização pela recusa da sua utilização, sobretudo quando se trata de decisões dos pais acerca das respostas terapêuticas para os seus filhos.

(...) e depois também é uma questão de coragem. Quando eu estou...mesmo ainda com a L. (filha), quando estávamos no hospital dona Estefânia e ela tinha otite e eu punha a questão de talvez não arrancarmos logo com antibiótico...ah, mas e depois a infeção vai para o cérebro e fica com...como é que se chama...nem sei o nome...pronto, torna-se logo assim uma coisa que realmente eu tenho que evitar, não é?

Mulher, 40 anos, doutoramento, professora

Também nas doenças crónicas que acarretam alguma perceção de ameaça para os sujeitos, o consumo farmacológico de prescrição médica é consentido, embora em muitos casos, com usos de produtos complementares, quer alternativos, quer naturais ou alimentares que lhes conferem uma perceção compensatória. O binómio intoxicação/desintoxicação surge, variadas vezes, em associação aos consumos

farmacológicos (convencionais)/naturais e alternativos, revelando, nos sujeitos, uma postura avaliativa opositora entre os dois tipos de consumos, mas que subjetivamente, e quase sempre ‘clandestinamente’ os tornam complementares.

Tomo um comprimido todas as manhãs, fraco, mas tomo, porque não quero correr riscos. Mas tomo, por exemplo, chás que ajudam também na hipertensão.

Mulher, 48 anos, mestrado, investigadora.

É que eu sofro de um metabolismo lento que me afeta o fígado e, sabe-se lá porquê, fabrico muito mau colesterol. Ora isso faz mal ao coração e fui ao cardiologista. No entanto, depois de fazer tudo "certinho" como o médico recomendou por causa do colesterol, tive efeitos colaterais em relação aos medicamentos para o colesterol. É óbvio que tive de abandonar essa medicação a conselho de outro médico gastroenterologista. Ou seja, continuo com muita vontade de viver sem os efeitos nefastos dos medicamentos. Perante isso, leio bastante sobre bons hábitos alimentares, e optei por tomar pílulas de ómega 3. Passo muita fome para não arranjar problemas de peso a mais e gordura má no organismo. ... é o preço da minha sobrevivência. ...

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada

Um outro tipo de consumo referido por muitos dos entrevistados são os **remédios e mezinhas caseiras**. Estes constituem, geralmente, os primeiros cuidados em situações de doença ligeira ou sintomas emergentes como febres, dores de garganta, tosse ou má disposição. As referências a este tipo de práticas e consumos surgem, em grande parte dos casos, associados a memórias afetivas localizadas na infância, a que o papel de ser ‘cuidado’ em vez de ser ‘cuidador’ ficou ligado de forma positiva.

Quadro 10 – Remédios e mezinhas populares, referências positivas e negativas.

<i>Tipo de Consumos</i>	<i>Produtos</i>	<i>Referências Positivas</i>	<i>Referências Negativas</i>
	<i>Chás (verde, são roberto; barbas de milho, dente de leão, carqueja,</i>	<i>Eficaz em situações se sintomas leves de doença;</i>	<i>...</i>

<p><i>Remédios e mezinhas populares</i></p>	<p><i>eucalipto, flor de laranjeira, lúcia- lima, cidreira, hortelã-pimenta, limão, roibus, tomilho, cascas de amêndoa, cascas de cebola, orégãos, funcho, centelha asiática, cavalinha, camomila);</i></p> <p><i>Ervas;</i></p> <p><i>Enxuga de galinha; Papos na garganta (linhaça e algodão c/ aguardente);</i></p> <p><i>Gargarejos de sal; Canja/caldo de galinha; Xarope de cenoura; Xarope de mel e limão; Cebola cortada;</i></p>	<p><i>Facilidade de acesso/de uso;</i></p> <p><i>Validação familiar;</i></p> <p><i>Memórias afetivas.</i></p>	
---	---	---	--

Optámos por isolar as referências a consumos da medicina popular (mezinhas caseiras) uma vez que embora esta apareça incluída em algumas das tipologias mais abrangentes de classificação das ‘medicinas alternativas e complementares’ a lógica em que surge aqui referida (com exceção de uma entrevistada que refere que algumas práticas que utiliza foram herdadas de ensinamentos da bisavó que era uma ‘mulher de virtude’, mas

com a qual não teve uma relação direta) é sempre ao nível das práticas caseiras, sem uma relação pericial direta, sendo até algumas vezes resgatadas por meios tecnológicos virtuais. Ou seja, estas práticas de medicina popular não surgem relacionadas com qualquer sistema pericial de cuidados de saúde, não existindo uma associação direta a curandeiros, mulheres de virtude ou endireitas, que neste domínio trariam para estas práticas a expressão de uma relação de autoridade pericial com os leigos que as procuram. Não sendo este o caso dos relatos dos nossos entrevistados, pareceu-nos desadequado integrar estas referências às ‘medicinas populares’ no quadro das restantes ‘medicinas alternativas e complementares’ aqui referidas, uma vez que estas últimas se referem a contextos ‘formais’ de utilização de consultas/terapias, ou seja envolvendo uma relação entre utilizadores e profissionais de saúde.

Nestes consumos são referidos os caldos ou canja de galinha ‘bem quentinha’, os xaropes de cenoura, de mel e limão, os papos na garganta como algo que ultrapassa claramente a dimensão do consumo. Estes constituem, sobretudo, práticas de afeto, de mimo, de confeção caseira, especificamente direcionada para o sujeito que necessita e gosta de ser cuidado, existindo aqui uma compensação da doença que a consegue desvalorizar, assumindo mesmo um carácter de ‘doença-libertação’, como já referimos anteriormente.

Lembro-me da minha avó e da minha mãe usarem este tipo de xaropes caseiros e normalmente resultava bem (...) Os meus avós moravam em trás-os-montes e nem farmácia lá existia. Quando eu ia para lá e alguém ficava doente nunca se pensava em ir comprar um remédio, mas existia sempre uma solução qualquer, um xarope caseiro, uma erva que se ia apanhar para um chá, uns panos quentes ou frios, qualquer coisa, mas a minha avó sempre tinha solução e de uma forma tão calma e tão carinhosa que eu tinha a certeza que ela conseguia resolver.

Homem, 30 anos, licenciatura, arquiteto.

(...) eu como era a mais nova era tudo feito com muito mimo, com muita festa. (...) Estar doente em minha casa era uma festa! Tinha mais mimo...uma festa! (...) Agora, uns cházinhos, uns gargarejos por causa das infeções na garganta...gargarejos com sal, de água com sal....essas coisinhas sempre fiz, ensinei a minha filha a fazer e fomos sobrevivendo.

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada.

Verificamos que em relação a outros **consumos quotidianos de saúde**, a grande predominância é a de utilização de chás e ervas, que claramente se cruzam com o campo tradicional e alternativo, existindo ainda uma preocupação generalizada com as práticas de uma alimentação saudável com referências à preferência por alimentos integrais, de origem biológica ou de uma alimentação de base vegetariana ou macrobiótica.

Quadro 11 – Outros consumos quotidianos de saúde, referências positivas e negativas.

<i>Tipos de Consumos</i>	<i>Produtos</i>	<i>Referências Positivas</i>	<i>Referências Negativas</i>
<i>Outros consumos quotidianos de saúde (leigos)</i>	<i>Alimentação 'saudável'; Água; Chás; Ervas de tempero (funcho, tomilho, giesta, hipericão)</i>	<i>Saudável; Boa disposição; Boa forma física; Sustentabilidade dos recursos naturais; 'Natural', sem químicos; Purificante; Drenante.</i>	<i>Custo elevado de produtos mais saudáveis; Tempo de confeção; Refeições fora de casa (trabalho ou escola); Falta de sabor (da alimentação 'saudável')</i>

Os consumos aqui agregados em 'outros consumos quotidianos de saúde' não surgem diretamente associados a nenhum sistema médico específico, embora derivem do cruzamento leigo entre as conceções e os saberes apreendidos de muitos deles. O consumo de chás, sendo o mais referido, surgem associado quer a uma intenção preventiva, quer terapêutica, algumas vezes limitada à utilização dos chás mais

tradicionais como o chá de limão ou o chá de cidreira, outras vezes, sendo evidente um conhecimento e interesse mais aprofundado, com recurso a leituras e pesquisas sobre os tipos de plantas existentes, modos de preparação das infusões e indicações terapêuticas, e fazendo parte das práticas quotidianas de cuidados de si.

Eu comecei mais com os chás já depois de casado, às vezes sentia-me mal do estomago...e assim...ah, espere...eu comprei...mas já depois de casado...um livro que foi 'Plantas que curam' e foi depois disso que eu comecei a fazer o que ele dizia lá e comecei a gostar.

Homem, 65 anos, 4ª classe, electricista reformado.

Sobressai, dos discursos sobre estes consumos quotidianos de saúde, a predominância de uma argumentação construída na negativa. Ou seja, embora estes chás, ervas ou alimentos sejam referidos como práticas que foram adotadas ou se tentam privilegiar no sentido de uma vida mais saudável, mais 'natural', o discurso organiza-se, na maioria dos casos, em torno daquilo que se pretende evitar ou compensar. A alimentação e as suas práticas, quer na escolha dos produtos quer na sua confeção são, na maioria dos casos, expressões de mudanças ocorridas nas trajetórias de saúde dos sujeitos ou de intenções de mudança. Surgem como enunciações de 'viagens' no tempo e no espaço, quer centradas nas biografias pessoais quer na invocação da memória histórica, social, cultural, coletiva, construindo uma dupla associação opositora entre, por um lado, a alimentação e a vida saudável de um tempo passado, de maior proximidade com a natureza, e uma vida pouco saudável dos tempos atuais, rápidos, fragmentados, que são experienciados na vida urbana; e por outro lado, os prazeres vividos nesse tempo passado de maior liberdade da experiência, e as limitações sentidas no tempo presente de maior vigilância com o corpo e com os comportamentos de saúde.

Muitos dos discursos centram-se, assim, nos comportamentos de consumos e práticas a evitar ou a anular como a ingestão de gorduras e de açúcares, o consumo de carne vermelha, de 'fast food' ou ainda com argumentações mais específicas, o consumo de leite, alho, cebola ou de alimentos ácidos. É clara a existência de conotações afetivas diferenciadas na relação com os diferentes alimentos que se negociam quotidianamente em resposta aos dilemas sentidos entre o prazer (sabor) e o dever (saudável), contrapondo valores hedónicos a valores ascéticos.

Então, tentamos fazer o que o doutor diz, mas nem sempre dá. Pronto, eles não querem que a gente coma legumes e fruta, a comida sem sal, sem gorduras, essas coisas. A gente tenta mas também não se pode comer as coisas sem sabor nenhum, e há coisas tão boas, um chouricinho, um pãozinho com manteiga, uma carninha de porco à alentejana...de vez em quando também sabe bem, não é?

- Vai comendo de vez em quando?

Pois, ainda não estamos mortos! Se depois bebermos um chazinho, olhe que as coisas caem bem, nem chega a fazer mal nenhum. Não é todos os dias, claro! É só de vez em quando...um miminho!

Mulher, 62 anos, 4ª classe, comerciante reformada.

No mesmo sentido, a ingestão de legumes, de peixe, de alimentos sem gordura ou com pouco sal fazem parte dos consumos referidos por estes sujeitos como resultado da sua interiorização da responsabilidade individual sobre os comportamentos saudáveis, mas não surgem, em grande parte dos casos, como práticas espontâneas inscritas nas suas preferências ou prazeres gastronómicos.

Um exemplo interessante é o da ingestão de água enquanto consumo de saúde privilegiado e referenciado por alguns sujeitos. Um consumo que seria esquecido pela sua ‘normalidade’ noutros tempos e espaços de vida, é, na atualidade da vida citadina, (re) lembrado como algo que não deve ser esquecido ou substituído, assumindo mesmo contornos terapêuticos e filosóficos construídos subjetivamente a partir de referências plurais.

(...) a minha avó que chegou aos 97, nunca bebia água fria, por exemplo. A minha avó dizia-me sempre que se eu quisesse ter muita longevidade, nunca bebas água fria, sempre água morna. Eu ainda hoje tenho um ritual, que vim a descobrir que os japoneses também têm, que é beber todos os dias 4 copos de água morna em jejum. E eu bebo, religiosamente. Começo logo de manhã sempre com 4 copos, aqueço...nunca aqueço no micro-ondas, porque o micro-ondas destrói tudo o que a comida possa ter de bom. E mesmo que às vezes aqueça no micro-ondas depois passo pelo fogo porque o fogo queima, não é? Se calhar é mais metafórico, mas os orientais falam disso. Eu colo muito a minha filosofia à filosofia oriental mas só porque de facto ela é muito parecida comigo.

Mulher, 48 anos, mestrado, investigadora.

Em síntese podemos dizer que as lógicas de construção leiga de saúde são construídas e são construtoras dos consumos e das práticas de saúde, os quais são negociados

subjetivamente pelos sujeitos nos seus quotidianos. Estas estão repletas de crenças, de saberes, de informações e de experimentações que se tornaram significantes para os sujeitos. O que observamos na análise desta categoria é que todas as lógicas de consumos de saúde são complementares, não existindo um único caso de um utilizador que apresenta uma lógica de exclusividade de consumos alternativos (ou de qualquer outro) no nosso grupo de entrevistados. Os sujeitos constroem as suas lógicas a partir dos seus contextos biográficos (recursos económicos, situação profissional e pessoal, estado de saúde) fazendo uso dos recursos e dos consumos que lhes estão disponíveis e que têm sentido nas suas conceções de saúde e de doença, ao longo das suas trajetórias.

Podemos, no entanto, observar que os consumos farmacológicos surgem associados às ‘coisas da doença’ muito mais do que todos os outros tipos de consumos que surgem associados às ‘coisas da saúde’, quer na sua promoção, quer na prevenção ou compensação da doença. Apesar da complementaridade evidente entre os diferentes tipos de consumos, as lógicas com que os sujeitos os utilizam estão construídas tendo por base alguns binómios concetuais tais como: natural/artificial; intoxicação/desintoxicação; dever/prazer ou ainda dependência/independência que importa retomarmos na fase da discussão.

.

Capítulo 5 – Trajetórias ‘alternativas’ de saúde

A análise das trajetórias de saúde, essencial para a compreensão do nosso objeto de estudo, não pode ser autonomizada das trajetórias biográficas dos sujeitos e dos sentidos que estes lhes imprimem na reconstrução. A saúde é pensada e vivida em paralelo com as situações de doença, mais ou menos marcantes, e no contexto de vida em que o sujeito se vai percecionando. Deste modo decidimos articular nesta dimensão as racionalidades leigas de saúde com a compreensão dos espaços e dos tempos que definem as trajetórias de saúde narradas por estes sujeitos.

As trajetórias de saúde são marcadas pelas lógicas que os sujeitos imprimem aos diferentes cuidados sobre si e a sua saúde. É bem revelador nos discursos destes

entrevistados, as diferentes funcionalidades e significados atribuídos ao sistema biomédico, ao tradicional e ao alternativo, e os modos de articulação subjetiva construídos pelos protagonistas leigos. O que apresentamos como síntese da análise das trajetórias de saúde são tipificações construídas a partir das interpretações das narrativas, cujas categorias nem sempre são excludentes entre si, e apresentam flexibilidade nos espaços e tempos que são referenciados nas memórias biográficas dos sujeitos.

É igualmente importante referir que os tempos e espaços que aqui definem as trajetórias de saúde dos sujeitos são aqueles que foram lembrados na situação de entrevista, e reconstruídos no discurso a partir das memórias vivas. O discurso é assim, assumido, como uma versão dos factos, e não como o facto, e nesse sentido, ele é analisado e interpretado à luz do nosso quadro conceptual anteriormente definido.

A situação de entrevista não direccionou os sujeitos para nenhum tempo em concreto, para além do presente, mas permitiu que as narrativas se desenvolvessem em torno dos tempos e dos espaços que, para cada um dos indivíduos, se revelou mais significativo nas suas memórias de saúde. Pereira (1991) refere a propósito das técnicas de investigação baseadas na oralidade, a importância de se considerar o uso da memória na interpretação dos dados recolhidos: *“O que o informante seleciona para relatar é muito significativo, da mesma forma que a ausência de certos temas e esquecimentos. Deve-se ter em mente que existe um subtexto nas entrevistas, representado precisamente pelas omissões, esquecimentos e ausências, que deve ser incorporado ao relato como um todo.”*. Os relatos orais permitem-nos compreender o ‘desenrolar do processo’, introduzindo a dimensão tempo na investigação, através do ciclo de vida e da mobilidade social (Becker cit in Pereira, 1991).

Neste sentido, decidimos centrar esta dimensão de análise nos conteúdos narrados em torno das opções e utilizações das ‘medicinas alternativas e complementares’. Começamos por analisar os elementos referentes às ‘**finalidades e constrangimentos**’ de utilização destes cuidados terapêuticos e de saúde. Posteriormente analisamos as ‘**racionalidades leigas alternativas de saúde**’ entendidas como o modo dos sujeitos construírem, no presente, as suas percepções concetuais e agenciais em relação aos

cuidados de saúde que foram utilizando, centrando o nosso foco de análise, nos cuidados alternativos de saúde.

Silva e Alves enfatizam a dimensão sociocultural e experiencial das racionalidades leigas, marcando também a importância do espaço e do tempo nestas construções leigas de saúde: “No vivido, a saúde e a doença (...) são fenômenos do domínio da percepção interpretativa, contextualizada no espaço-tempo em que os acontecimentos são percebidos” (2011:215). Neste contexto, assumimos a ‘**referenciação espaço-temporal**’ como categoria analítica indispensável ao entendimento das trajetórias alternativas de saúde, permitindo-nos focar na relação dos sujeitos com os espaços e/ou tempos de saúde (e de doença) que lembraram e tornaram significantes na situação de entrevista.

Quadro 12 - Síntese das categorias de análise das trajetórias ‘alternativas’ de saúde

Trajetórias ‘alternativas’ de Saúde	Finalidades na utilização	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento/reforço na doença • Prevenção da doença • Promoção da saúde
	Constrangimentos na utilização	<ul style="list-style-type: none"> • Económicos • Familiares/sociais • Confiança/credibilidade <p>Relação entre sistemas médicos</p>
	Racionalidades leigas alternativas na saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Experimentação • Emancipação • Funcionalidade • Compensação
	Referenciação espácio-temporal	<ul style="list-style-type: none"> • Foco centralizador • Afetividade espácio-temporal • Fragmentação da vida • Projeção do futuro

5.1. Finalidades do uso de ‘medicinas alternativas e complementares’

Nesta categoria pretendemos apenas sistematizar o tipo de finalidade atribuída a cada um dos principais recursos oferecidos pelas ‘medicinas alternativas e complementares’. Encontramos algumas diferenças entre o consumo de ‘medicamentos e/ou suplementos alternativos’, a frequência de ‘consultas’ e as ‘práticas terapêuticas alternativas’ quanto à finalidade de tratamento ou prevenção da doença, ou a promoção da saúde.

Quadro 13 – Finalidades da utilização das ‘medicinas alternativas e complementares’

<i>Tipo de utilização/Finalidade</i>	<i>Tratamento/reforço na doença</i>	<i>Prevenção da doença</i>	<i>Promoção da saúde</i>
<i>Medicamentos e/ou suplementos ‘alternativos’</i>	X	X	X
<i>Consultas de ‘medicinas alternativas e complementares’</i>	X	X	---
<i>Práticas terapêuticas ‘alternativas’</i>	X	X	X

(x-com referências; --- sem referências)

Os **medicamentos e suplementos** naturais são utilizados tanto para as situações de doença (na maioria das vezes como reforço ou compensação das terapêuticas convencionais), de sintomas de doença, como também com uma orientação de promoção da saúde. Se no primeiro caso, a utilização dos medicamentos e suplementos

é, usualmente, conseqüente a uma consulta com um médico ou terapeuta do respetivo sistema médico, na prevenção da doença e promoção da saúde, o uso destes produtos é muitas vezes de auto-prescrição ou aconselhamento técnico na loja.

Então eles através da íris conseguem ver quais são os pontos da pessoa mais fracos e eles medicam e normalmente esses produtos têm a ver com a falta de magnésio, de cálcio, de fósforo, de ferro, e de vitamina c...parece-me. E normalmente, eu todos os anos faço um reforço ao nível desses medicamentos, se bem que este ano falhei um bocadinho porque são um bocado caro...e não dá para tudo, não são comparticipados. Agora fui lá há pouco tempo, fui em Julho e ele disse para aparecer lá em Janeiro, vamos lá a ver mas se calhar não vou que não vai dar, se calhar não vou ter dinheiro, mas já sei o que preciso.

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora universitária.

Eu estava com uma depressão, na altura, por falta de serotonina. Portanto, uma coisa mais fisiológica do que realmente problemas psicológicos, que me levam a uma depressão. Era falta de serotonina que é típico numa mulher, ainda por cima no início do inverno, é normal. Mas podemos tomar este medicamento que é 5hnp forte que te repõe os níveis de serotonina. Mas é apenas um suplemento alimentar, não é um químico. Compra-se no celeiro ou no consultório dele...acho que comprei no consultório dele.

Mulher, 44 anos, licenciada, secretária

Eu, quanto a mim, uma das falhas no IPO é na parte da convalescença, não há acompanhamento nenhum, deram-me a lata e pronto. E não deu resultado, cada vez estava a ficar pior, mais magro, sem força nenhuma, ia tomar banho e só via cabelos e peles, e vi que estava a ir. E eu pensei, eu já conhecia o celeiro de ir lá comprar os chás, e fui lá ver se me podiam ajudar. E foi em boa hora! Porque se eu não vou lá, eu estou convencido que eu me tinha ido! E com esse V2000 senti-me logo melhor! Ele até pediu-me para levar exames e isso tudo, ele é um naturopata acho eu que é assim, e ele é que me disse o que devia fazer. E mais tarde fui lá, e ele disse...continue a tomar, e eu continuei a tomar aquilo que ele me disse. E também já lá fui agradecer-lhe, fui lá porque eu sei que foi aquilo que me ajudou.

Homem, 65anos, 4ªclasse, eletricista, reformado.

As **consultas** são referidas, sobretudo, na relação com a doença, quer seja pelas suas capacidades preventivas, quer seja para o tratamento ou fortalecimento de doenças, muitas vezes sendo resultantes do manifesto descontentamento com as práticas experienciadas na medicina convencional, em que os sujeitos, por não se sentirem identificados com o tipo de relação terapêutica, ou por se sentirem desacompanhados

nos processos de reabilitação de um episódio de doença, procuram respostas alternativas que os compensem ou fortaleçam.

Eu comecei a ir a um homeopata através de um familiar que começou a ir....e ir naquela perspectiva de prevenção, não só quando a pessoa está doente mas, pronto, no sentido em que ele me dava aquela ideia de que nós vivemos numa sociedade em que a própria alimentação já não tem a qualidade que tinha, é o stress, é esta vida atribulada em que acabamos por comer mal, mesmo que a pessoa não queira, acaba por não conseguir comer sempre em casa, e já não temos todos os nutrientes que necessita. E pronto, ele deu-me aquela ideia de que a homeopatia não se preocupava só com o tratar a doença mas sobretudo com criar mais defesas no organismo e ao mesmo tempo criar uma perspectiva de saúde, pronto, através dessa preocupação em ter todos os ingredientes que o organismo necessita. Outra perspectiva foi a de que as pessoas não se deviam auto medicamentar através dos produtos naturais, que é outra ideia que as pessoas têm ...vão ao celeiro, vêm esta coisa, ai isto tem esta coisa, tem vitaminas e tal, e compram...e muitas vezes o corpo não tem essa necessidade e não vai fazer bem. E portanto, deu-me esta perspectiva e eu comecei a ir. E comecei a ir porquê? Porque eu sentia-me muito cansada. Não era assim um problema de saúde grave, era sobretudo um cansaço, sobretudo de cabeça.

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora universitária.

Os sujeitos mais utilizadores das **práticas terapêuticas alternativas** são aqueles que desenvolvem as suas narrativas em torno da ideia de promoção da saúde, acreditando que estas práticas ajudam a construir estados de equilíbrio, bem-estar ou harmonia, que para estes sujeitos são sinónimos de saúde.

Ocorreu numa fase da minha vida em que me sentia mais fragilizado, mais cansado e...considero que o Tai Chi me ajudou muito. ... E eu já tinha dito que considero que os orientais têm uma visão muito mais integrada daquilo que é o ser humano relativamente à medicina tradicional. É muito mais fácil no oriente percebermos que o corpo não está separado das nossas práticas e da vida que levamos...e também porque desde muito novo que pratiquei judo e karaté e isso introduziu-me neste tipo de práticas e no bem-estar que elas trazem para as nossas vidas.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Cada vez que eu tinha algo emocional lá vinhas as borbulhas. E o yoga ajudou-me muito, na altura, a estabilizar. E a partir daí parei algumas vezes, sobretudo quando nasceram os meus filhos, mas percebi sempre que nunca podia parar. Quando parava aquilo afetava-me sempre, perdia o norte e descontrolava-me a nível emocional. E desde 2004 nunca parei mais. Para onde eu ia, a nível profissional, procurava sempre ali perto...e não tenho parado, nunca mais desisti.

Mulher, 44 anos, licenciada, secretária

Em síntese, embora seja evidente pela análise das restantes categorias que a relação destes sujeitos com as ‘medicinas alternativas e complementares’ se constrói, maioritariamente, em torno da ideia de saúde, os dados aqui sistematizados - que focam apenas a relação entre os tipos de utilização destas medicinas e as finalidades que lhe estão associadas – reforçam o seu papel também em relação à doença, sobretudo no reforço de tratamentos em situações de doenças graves ou na sua prevenção através do consumo de produtos e das práticas terapêuticas. Salienta-se a importância atribuída pelos sujeitos às práticas terapêuticas, sobretudo as que têm uma componente mental, espiritual, energética, que surge nas narrativas quase como um recurso patrimonial, localizado no próprio sujeito, permanentemente acessível para (re) encontrar os estados de saúde desejados.

5.2. Constrangimentos na utilização

Nos **constrangimentos na utilização** apresentamos a sistematização da informação revelada pelas entrevistas relativamente aos obstáculos ou dificuldades sentidas na utilização de cuidados de saúde alternativos, que se dividem em ‘económicos’, ‘familiares/sociais’; de ‘confiança/credibilidade’; e de ‘relação entre sistemas médicos’.

As principais dificuldades e insatisfações associadas à utilização do sistema alternativo de cuidados de saúde, tanto no acesso às terapias, como no dos consumos de produtos, suplemento e mesmo alimentos associados a estes sistemas de saúde alternativa, são de ordem **económica**, pelos seus custos elevados.

O facto das medicinas alternativas não estarem integradas no sistema nacional de saúde, e sendo assim, não serem comparticipadas faz com que os recursos necessários ao seu acesso sejam muito superiores aos da utilização da medicina convencional. Este é o fator mais referido pelos sujeitos como limitador e mesmo desencorajador de uma utilização mais continuada das terapêuticas, obrigando, em alguns casos, ao retomar da

utilização do modelo de saúde convencional, mesmo que esse não constitua a 'escolha' dos sujeitos, mas a opção possível.

(...) mas o problema também é que os tratamentos de medicina alternativa não é pago pelo sistema nacional de saúde. Porque é que estes tratamentos não são cobertos por seguros ou por intervenção do governo? Porque eu acho que o mais importante será sempre o doente ter conhecimento de todas as terapêuticas, desde as mais simples às mais agressivas, e que tome a sua decisão, sendo esta racional e informada. É fundamental que cada um de nós possa saber e atuar com os serviços de saúde de forma a escolher com conhecimento as técnicas e os medicamentos ao dispor, tendo o direito de salvaguardar as suas escolhas e, conseqüentemente, a sua saúde.

Mulher, 38 anos; 12º ano, secretária.

Pois, mas se tivéssemos um sistema completamente de escolha aberta por exemplo, ah...acho que aí teríamos mais hipóteses de encontrar algo que nos satisfazia, que nos ah...ia ao nosso encontro, não é. Por um lado, não dramatizar, por outro lado não...deixar não é...porque por outro lado também não estou contente, porque é uma doença e nós estamos agora a não fazer nada. Por um lado também não estou contente com isso...mas as alternativas que eu estou a ver agora.

Mulher, 40 anos, professora universitária.

Pessoalmente, nunca recorri à homeopatia ou acupuntura, não porque não acredite na eficácia deste tipo de medicina, mas por serem muito dispendiosas. Para além da fitoterapia, recorro de quando em quando às massagens terapêuticas e de relaxamento. Mas continuo a achar que devam haver políticas e leis para regulamentar a venda e a utilização de ervas medicinais em Portugal e também das medicinas alternativas, até para que pudessem ser mais acessíveis...porque é tudo muito caro.

Mulher, 38 anos; 12º ano, secretária.

Alguns sujeitos referem ainda constrangimentos na utilização destas terapêuticas que se relacionam com a **credibilidade e confiança** nas terapêuticas e nos seus profissionais, uma vez que estas ainda não se encontram devidamente legisladas e regulamentadas em Portugal, diminuindo, assim, a perceção de confiança dos sujeitos. As dificuldades na escolha da terapia e do terapeuta mais adequados ou os **conflitos familiares** resultantes de posicionamentos diferenciados quanto à decisão sobre os cuidados médicos a utilizar são referidos como problemáticos nestas opções de saúde.

Porque há também uma grande diferença...quando estamos a falar de medicina convencional há toda uma formação que constitui um conjunto de garantias de um determinado percurso que lhe deu determinadas capacidades. Aqui ('medicinas alternativas') é diferente, não há ninguém a regular, e se no outro sistema há falhas, aqui então...por isso passa muito pela empatia em relação às pessoas.

Mulher, 37 anos, licenciada, engenheira alimentar.

(...) fui muitas vezes criticada pela família (pelas suas opções 'alternativas') e por outras pessoas que não entendiam. A minha mãe nem tanto porque ela vai sempre atrás de mim. Mas a minha sogra nem imaginas, era horrível!

Mulher, 44 anos, licenciada, secretária.

As pessoas que têm mais cultura e mais conhecimento são mais desconfiadas. Por exemplo tenho pessoas da minha família que desconfiam e que não vão porque acham que não têm os conhecimentos suficientes e que não estudaram e pronto...e são pessoas que têm até uma formação superior e tudo.

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora universitária.

A dificuldade ou mesmo impossibilidade sentida por estes sujeitos em estabelecerem **relação entre os diferentes sistemas médicos**, de forma aberta e partilhada com os profissionais da medicina convencional, é um dos problemas mencionados nas entrevistas relativamente à utilização das 'medicinas alternativas e complementares'. A dificuldade no aconselhamento e na validação pericial biomédica dos consumos terapêuticos plurais que os sujeitos realizam, aumenta a desconfiança no sistema institucional de saúde, direcionando estes indivíduos para formas de protagonismo leigo na saúde, quer individuais, centrando em si todas as decisões, quer sociais, comunitárias, partilhando-as com redes familiares, de amizade ou mesmo virtuais e desse modo reforçando a validação de práticas e consumos terapêuticos.

Só que eu faço parte de um grande grupo que existe no facebook que são pessoas que seguem esta dieta e é lá que trocamos muitas ideias, receitas, produtos como estes chás ou cremes para a celulite, estrias. As pessoas vão trocando impressões, vão dizendo o que experimentaram, e o que resulta mais ou menos, também, dão muita força quando se tem vontade de desistir, e acho isso fundamental. (...) ajuda muito saber que existem outras pessoas na mesma situação, umas pior, outras melhor, com mais ou menos peso a perder, mas todas com isto em comum...é bom poder ir ali e pedir ou dar conselhos, trocar opiniões.

Mulher, 53 anos, licenciada, educadora de infância

São as histórias partilhadas por amigos e familiares que, em geral, conferem uma maior confiança nas decisões de escolha e de utilização.

Eu normalmente só vou com referências porque se é importante na medicina normal a empatia com os médicos, nestas aqui eu acho que tem que ser mais. Então normalmente tento ir a alguém da qual já tenha referências, porque há de tudo...infelizmente!

Mulher, 37 anos, licenciada, engenheira alimentar

No caso de não existirem referências, o prosseguimento das terapêuticas ou o seu abandono é determinado numa base sensorial, experimental, quer através dos resultados obtidos, quer através da confiança ou da empatia na relação com o médico ou terapeuta.

Eu vou a uma clinica, há vários terapeutas, eu nunca escolho o mesmo. Escolho sempre um diferente e depois fico por aqueles que gosto mais. Vejo o que me parece que se adequa mais, o que gostei mais. (...) eu consigo ver, a partir de qualquer coisa, mínima que seja, é fácil perceber. Nem é pelo curriculum, porque isso pode ser fantástico e as mãos das pessoas não serem.

Mulher, 48 anos, mestrado, investigadora.

Eu, com a homeopatia, já experimentei com um médico que não conhecia, de que não tinha qualquer referência. E voltei lá com os miúdos, mas depois deixei. Porque apesar de haver resultados, não...em relação ao próprio médico, não sei, queria mais, nem sei explicar, mas não dei continuidade com esse médico.

Mulher, 37 anos, licenciada, engenheira alimentar.

5.3. Racionalidades leigas ‘alternativas’ na saúde

As narrativas dos nossos entrevistados expressam diferentes racionalidades leigas quanto à agência, aos sentidos, às crenças e às ações na saúde que são construídas nas trajetórias de saúde. Foram encontradas quatro categorias de racionalidades leigas alternativas de saúde: duas delas centradas num protagonismo mais individualizado em que o sujeito se relaciona com crenças diversas que lhes reforçam a percepção de controlo individual, que denominamos de 'emancipação' e de 'experimentação'; e outras duas categorias que agrupam as narrativas que descrevem racionalidades leigas que têm por centro uma visão mais funcional de um sujeito social, as quais denominamos de 'funcionalidade' e de 'compensação'.

Decidimos denominar de **'emancipação'** uma das racionalidades leigas que marcam os discursos destes sujeitos. Estas narrativas são marcadas por um posicionamento de rutura ou de afastamento com a medicina convencional, e sobretudo com a autoridade pericial médica, sendo evidente a agência individual reforçada e o desejo de protagonismo emancipado face à avaliação, negociação e decisão das opções de saúde neste grupo de sujeitos.

É quase ofensivo para mim eu ser visto como um aglomerado de órgãos que está aqui e que podem ser dispostos por um cirurgião se ele bem entender.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Eu durante muito tempo, precisamente por ter verificado que é muito difícil para mim relacionar-me com a medicina, que é muito difícil para mim fazer uma medicina dita preventiva, é muito difícil para mim ser um utente bem comportado do sistema nacional de saúde, que desde muito cedo li muitas coisas sobre práticas...práticas de saúde...essas sim de vida saudável...que foram introduzidas no Ocidente, com muita literatura vinda do Oriente, nomeadamente da Índia, do Japão, da China, e que introduziram conceitos de saúde e de bem estar que eu acho que são muito mais adequados à forma como eu encaro a saúde. (...) Eu acho que a leitura de um livro que foi importante para mim, que eu li numa férias, e que me fez recenter a minha...ahh...que me fez encontrar um modo de lidar com o meu corpo, com o meu bem-estar ou com o meu desconforto físico...e que foi um livro que falava do poder da auto-cura...e que era um livro que me galvanizou porque, de algum modo, era aquilo que tinha a ver comigo...e foi um momento...é, eu acho que sim...foi um momento de viragem...na relação comigo e com o meu corpo

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Sim, eu acho que o importante é cada um escolher o tipo de medicina e o tipo de tratamento que quer seguir, tradicional ou alternativo. Deve ser eu a questionar-me: o que me ajudará nesta situação?

Mulher, 38 anos, 12º ano, secretária.

Na ‘**experimentação**’, encontramos os sujeitos cujas trajetórias de vida, em geral, não estão marcadas por episódios marcantes de doença, não existindo, a esse nível, fragmentação das suas biografias. São indivíduos que se inscrevem em identidades culturais fortes, que procuram novos sentidos de vida, tanto ao nível individual, como global, universal, coletivo, apresentando um discurso de abertura e disponibilidade para novas experiências na vida, como na saúde. O critério de escolha e de utilização destas ‘medicinas’, quer nos consumos quer nas práticas associadas, é o da experimentação e consequente avaliação subjetiva. Palavras como ‘experimentar’, ‘equilíbrio’, ‘harmonia’, ‘bem-estar’ e ‘energia’ marcam o posicionamento deste grupo de sujeitos.

(...) Tento viver da forma mais simples e mais próxima da natureza.

- Mas tem práticas específicas?

Sim, na alimentação, como já disse. Nos consumos que tento reduzir ao mínimo. No respeito pela natureza, tentando não poluir, fazer o menos lixo possível. Na saúde, evitando ao máximo tomar qualquer tipo de medicamentos. E cuidando também de mim, faço meditação, pratico tai chi, já fiz yoga, faço natação.

Homem, 30 anos, licenciatura, arquiteto.

Porque já havia uma procura de outras filosofias, de outras formas de ver e de pensar...isso com os meus 18, 19 anos...muito interessada por budismo, por yoga...e comecei a praticar com os meus 19 anos. E o Yoga até pode ser considerado uma medicina ou uma terapia, mas não é. É mais do que isso, é uma filosofia de vida, mas na altura encarei o yoga como uma terapia.

Mulher, 44 anos, licenciatura, secretária.

Na acupuntura, sem dúvida. Acho que a acupuntura...nem sei explicar....há uma lógica com a qual me identifico mais...não depender tanto de produtos, por exemplo. Mas é só por aí...não ando à procura de artigos científicos que me comprovem que uma é melhor que outra. Não é por aí, é mais pelo que sinto, pelo que vai ao encontro do que procuro. Depois há ainda umas mais religiosas, ou seja, que têm uma vertente mais espiritual. Mesmo no médico, no tal que era monge, que agora está nos Açores, esse misturava uma série de terapias diferentes...ele utilizava acupuntura, depois tinha muito a ver com a alimentação,

com regras alimentares, e resolveu um problema do meu marido, por exemplo...mas esse médico utilizava também muitos princípios da ayurvedica, da medicina indiana. E pronto, vou vendo o que funciona melhor num lado, noutro.

Mulher, 37 anos, licenciada, engenheira alimentar.

Considero ainda que há coisas lógicas na Natureza e na relação que temos com ela, coisas essas que nos são devolvidas porque as procuramos. Ou seja, se procuro um ambiente saudável e desfruto do bom ar que respiro nesse sítio, agarro esse bem externo como uma dádiva que vem de fora e absorvo para dentro de mim, sentindo-me muito grata por esse benefício que recebo. O inverso, (os maus ambientes e más pessoas) também os sinto com a mesma intensidade. É neste limite que defino a linha tênue entre o que é bom e o que é mau para nós. Portanto, na minha definição de vida há uma articulação entre as forças interiores, que só dependem de nós, pelas escolhas, capacidades físicas, psíquicas, que nos movem e nos vão aguentando e aquelas que nos são externas ligadas à Natureza envolvente, e que do ponto de vista mais puro são benévolas e como tal as absorvemos, mais aquelas que de todo não desejamos mas que são capazes de nos perseguir até morte. (Nesta parte perversa, incluo as pessoas que nos vão fazendo mal continuamente, aos atentados continuados contra o ambiente, ou seja, todas as coisas q para o nosso corpo e espírito são nefastas, anti-ecológicas) ...Para o meu bem-estar, tento sempre que posso, visualizar aquilo que me oferece a tranquilidade (saúde interior) que depois tem efeitos no meu corpo. ...

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada.

As outras duas lógicas encontradas nos discursos destes entrevistados – ‘funcionalidade’ e ‘compensação’ – são marcadas por um sistema de referência pericial mais forte, sobretudo localizado no sistema biomédico, e por um sentido mais funcional do próprio sujeito, cujo apelo à saúde surge associado à necessidade de uma boa integração e eficiência profissional e social. Na percepção destes sujeitos, o discurso massificado e fortemente medicalizado de promoção da saúde, revela-se muito presente, derivando numa lógica dupla de evitamento e de compensação dos comportamentos considerados como ameaçadores da saúde.

Na ‘**funcionalidade**’ existe um foco de preocupação com o bom desempenho dos papéis sociais a que o sujeito sente necessidade de dar resposta, evidenciando-se o cuidado com a dimensão profissional/laboral ou mesmo com o regular desempenho escolar dos filhos.

Sempre que tomo aquele medicamento (homeopata) sinto mais energia, menos cansaço, embora não resolva tudo...há outros aspetos que não pode resolver, eu deveria diminuir a atividade profissional a determinados níveis.

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora universitária

Portanto eu não conseguia imaginar a minha filha ir para a escola primária e estar a faltar por causa de amigdalites recorrentes (...).

Mulher, 44 anos, licenciatura, secretária.

A ‘**compensação**’ surge, em geral, marcada por um episódio de doença grave ou crónica que é necessário compensar para o retorno ou manutenção de uma normalidade na vida. Esta orientação surge também associada à insatisfação experienciada no modelo biomédico, sobretudo ao nível das terapêuticas e da relação terapêutica, embora esta continue a ser para estes sujeitos uma fonte de autoridade pericial, requerida quer ao nível dos diagnósticos, quer ao nível da validação das práticas e consumos. Estas narrativas revelam uma procura, nos sistemas de cuidados alternativos, de respostas alternativas ou complementares que possam melhorar o estado de saúde dos sujeitos.

(...) julgo que é por esse caminho e por esse apelo à vida, à saúde e ao bem estar que eu julgo que eu tenho sobrevivido, uma vez que eu tive um cancro que, numa escala de 4 o meu é de grau 3, do ponto de vista genético ou adn ou não sei o que será...e eu continuo viva...e faço por isso! Tenho muito cuidado com a alimentação, tenho muito cuidado...hoje tomo vitaminas, periodicamente tomo vitaminas e minerais para o meu bem-estar. Tenho a preocupação de fugir aos ambientes que não me dão saúde...portanto eu tenho um apelo muito grande à saúde e ao bem-estar. (...)

Portanto, eu faço um jogo muito grande para sobreviver! Evito coisas, passo privações em termos de gastronomia...às vezes apetece-me comer determinadas coisas que antigamente era capaz de inconscientemente comer à vontade, e hoje já não faço isso.

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada.

Bem, eu sempre levei as minhas filhas ao médico convencional mas há um ano que a mais nova (ela tem 18 anos) também começou a ir a este homeopata. O problema dela é sobretudo falta de defesas e então ele reforça-a com vitaminas e alguns produtos com o objetivo de melhorar as defesas. E pelo menos este ano ainda não se constipou, e ela sofre muito da garganta...e na medicina era sempre antibiótico, antibiótico e isso vai eliminando as defesas do organismo...pelo menos ele explicou-me assim...então agora ela tem que reforçar essas defesas para não apanhar tantas infeções. É isso...é muita prevenção pelo aumento das defesas, e portanto, a pessoa não fica doente com tanta facilidade. Porquê? Porque na

medicina tradicional a pessoa vai recorrer aos químicos, aos antibióticos, tira as defesas e o organismo acaba por não dar resposta

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora universitária.

Porque é assim...repara...é um hábito...eu tenho que perceber muito bem. Uma vez estava no Porto muito mal, muito zozna, e eu não sabia o que estava a ter, e chamei um amigo que tem formação em acupuntura. Ele abriu-me os olhos e disse-me que eu estava com uma crise de vesícula e séria. Mas eu não fiquei satisfeita, fiquei um bocado assustada e então fui ao médico. Fui ao médico...e ele fez-me todos os exames, apalpações, etc, e disse o mesmo. Mas está a ver, o meu amigo já me tinha dito, mas eu precisei de uma segunda confirmação.

Mulher, 48 anos, mestrado, investigadora

Percebemos, pela análise do conjunto de racionalidades leigas encontradas, que são diversos os sentidos de construção leiga da saúde por vias alternativas. Embora revelando posicionamentos de maior ou de menor proximidade em relação ao sistema biomédico, todas as narrativas fazem-lhe referência, revelando a sua forte incorporação social, embora refletido de forma avaliativa e crítica pelos sujeitos.

Neste contexto, estas racionalidades desenham-se, sobretudo, numa construção de complementaridade entre os saberes e os recursos oferecidos pelos diferentes sistemas médicos e de cuidados de saúde. As trajetórias de vida, onde se inscrevem os episódios de doença, as experiências de vida, as deslocações espaciais, parecem ser modeladoras na construção destas racionalidades, cruzando o ‘ mundo da saúde’ com o ‘mundo da vida’.

Disto é exemplo o facto das racionalidades da ‘funcionalidade’ e da ‘compensação’ surgirem associadas às trajetórias dos indivíduos mais velhos, cujo próprio ciclo de vida os aproxima mais da ideia de doença e das ameaças sobre a saúde, motivando-lhes a procura de reforços e suplementos. Num outro sentido, colocam-se a ‘experimentação’ e ‘emancipação’, mais próximas de trajetórias ‘saudáveis’, distantes da doença e do sistema que se associa às situações agudas ou graves (biomédico), o que define outras conceções e práticas de saúde mais individualizadas, existindo mesmo, em algumas destas narrativas, uma ideia de construção de uma filosofia pessoal de saúde e de vida.

5.4.Referenciação espácio-temporal

Todas estas narrativas são marcadas por um ou mais tempos que centralizam o discurso sobre a saúde bem como em espaços de referência a que se associam histórias de saúde ou episódios de doença. As trajetórias não se limitam a um conjunto de factos localizados no espaço e no tempo, estas são reconstruções presentes das memórias de vida.

Deste modo, tentamos a partir das sinopses das trajetórias de saúde realizadas para cada entrevista fazer uma interpretação das narrativas e agrupá-las em tipificações caracterizadoras dos principais modos de reconstrução subjetiva encontrados na relação dos sujeitos com os espaços e com os tempos de saúde. Neste contexto estas categorias serviram não só de base de análise como de interpretação destes conteúdos e denominam-se: ‘foco centralizador’, que tem por base um tempo que centraliza o discurso; ‘afetividade socio-espacial’ que incide em memórias de ligação emocional e afetiva a um espaço ou tempo; ‘fragmentação da vida’ que assenta na pluralidade de tempos, espaços e experiências vividos nos diversos tempos das trajetórias pessoais; ‘unificação da experiência’ que traduz a continuidade fluida dos acontecimentos e experiências de vida que se unificam num tempo pessoal e subjetivo.

Quadro 14 - Tipificação da referenciação espácio-temporal das trajetórias de saúde (conteúdos-síntese)

<i>Referenciação espácio- temporal</i>	<i>Foco centralizador</i>	<i>Narrativa centrada num episódio de doença. Tempo passado/ doença-interrupção biográfica. Sobrevivência</i>
	<i>Afetividade espácio-temporal</i>	<i>Narrativa centrada em memórias afetivas de espaços e tempos. Tempo presente e passado/saúde-reserva. Nostalgia</i>
		<i>Narrativa centrada na fragmentação dos tempos e</i>

	Fragmentação da vida	espaços de vida (familiar, social, profissional). Presente/ Saúde-Bem-estar (Funcionalidade.
	Unificação das experiências	Narrativa centrada na subjetividade presente e futura da vida (saudável). Tempos/experiências unificadas Saúde-Bem estar-construção. Harmonia/ Holismo.

Os sujeitos tipificados como tendo um ‘**foco centralizador**’ na referenciação espaço-temporal, desenvolvem as suas narrativas em torno de um episódio traumático de doença, do próprio ou de um familiar próximo, que de alguma forma fez estes sujeitos sentir as suas biografias ameaçadas.

Eu acho que a questão da saúde começou a ser mais importante quando eu passei por um episódio quase traumático, senão mesmo traumático de um familiar e que me fez pensar nesta questão da finitude...um dia o corpo não vai fazer aquilo que nós queremos e vai adoecer e nós não vamos resistir...e iremos...morrer...de modo que a partir dessa altura eu fiquei preocupado, ou mais preocupado com a saúde do meu corpo. E isso aconteceu...precisamente (...) com a minha mãe, que entretanto se veio a verificar que não era assim tão grave, mas que só a hipótese de isso ocorrer com uma pessoa tão próxima fez-me começar a preocupar-me mais com o meu corpo.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Eu não, eu passei por uma adolescência conturbada, sempre com comportamentos de risco, passando por tentativa de suicídio e comportamentos de Bulimia. Desenvolvi um distúrbio alimentar desde que regresssei para Portugal nos anos 80, que só consegui ultrapassá-lo na minha fase adulta após ter alcançado a estabilidade emocional necessária e através de uma aprendizagem de reeducação alimentar.

Mulher, 38 anos; 12º ano, secretária.

A saúde é descrita, nas narrativas atuais, como tendo sido até então algo sempre existente, que fazia parte de si próprios, como um valor patrimonial, numa

representação de saúde-reserva, que foi posta em causa por algo exterior que a descontinuou na forma de doença.

Não, não...eu não tinha problemas nenhuns de saúde. Que problemas de saúde é que eu tinha? Não tinha tido nada de especial. Estive lá fora na África, durante a guerra, e não tive nada de especial, depois tive na Alemanha e não tive nada...fumava, pronto, mas isso não devia estar nada relacionado com aquilo que me aconteceu (cancro).

Homem, 65anos, 4ªclasse, eletricista, reformado.

Pronto, nunca me preocupei e sempre me gabei até para aí aos 40 anos que nunca iria ter um cancro! Na minha família não havia cancros, sempre tive muito bom aspeto, parece que tenho muito menos idade que aquela que tenho de facto, sempre fui assim...e sinto até uma certa vaidade por ter esta aparência...e foi assim!

Mulher, 60 anos, mestrado, professora desempregada.

Estes indivíduos reconstroem as suas memórias passadas assim como a descrição das suas práticas atuais de saúde, a partir desse episódio localizado num tempo passado e que ficou referenciado com o sistema biomédico que lhes deu resposta, de forma mais ou menos satisfatória. Surgem, a partir daí, formas diferenciadas de recuperar uma funcionalidade perdida ou ameaçada, através de práticas e consumos plurais, cujo foco é muito mais a prevenção da doença e de recuperação de uma biografia interrompida, do que o da promoção da saúde.

Depois de apanhar o grande "susto" sobre a iminente morte prematura, depressa me mentalizei que isso não ia acontecer comigo tão cedo. Rejeitei liminarmente a ideia. Como não estava doente, tinha apenas o cancro e que estava controlado, só devia era pensar em fazer as escolhas acertadas para viver muito e com qualidade de vida. É o que procuro fazer afincadamente desde então.

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada.

Surge interiorizada nestas narrativas, a perceção de uma responsabilização individual pelo surgimento da doença, admitindo, mesmo desconhecendo as causas concretas, que os seus próprios comportamentos, quer por negligência quer por ação nociva à saúde, podem ter justificado a sua ocorrência.

Eu acho que aquilo que me aconteceu (cancro) foi qualquer coisa...não sei...ou qualquer coisa que eu tivesse comido ou não sei...Eu ainda perguntei a eles se foi aquilo dos pólipos...não sei, eles nunca me disseram bem o que era aquilo...não sei....apareceu!

Homem, 65anos, 4ªclasse, eletricista, reformado.

Agora por todas essas razões e por não providenciar nem com vitaminas nem com nada é que aconteceu qualquer coisa, ou por questões de feitio porque estava assim, tinha que ser assim, tive um cancro da mama aos 49 anos, no período pré-menopausa! Foi aí que tive um grande abanão, senti-me arrasada no momento em que foi diagnosticado o problema (...)

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada

A ação presente em direção à saúde e ao saudável é de maior vigilância do que aconteceu no passado, recorrendo para isso a cuidados de saúde centrados numa referência pericial biomédica, mas complementados com outros consumos naturais ou alternativos que lhes conferem uma percepção reforçada de controlo individual da saúde.

Pois, o problema é esse, o que está a acontecer na oncologia é que devia haver – ele existe mas é muito superficial – que era depois da operação, na convalescença, a pessoa devia ser acompanhada, por exemplo na parte nutricional. E foi isso que aconteceu, quando eu vi o meu peso que andava normalmente na casa dos 100kilos, para os 90, para os 80, para os 70...cheguei aos 68k.Eu olhava para mim e só via peles e cabelos e pensei “Isto não pode ser! Eu vou direito ao buraco, eu vou morrer!”. E então foi o que me levou a ir lá abaixo ao celeiro, e ainda bem que fui, senão tinha ido mesmo direito ao buraco, quando ele me receitou o V2000 e o ginseng. Foi aí que eu comecei a recuperar, comecei a ganhar peso e a ter força. Enquanto no IPO disseram-me que pronto, não toma mais nada, vai para casa e deram-me uma lata com um pó, que devia ser um pó assim para ajudar, mas que não dava grande resultado. Onde eu vi efetivamente que me deu mais resultado foi aquilo que o doutor lá em baixo me receitou, foi o V2000 e o ginseng. Aí comecei a ver que, de facto, comecei a engordar, a ganhar peso, a sentir forças! Se não fosse aquilo dá-me a impressão que se não fosse lá tinha ido para o buraco!

Homem, 65 anos, 4ªclasse, eletricista, reformado.

Aliás já tenho algumas sequelas da quimioterapia, ao nível da pele, das mucosas e tenho que ter cuidado para que não fique pior. Faço ulcerações na boca com a maior das facilidades e os médicos não me sabem dizer porquê, dizem-me então vá

andando, como quem diz: 'já cá estás há muito tempo, já podes ir!' E eu digo a mim mesma: 'não, eu quero é viver'. E vou vivendo com esta preocupação na positiva...que assim é que deve ser. (...) Agora, as leituras têm-me aberto o espírito e despertado para tomar as atitudes mais acertadas para ter mais saúde e qualidade de vida. Por exemplo aprendi, através de leituras, a fazer alguma meditação, concentrar-me mais em mim. Aprendi, sozinha, através da leitura, as técnicas da respiração. Aprendi a fazer movimentos que me libertam os tecidos que eu tenho muito repuxados...a pele não estica, sinto-me amarrada...então faço massagens com azeite...azeite de oliveira...no sitio da cicatriz e da mama...faço alguns exercícios libertadores das tensões...e que me ajudam a circulação sanguínea e linfática. É por aí...!

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada

Outro discurso encontrado na relação destes sujeitos com os espaços e tempos de saúde é centrado numa **'afetividade espaço-temporal'** que percorre as narrativas como um património afetivo, emocional que é transportado para o presente como um recurso de memórias de práticas, de cuidados ou mesmo de estilos de vida que se associam à ideia de saúde e do saudável. Estes estilos de vida surgem, também, associados a uma ruralidade experienciada no passado, a uma maior proximidade com a natureza, com os alimentos e plantas diretamente colhidos na terra, vivências que foram perdidas por deslocamentos espaciais, e que se tentam recuperar ou reavivar.

Lembro-me de a minha avó e a minha mãe usarem esse tipo de xaropes caseiros e normalmente resultava bem. Esta coisa de se ter medicamentos em casa, de se ir à farmácia comprar mesmo que seja uma aspirina ou benuron acho que é uma coisa nova. Os meus avós moravam numa aldeia em Trás-os-Montes e nem farmácia existia. Havia um médico acho que uma vez por semana e era tudo. Quando eu ia para lá e alguém ficava doente nunca se pensava em ir comprar um remédio, mas existia sempre uma solução qualquer, um xarope caseiro, uma erva que se ia apanhar para um chá, uns panos quentes ou frios, qualquer coisa, mas a minha avó sempre tinha uma solução e de uma forma tão calma e tão carinhosa que eu tinha a certeza que ela conseguia resolver. Acho que era por isso que eu gostava tanto de ir para lá passar as férias. Era tudo mais calmo, mais tranquilo, também era tudo mais saboroso, sei lá...também eram férias e nas férias sabe tudo melhor.

Homem, 30 anos, licenciatura, arquiteto.

Olhe, é assim...eu acho que fui construindo por nostalgia. Eu vim de uma aldeia, e lá eu estava habituada a viver de acordo com a natureza. Nós comíamos as couves que plantávamos, os animais eram mortos em casa para comermos. Eu estava numa relação estreita com a natureza. Os meus amigos também estavam numa relação estreita com a natureza. Quando cheguei cá...também passei por todas as fases...mas depois comecei a não gostar. O que eu comia, a maneira como era confeccionado...comecei a não gostar, a não estar bem. Então fui experimentado

porque eu não conhecia macrobiótica, eu não conhecia vegetarianismo, eu não conhecia nada disso, nem sou adepta de nada, faço-me entender? Até porque às vezes estou com amigas e elas dizem-me: há-de experimentar porque isso faz muito bem, e eu não gosto, não faz. Eu como aquilo que me dá prazer, que gosto, que me faz bem.

Mulher, 48 anos, mestrado, investigadora.

Estas memórias associadas à saúde e à doença vividas num tempo passado, normalmente situado na infância dos sujeitos, e em lugares de pertença afetiva, trazem para as narrativas presentes uma representação de doença do passado em que esta surge desvalorizada, sendo mesmo entendida numa dimensão libertadora. A afetividade expressa nestes discursos não se relaciona apenas com os espaços, mas também com uma perceção diferenciada da vivência desses tempos passados. Nestas memórias, a vivência dos tempos de doença, assim como os que são associados a uma vida saudável, surgem descritos como de tranquilidade, de fluidez natural, sem as pressões sentidas atualmente, na vida adulta, cidadina, para o desempenho dos múltiplos papéis sociais que exigem uma rápida recuperação.

Sim, sim... eu era uma criancinha... quando era criança era super magríssima e estava muitas vezes doente, muito chorona, muito... mas principalmente de bronquite mas... tinha o grande privilégio da minha mãe ser só mãe, ela estava nesta altura contente com isso, e não tinha pressa de pôr as crianças a funcionar... de qualquer modo o infantário era só três horas, não se colocava muito a questão e a minha mãe não trabalhava fora de casa. O meu pai sim e ele também não se metia muito... pronto era a separação muito clássica e ... pronto, eu acho que para as crianças é... desde que a mãe esteja contente ah... é muito bom para as crianças e para a família. A minha mãe adorou sempre ser mãe e dona de casa e nunca sentiu isso como uma frustração, eu acho que isso foi um grande privilégio para mim e para os meus irmãos. E eu... não me lembro... agora não posso dizer quantas vezes é que tomei antibiótico ou outras coisas mas ah... nunca fiquei com a ideia de que tinha alguma pressa para voltar a funcionar e que era muitas vezes doente... assim coisinhas de criança mais... porque era também muito frágil, muito magrinha.

Mulher, 40 anos, professora universitária.

Por exemplo, lembro-me muito bem dos banhos que a minha mãe nos dava com infusões de folhas, de ervas...ficávamos ali, ficávamos...para limpar...para desparasitar...para limpar a pele...Era muito giro! Era uma festa!

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada

(...)(a avó, que vivia numa aldeia em Trás-os-Montes) foi uma pessoa muito importante na minha vida, e a terra, a aldeia também. Acho que aquele contacto com a terra, com a simplicidade das pessoas, das casas, mas também com o sentir-me feliz faz parte da minha personalidade, desta forma em que tento agora viver. Nunca pensei muito nisto para ser sincero, estou agora a fazer a ligação...mas tem sentido, acho mesmo que é um pouco isto. Eu ainda vou lá todos os anos, apesar de já não ter os meus avós, e quando chego lá sinto-me no paraíso, sei lá, é como se eu pertencesse ali. E pertenço mesmo! Passei lá dos melhores momentos da minha infância e adolescência!

Homem, 30 anos, licenciatura, arquiteto.

É evidente nestas narrativas a associação do ato de cuidar exclusivamente às figuras femininas, com várias referências a mães, tias e avós. As figuras masculinas, quando surgem nos discursos, aparecem relacionadas com formas de autoridade pericial biomédica, mesmo que familiares, sem referências a uma ligação afetiva significativa.

Eu lembro-me quando era miúda e ficava constipada, com gripe ou com febre não ia à escola, o que era logo meio caminho andado para ficar melhor (risos) e depois era assim cuidada com todos os mimos pela minha mãe ou às vezes pela minha avó quando estava na casa dela ou ela estava na nossa. A minha avó era do Alentejo, perto de Beja, e sempre criou animais, tinha galinhas, coelhos, às vezes também tinha ovelhas, e para além disso tinha as coisas da horta. Então lá todas as comidas sabiam melhor e a canja era assim dos deuses. Era sempre boa, mas quando eu estava doente sabia-me ainda melhor...a minha avó punha até os ovinhos da galinha na canja que eu gostava de esfarelar e comia aquilo quentinho, ficava boa logo, logo.

Mulher, 53 anos, licenciatura, educadora de infância.

(...) agora, desde pequenina, por razões culturais, porque sou um misto de duas culturas – a europeia e a africana – aprendi, por convivência com as avós, com as tias, por parte da minha mãe que é africana...como é que os ensinamentos tribais conseguem entrar numa cultura europeia...mas que aqueles saberes tribais faziam parte da sobrevivência das pessoas. E houve muitas coisas que eu sempre quis escutar e aprender, desde as ervinhas...aquelas mezinhas todas que se vão usando...eu tive de berço todas essas coisinhas. Portanto as mezinhas fizeram sempre parte da cura da doença dentro de casa. Por um lado, era a medicina convencional, com a medicação e com a visita ao médico, ou do médico ou enfermeiro que ia a casa...mas também cumulativamente a medicina tradicional, tribal também sempre funcionou.

Mulher, 60anos, mestrado, professora desempregada

Pronto, quando eu era criança, como o meu avô era médico ele intervinha um bocadinho na nossa vida...ele e os amigos...portanto, era a medicina convencional...na altura não havia medicinas alternativas nem nada disso

Mulher, 50 anos, doutoramento, professora universitária.

A relação com a saúde expressa-se, nestes sujeitos, nesta herança afetiva sobre os cuidados de si, localizados espacialmente e temporalmente, os quais apesar de interrompidos factualmente, no ciclo de vida, são, muitas vezes, resgatados e recriados no presente. Privilegiam-se, nestas narrativas, os consumos e práticas da medicina popular e os cuidados com a alimentação como os recursos mais recorrentes de construção da saúde, embora estes sujeitos se acudam tanto dos sistemas alternativos como do convencional para a prevenção ou o tratamento da doença.

*– Quer dizer que aprendeu a fazer esses remédios com a sua mãe e avó?
Sim, claro, são coisas que já usavam em mim e eu aprendi a fazer assim. É claro que também agora, quando não sei, por exemplo uma erva ou um chá bom para qualquer coisa, vou à internet e fico logo com a ideia do que posso ou devo fazer. Existe muita informação, sobretudo em fóruns de discussão de mulheres e de mães, sobre todo o tipo de remédios caseiros e de coisas naturais. Por isso é que eu também gosto de ir lá na loja dos produtos naturais, ver o que há, ver o que vi na net ou ouvi falar bem. O problema é que a maioria das coisas é muito cara.*

Mulher, 53 anos, licenciatura, educadora de infância

A partir das narrativas destes sujeitos tipificamos um terceiro discurso de referenciação espaço-temporal das trajetória de saúde que denominamos de ‘**fragmentação da vida**’, que se desenvolve em torno de um tempo presente vivido na cidade, no desempenho ativo de uma diversidade de papéis sociais, que é sentido como de fragmentação de espaços e tempos de vida, nem sempre fáceis de unificar nas representações de vida saudável destes sujeitos. Este discurso aborda a integração de múltiplos tempos no tempo vivido no presente, como os tempos de lazer e de prazer, os tempos do trabalho e das obrigações sociais, os tempos de organização doméstica e os tempos de cuidados parentais.

A doença e a saúde são aqui entendidas numa lógica de funcionalidade e equilíbrio instáveis. A saúde surge repartida entre tempos e espaços que ora a potenciam, ora a condicionam. Existe neste discurso a expressão de um tempo ‘em falta’ para

determinados comportamentos e práticas do saudável, como o tempo para a escolha de bons alimentos, para a confeção de refeições caseiras, para o cuidado com a doença e o restabelecimento do doente ou para o usufruto de espaços livres e próximos da natureza.

Agora, em termos de saúde, uma preocupação é que a comida... que é mais saudável leva mais tempo a preparar e uma coisa que às vezes deixa um bocado... a não gostar do nosso dia-a-dia é limitamo-nos durante muitos dias seguidos a dar às crianças ahh... massa e ovo, massa e douradinhas, massa e hamburger. Assim uma coisa super simples apesar de eu ainda tentar equilibrar minimamente com verduras cruas. Elas gostam muito de cenouras cruas e de fruta, mas... por exemplo, preparar uma panela de sopa ahh... já é algo que dá muito mais trabalho! O que vale é que nós felizmente temos muito a mãe e a tia do Carlos que nos fazem sopa (...)

Mulher, 40 anos, doutoramento, professora universitária

Gosto que ele (filho) passe muito tempo ao ar livre, por isso sempre que posso vou com ele ao parque, à praia, até ao campo, ao pinhal. Aos fins-de-semana vamos muitas vezes para uma casa que era dos meus avós, agora é dos meus pais numa aldeia perto de Torres Vedras, é campo mesmo, pode andar-se na rua o tempo todo, à vontade e nós sentimo-nos lá bem e o D. (filho) adora. Mas mesmo isso já começa a ser mais difícil agora com o preço da gasolina, portagens...já não vamos sempre que queremos, temos primeiro que fazer as contas ao mês.

Mulher, 32 anos, licenciatura, professora de línguas.

Também os condicionantes colocados pela vida profissional e económica são entendidos como obstáculos exteriores a uma vida saudável que se estendem, em algumas narrativas, a uma postura crítica face ao contexto social e político envolvente.

Sim, existe uma questão económica, que associada à minha profissão, a um horário, a um quotidiano ...acaba por me limitar na manutenção do meu bem-estar e que acaba por me tornar menos atento à minha saúde.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Sempre fui assim, nesse aspeto, da doença, percebes. Sempre fui assim! Agora é evidente, podes falar de saúde em termos de, em termos políticos, em termos sociais que é a definição da saúde pela OMS não é? Tens a saúde... é todo aquele bem-estar físico, social, económico, psicológico, biológico... e acrescentas tudo o que quiseres não é... e pronto, aí tu tens outras preocupações com saúde, se pensares a saúde é uma pessoa estar bem e viver bem numa sociedade, ser feliz. Pronto aí já tenho outras preocupações não é?

Homem, 50 anos, mestrado, professor karaté

O corpo surge, igualmente, com mais evidência nestas narrativas, como um ‘lugar fragmentado’ de experiências internas e de pressões externas que é necessário cuidar. Surgem aqui as narrativas que expressam preocupações ao nível do excesso de peso e obesidade, entendidos não só como uma ameaça à saúde mas sobretudo como um entrave ao bem-estar e funcionamento social do sujeito.

Não posso dizer que é uma preocupação, não ando a pensar na saúde no dia-a-dia. Mas, por exemplo, no peso é uma coisa que pensava e ainda penso diariamente porque me incomodava, porque me limitava, porque sabia e sei que terei sempre que cuidar da alimentação para conseguir estar minimamente bem. Agora a saúde em geral não é bem uma coisa que se pense, sobretudo quando está tudo bem. (...) Mas eu, por exemplo, como almoço sempre fora de casa, e às vezes também janto, comia muito mal, acabava por comer aquilo que havia de mais saboroso e por isso fui engordando. Agora tenho mais cuidado, peço o peixe ou carne com legumes ou salada e fico bem na mesma. É uma questão de alguma disciplina e de opções que temos que tomar. Estava farto de estar tão pesado, de me sentir cansado, de não poder jogar à bola sem ficar quase morto (risos). E decidi que estava na hora de mudar, e tem sido mais fácil do que imaginava.

Homem, 45 anos, 12º ano, técnico de informática

A saúde e a doença são abordadas por estes sujeitos numa referência espacial localizada muito mais na relação com o espaço exterior, social, profissional, onde adquirem dimensão, do que no espaço interno do sujeito. Assim, em algumas destas narrativas, embora se reconheçam os sintomas ou as disfunções, estas são atribuídas às pressões sociais de enquadramento ou funcionamento do sujeito em determinados espaços e tempos, sendo recusada a patologia do sujeito bem como uma possível terapêutica dentro do sistema biomédico.

Não, ele depois tratava também, com medicamentos da naturopatia e da homeopatia. E medicamentou o N. (filho). Agora percebo que ele está a precisar de ir lá outra vez, porque já anda demasiado excitado na escola e eu sinto que às vezes eu preciso mesmo de ajuda-lo com medicação. E em vez de ir para psiquiatras, como os professores já me andam a falar: ‘Ai, e se o N. (filho) fosse a uma consulta de pedopsiquiatria?’ Eu só me apetece andar à bofetada com eles.

- Porquê?

Porque eu não quero adormecer o meu filho. Eu disse-lhes isso, que o meu filho não vai ficar a vegetar e que quando eu quiser que ele seja medicamentado, ele vai

ser, mas não vai ser através de químicos e de psiquiatras. E eu sinto que preciso de ajuda-lo.

Mulher, 44 anos, licenciatura, secretária.

Surgem ainda narrativas em que são reconhecidas as patologias diagnosticadas no sistema biomédico, mas a vivência da doença é entendida como um processo fragmentário dos tempos de vida, tanto pelos processos de diagnóstico e terapêutica como pela dependência dos 'rituais' farmacológicos de tratamento, perante a qual se procuram melhores respostas.

(...) não gosto nada de ir ao médico...quero dizer, pronto é uma coisa estou ali e já sei o que vai sair de lá... não é? Uma pessoa vai ai médico e já sabe ou leva uns medicamentos ou levo isso ou então manda-me fazer análises ou então levo não sei quê e uma pessoa está ali, e tem que...sei lá. Se vais à caixa tens que estar horas à espera se vais ao hospital a mesma coisa, se vais ao privado vais a gastar uma data de dinheiro e mesmo assim também tens que estar um bocado à espera e depois és atendido estás lá no médico dez minutos e depois ele manda-te embora e isso e faça isso e aquilo e depois é assim um bocado! Uma pessoa sente que tem falta de tempo... Então tenho esse limite de tempo para isso... é um bocado isso.

Homem, 50 anos, mestrado, professor karaté.

Mas nos meus filhos, apesar de estarem sempre a tomar muitas coisas, consegui (com a homeopatia) que a E. (filha) passasse de uma situação em que estava metade do tempo em casa e metade na escola, para uma situação em que está todo o tempo na escola. Mas também tive a sorte da educadora e da auxiliar terem tido a paciência de lhe estarem a dar as bolinhas de x em x tempo.

Mulher, 37 anos, licenciatura, engenheira alimentar.

O outro perfil encontrado na referenciação dos espaços e tempos de saúde centra-se na **'unificação das experiências'**. Este é constituído por narrativas que se constroem, essencialmente, no tempo presente mas em que os tempos de vida surgem unificados na construção subjetiva do sujeito e do tempo. Existem referências ao passado, nomeadamente sobre memórias de vivências e vida rurais, mas que se tentam recuperar e recriar no presente. Não existe uma nostalgia de um tempo passado, mas uma vontade de trazer ao presente e de projetar no futuro as experiências significativas dos sujeitos nas trajetórias vividas.

Eu acho que a leitura de um livro que foi importante para mim, que eu li numas férias, e que me fez recentrar a minha...ahh...que me fez encontrar um modo de lidar com o meu corpo, com o meu bem-estar ou com o meu desconforto físico...e que foi um livro que falava do poder da auto-cura...e que era um livro que me galvanizou porque, de algum modo, era aquilo que tinha a ver comigo...e foi um momento...é, eu acho que sim...foi um momento de viragem...na relação comigo e com o meu corpo.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Não posso dizer que sou macrobiótico ou vegan, apenas tento fazer uma alimentação o mais natural possível, sem produtos muito processados, mas saborosa. Então todas as ervinhas, especiarias são bem-vindas, os legumes da horta excelente, fruta biológica quando é possível ou de pequenos produtores que se apanham em algumas feiras e mercados aqui à volta. Tento fazer uma alimentação mais próxima do que faziam os nossos avós e bisavós ou mesmo muitas pessoas ainda fazem nas aldeias. Também porque me interessa muito por ecologia e sustentabilidade e não sou muito dado a consumismos sem sentido.

Homem, 30 anos, licenciatura, arquiteto.

Estas narrativas pertencem, sobretudo, aos indivíduos mais jovens, sem referência a interrupções das trajetórias de vida por motivos de doença grave ou crónica, e com uma consciência cívica, ambiental, ecológica e mesmo política reforçada. Para estes sujeitos, este entendimento do mundo e da vida encontra melhor resposta no sistema alternativo do que no convencional.

Nos consumos que tento reduzir ao mínimo. No respeito pela natureza, tentando não poluir, fazer o menos lixo possível. Na saúde, evitando ao máximo tomar qualquer tipo de medicamentos. E cuidando de mim também, faço meditação, pratico Tai Chi, já fiz yoga, faço natação também.

Homem, 30 anos, licenciatura, arquiteto.

E acho há uma tentativa destes médicos alternativos...também porque se calhar aproveitam a lacuna do sistema convencional....De se posicionarem nessa vertente. Não no sentido de conversar para fazer companhia...(risos)..Essa parte ainda não, talvez daqui a uns anos já precise! Mas é isso, não é tão redutor, tentam perceber problemas do trabalho, do dia-a-dia, mesmo ambientais, como é o ambiente onde vive, o que comemos, o que fazemos...lá está, é muito mais abrangente e faz-nos, às vezes, até diagnosticar a nós próprios o que está a acontecer. É nesse sentido.

Mulher, 37 anos, licenciada, engenheira alimentar

Estes entrevistados centram os seus discursos numa construção criativa e identitária das trajetórias de saúde e de vida, nas quais o foco é a subjetividade das experiências vividas. A saúde não surge, nestes sujeitos, como um objetivo a atingir, e nesse sentido os consumos e as práticas não são associadas a um valor instrumental. A saúde é entendida e vivida como uma processo individualizado mas conectado com o exterior, que se confunde com a própria noção e construção de vida e de identidade do sujeito, que se entende de forma holística e se pretende que seja equilibrada e harmónica.

Sim, é o que todos procuramos, não é? Algum equilíbrio para conseguirmos estar bem, mesmo com tempos de dificuldade, tempos difíceis. Não é fácil a pessoa manter-se equilibrada quando tem que contar o dinheiro para tudo, quando quer trabalhar e não encontra trabalho, enfim, com todas as coisas que vão acontecendo na vida. Então encontrar um certo equilíbrio é a base de tudo, de nos sentirmos bem, de nos sentirmos saudáveis, de sentirmos que temos energia, força, mas também tranquilidade, paz.

Mulher, 32 anos, licenciatura, professora de línguas

(...) Desde muito cedo li muitas coisas sobre práticas...práticas de saúde, essas sim de vida saudável...que foram introduzidas no Ocidente, com muita literatura vinda do Oriente, nomeadamente da Índia, do Japão, da China, e que introduziram conceitos de saúde e de bem-estar que eu acho que são muito mais adequados à forma como eu encaro a saúde. Em primeiro lugar introduziram um conceito que eu acho que faz pleno sentido...que é impossível separar a minha vida e o modo como eu vejo e vivo a minha vida do meu estado de saúde, e que nós podemos mexer no nosso estado de saúde se mexermos no modo como nos comportamos nas decisões que tomamos no dia-a-dia...portanto...isso para mim fez pleno sentido.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Assim, estes sujeitos fazem uso de consumos e sobretudo de práticas terapêuticas alternativas, corporais, meditativas, energéticas, espirituais, ou outras, referidas enquanto elementos que marcam os seus próprios estilos de vida e identidades culturais e não como recursos para alcançar um determinado estado de saúde. Estas são as narrativas que se posicionam de forma mais distante do sistema biomédico, que surge apenas de forma marginal, como um recurso (último) na resposta à doença. Existe uma rejeição da objetividade no entendimento do corpo e do sujeito, assim como daquilo que

se associa à ‘artificialidade’ e aos ‘químicos’, privilegiando-se as abordagens holísticas que reforçam a ideia de ‘natural’ e de ‘energia’.

Sim, claro, a saúde é uma expressão dos nossos modos de vida. Não faria sentido eu viver na simplicidade e depois carregar-me de produtos químicos para tratar da minha saúde, seria até um choque para o meu corpo. A saúde é algo em que nem penso, vem por acréscimo, ao cuidar de mim, da minha alimentação, do meu corpo, estou a cuidar da saúde.

Homem, 30 anos, licenciatura, arquiteto.

(...) eu, desde que me conheço, que não me identifico com as práticas médicas, com o modo como os médicos me vêem. É quase ofensivo para mim eu ser visto como um aglomerado de órgãos que está aqui e que podem ser dispostos por um cirurgião se ele bem entender. Não me agrada nada o modo como a medicina usa a cirurgia para tratar toda a espécie de doenças. (...) Senti-me sempre minorizado relativamente ao modo como os médicos me vêem, posso dizer que tenho mesmo aversão a todas as batas brancas! (...) Depois a ideia de que nós somos seres com vários níveis energéticos, para mim faz todo o sentido que nós tenhamos esses níveis, e que estamos apenas a dar apenas a dar importância e que vivemos numa delas que é a física, mas que há uma não física que é tão importante quanto o outro lado.

Homem, 43 anos, licenciatura, professor secundário.

Em síntese, encontramos narrativas diversamente posicionadas na relação dos sujeitos com o espaço e com o tempo. Esta relação que marca a reconstrução das trajetórias passadas, revela diferentes racionalidades na relação com a vida, a saúde e com a utilização de cuidados de saúde alternativos. Existem lógicas de referenciação da saúde e da doença (‘foco centralizador’ e ‘afetividade socio-espacial’) que se cristalizam num determinado tempo (de vida, de acontecimento, de trauma) ou em torno de um lugar de referência com conotações afetivas que moldam os entendimentos de saúde e do saudável.

Outras narrativas (‘fragmentação da vida’ e ‘unificação das experiências’) apresentam-se numa referenciação espaço-temporal mais fragmentada ou continuada e fluída, mas sem cristalizações de um tempo ou espaço fora da vida atual. Nestes sujeitos, a perceção sensorial, experimental da vida articula-se com a construção de uma filosofia de vida

que se estende à noção de sujeito e de saúde, que constitui a centralidade do equilíbrio desejado e procurado.

PARTE IV – SÍNTESE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.

Capítulo 1 – Os protagonismos alternativos na saúde como movimento leigo no contexto da modernidade tardia

A Sociologia tem desenvolvido poucos estudos focados na perspectiva leiga da relação com a saúde, nomeadamente do ponto de vista da agência ativa que afirma conscientemente a saúde como um projeto. Mais especificamente, está pouco explorado o significado do recurso às medicinas alternativas numa perspectiva de construção da saúde e não meramente de luta contra a doença. É no sentido de contribuir para colmatar essa falha no conhecimento da saúde como projeto contemporâneo que constituímos como objeto de estudo os protagonismos leigos alternativos na saúde enquanto fenómeno capaz de evidenciar os significados das racionalidades leigas enquanto saberes práticos construtores de sentidos subjetivos da saúde.

A reflexão sobre esse objeto delimitou a partir da nossa proposta teórica e dos eixos de análise, as problemáticas que nos interessam aqui retomar: a) os sentidos e as lógicas contidas nas perceções que definem a saúde e o saudável; b) o papel da agência individual nas escolhas dos cuidados de saúde alternativos.

Neste sentido interessa-nos, neste lugar de síntese, retomar as principais problemáticas teóricas que enquadraram o nosso objeto de estudo para, com elas, discutirmos as principais linhas que sobressaem dos resultados da investigação empírica.

1.1.Os sentidos e as lógicas contidas nas perceções que definem a saúde e o saudável

Começamos por localizar a nossa pesquisa no campo da saúde, percecionada e vivenciada na sociedade ocidental contemporânea. A saúde localiza-se, hoje, entre a esfera pública e a experiência privada, constituído uma preocupação quotidiana, que negocia os riscos e as incertezas da vida, um dever de cuidado com o próprio, e simultaneamente um objetivo social e comunitário. (Herzlich e Pierret, 1984; Herzlich,

1991; Lupton, 1995; Giddens, 1991). O esforço para manter uma vida saudável tornou-se predominante no nosso tempo, adquirindo um estatuto de ‘valor supremo’ com conotação moral (Peterson *et al.*, 2010; Crawford, 2006).

A promoção da saúde, sobretudo a denominada ‘nova promoção da saúde’ com um discurso pautado por conceitos como ‘participação comunitária’, ‘colaboração intersectorial’, ‘política de saúde pública’ veio reforçar esta responsabilidade dos sujeitos sobre a saúde, apelando à participação de todos.

“ In the new public health, everyone is called upon to play their part in advancing ‘the public’s’ health through attention to lifestyle, healthy eating, attention to exercise, preventing testing (e.g. for breast cancer, bowel cancer) and other measures. This is promoted as a means of establishing control over one’s own life, as a path to freedom and ‘wellbeing’ ” (Peterson e colab., 2010).

A progressiva difusão de diretrizes sobre os comportamentos saudáveis bem como dos riscos associados à sua negligência, foi sendo incorporada pelos sujeitos paralelamente a uma crescente percepção dos riscos e das ameaças à vida e à saúde, impelindo os sujeitos a posicionarem-se ativamente. A noção de risco desloca o futuro para o presente, o que no campo da saúde individual, se traduz numa pressão acrescida sobre os sujeitos para comportamentos prudentes e preventivos numa sociedade que simultaneamente inova e multiplica as ofertas e os apelos ao consumo. Crawford (1984) defende que a saúde tornou-se um motivo cultural dominante em que o ‘controlo’ e o ‘alívio’ funcionam como metáforas para os imperativos do capitalismo de ‘produção’ e de ‘consumo’. Os sujeitos posicionam-se neste cruzamento entre a percepção de um risco permanente e invisível que é necessário controlar e a vontade de usufruir das liberdades e dos prazeres com que o mundo da modernidade tardia permanentemente os seduz.

Neste contexto, os sentidos da procura de saúde bem como de práticas e consumos do saudável multiplicam-se pelos recursos disponíveis e acessíveis aos sujeitos. Os cuidados de saúde alternativos emergem renovados neste contexto de uma reforçada procura da saúde como um bem e um valor, a par de lógicas de mercado e de informação cada vez mais globalizadas e diversificadas. A nossa pesquisa demonstra

que o recurso leigo aos sistemas de cuidados alternativos é realizado mais numa lógica de complementaridade e pluralidade do que de alternativa ou exclusividade. Não existe, no grupo de entrevistados, nenhum sujeito que faça apenas recurso das ‘medicinas alternativas e complementares’ e apenas existe um entrevistado que tem apenas um tipo de experiência alternativa baseada nos consumos da medicina popular.

No geral, o grupo de sujeitos entrevistados diversifica as suas experiências de utilização, consumos e práticas recorrendo a vários sistemas de saúde ‘alternativos’, assim como a maioria, recorre também aos sistemas popular e convencional. McGuire (in Kelner e Wellman, 1997) refere-se ao ‘*self flexível*’, aquele que é capaz de percorrer diversas opções de saúde para encontrar o melhor resultado para a sua saúde e para o desenvolvimento pessoal. Este ‘*self flexível*’ sente-se livre de escolher entre uma ampla escolha de opções de cuidados consigo e com a sua saúde. A medicina convencional é uma das opções entre as restantes medicinas e terapêuticas.

A ligação destes sujeitos com a saúde é reflexiva, plural e negocial, assumindo os diferentes consumos e práticas de saúde, sentidos e lógicas de utilização diferenciadas, desde o reforço no tratamento de situações de doença, em articulação com as terapêuticas biomédicas, passando pela prevenção da doença no reforço das defesas, ou ainda com sentidos construtores da saúde e de uma vida saudável. Neste sentido, as próprias conceções de saúde e doença não expressam regularidades nestas narrativas, surgindo em associação com filosofias de vida, entendimentos do mundo e experiências vividas nas trajetórias individuais. Estas não são, igualmente, conceções estáveis em cada um dos sujeitos, revelando sentidos diferenciados numa mesma narrativa consoante os tempos ou os episódios de vida que são lembrados e narrados. Não se fala de uma saúde, mas de várias saúdes, repletas de referências diversas e cruzadas.

Segundo Luz (2008) quando se pretende focar as práticas, valores e representações de saúde, é preciso levar em conta a multiplicidade e a diversidade de modelos e práticas ligados tanto a saberes tradicionais ou constituintes da atualidade, quanto a sistemas médicos complexos. Para esta autora “ *diversidade, fragmentarismo, colagem, lubridismo e sincretismo, características culturais atribuídas à pós-modernidade, estão*

seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea.” (Luz, 2008:10)

A subjetividade da relação com a saúde que se constrói, transporta-nos para os sentidos e significados que os sujeitos atribuem aos processos e às ações que contribuem para a construção da sua saúde. É evidente, na nossa pesquisa, o cruzamento de elementos dos vários sistemas médicos (sobretudo da relação estabelecida pelos leigos entre o convencional e o alternativo) que contribuem para a compreensão dos sentidos e das lógicas de construção leiga da saúde e do saudável, nomeadamente através: a) do conhecimento e da responsabilidade incorporada face aos comportamentos saudáveis; b) da procura ativa de informação e de novos saberes sobre saúde e doença; c) da atitude crítica e de questionamento face ao sistema biomédico

a) Conhecimento e responsabilidade incorporada face aos comportamentos saudável.

A nossa pesquisa demonstra que o discurso de promoção da saúde, amplamente difundido pela biomedicina foi interiorizando nos sujeitos a noção de saudável e a necessidade de ser e de se apresentar como saudável. As pressões contemporâneas para a saúde cruzam todos os lugares e tempos por onde os indivíduos se movem, desde a preocupação com a organização e planeamento dos consumos domésticos para a confeção de refeições saudáveis, a desejada boa forma física para um corpo esbelto e apresentável, ou o necessário equilíbrio e energia para o bom desempenho dos múltiplos papeis sociais.

O discurso público, oficial e mediático, estendeu o conceito de saudável à ideia de felicidade e sucesso, apelando a uma ideia de saúde global, integral, holística, que os sujeitos referem não encontrar nas estruturas de cuidados e serviços de saúde, percecionadas como mais próximas da doença do que da saúde, e que procuram, pelo menos, complementar com recursos de outros sistemas de cuidados. Madel Luz (2003) refere-se a estados crescentes de ansiedade que se refletem no corpo físico dos sujeitos, resultantes da tensão permanente entre um estado crescente de consciência e de alerta

perante os riscos e a pressão para um bom funcionamento, com saúde, boa forma e beleza.

A expressão desta relação de pressão sobre o que os sujeitos sentem como dever de saúde, surge, nos discursos sobre os consumos quotidianos de saúde, com uma predominância de argumentação construída na negativa, ou seja, os discursos organizam-se, em alguns destes sujeitos, em torno daquilo que se pretende evitar ou compensar. Sobretudo nas narrativas dos menos jovens, a alimentação e as suas práticas, são, na maioria dos casos, expressões da ocorrência ou da intenção de mudanças nas trajetórias de saúde dos sujeitos, numa lógica de construção da saúde através de comportamentos saudáveis. Nestes sujeitos, os diversos tipos de alimentos surgem representados em dois grupos apartados, cada um deles com uma conotação inversa ao outro em torno do binómio dever/prazer: evitam-se ou encontram-se estratégias de compensação para os alimentos nocivos à saúde, mas que oferecem prazer ao palato; e privilegia-se a ingestão de alimentos saudáveis, normalmente associados à ideia de ‘naturais’, percecionados como fazendo parte de um dever quase terapêutico.

Segundo Coward (1989 cit in Shiapush, 1998) existe uma ideia usual nestes utilizadores de medicinas alternativas que a responsabilidade sobre a saúde é individual e que esta dá trabalho, exige dedicação e mudanças nos estilos de vida. As lógicas de consumo na sociedade contemporânea, mais especificamente o consumo simbólico podem também ajudar na compreensão destas conotações afetivas e avaliativas em torno dos diferentes consumos alimentares. O consumo simbólico tornou-se uma das atividades centrais da construção identitária no mundo pós-moderno, uma vez que as fontes tradicionais de identidade como a família de origem ou a classe social perderam importância (Braudillard, 1988; Rayner e Easthope, 2001; Bauman, 1992; Giddens, 1991).

Este mesmo conceito de saúde que é promovido publicamente, e que motiva a responsabilidade individual (ou a culpa) sobre os consumos e práticas de saúde quotidianas constitui, igualmente, um dos elementos que parece direcionar os indivíduos para o sistema alternativo, em busca deste saudável que lhes é exigido socialmente. O sentido de saúde e bem-estar procurado por estes indivíduos nos sistemas alternativos, assume, muitas vezes, um carácter funcional, que pretende obter

melhores respostas às necessidades dos seus modos da vida e dos seus estados de saúde ou de doença. Do mesmo modo, o conceito de consumo simbólico também pode ser aplicado aos consumos alternativos, que em muitos destes discursos, surgem revestidos de elementos de identificação simbólica, destacando-se a associação deste tipo de consumos, bem como de outros consumos mais próximos da medicina popular, a uma das palavras-chave presente em quase todas estas narrativas – ‘natural’.

Coward (1989) argumenta que, enquanto no passado, a natureza estava associada a noções como de sociedade primitiva, selvagem, agressividade, violência ou sobrevivência dos mais fortes, na atualidade, a natureza é entendida como gentil, cuidadosa, benevolente e segura. Assim, existe uma crescente valorização do consumo de produtos naturais e um evitamento ou mesmo rejeição dos ingredientes artificiais ou químicos.

b) Procura ativa de informação e de novos saberes sobre a saúde e a doença.

Percebemos, na nossa investigação, que existe uma atenção generalizada com a temática da saúde, que é filtrada, nas fontes, nos conteúdos, e nos meios utilizados pelos próprios sujeitos. As diferentes fontes são utilizadas para diferentes necessidades e objetivos aparentemente de acordo com a facilidade e rapidez de acesso às mesmas ou com a ‘cientificidade’ dos conteúdos nas fontes escritas especializadas. Assim, os sujeitos revelam utilizar as fontes virtuais de informação e comunicação (sites, blogs, fóruns de discussão e redes sociais) assim como as fontes orais (sobretudo de proximidade, ou seja, familiares, vizinhos ou amigos) como recursos imediatos em situações de necessidade de respostas para o entendimento de doenças ou sintomas de doença. As fontes escritas especializadas são também referenciadas e de modo detalhado quanto aos conteúdos, dado que estas se referem essencialmente a leituras técnicas e/ou científicas com foco na saúde (respiração, massagens, reiki, tai chi) ou ainda de base filosófica ou psicológica.

O género parece, aqui, marcar uma linha diferenciadora nos discursos encontrados na pesquisa, existindo uma evidência maior nas falas das mulheres no sentido de uma

procura voluntária de informação sobre a saúde. Isto pode ser interpretado no contexto do papel de cuidadoras dentro do espaço doméstico, que ainda cabe maioritariamente às mulheres, sendo estas responsáveis não só pela sua saúde como pela saúde familiar, sobretudo, no que respeita aos filhos. Os homens são menos expressivos quanto ao protagonismo da procura de informação, limitando a sua relação com as fontes de informação como uma espécie de ‘encontro’ com saberes retidos mas não procurados.

Doel publicou os resultados de um estudo empírico, em 2003, onde menciona a feminização das revistas de estilos de vida saudáveis, referindo que 70% a 97% dos seus leitores são mulheres, a maioria dos editores das revistas são também mulheres, bem como os artigos publicados se dirigem ao universo feminino. O autor cita Kirkman (in Doel, 2003) que sugere que existem dois discursos chave que fazem a ligação entre as mulheres e a saúde: projetos corporais individualizados e a responsabilidade pela saúde da sua família. De facto, os resultados da nossa pesquisa contêm elementos diferenciadores de género, que nos permitem partilhar desta perspetiva, tanto no que diz respeito aos cuidados de saúde familiar, como no interesse pelos cuidados específicos com a saúde da mulher (sexual e reprodutiva) e com o corpo, expressos em algumas das narrativas por nós analisadas.

c) Atitude crítica e de questionamento face ao modelo biomédico.

A racionalidade biomédica, e algumas das suas práticas, são entendidas pelos sujeitos entrevistados como redutoras dos conceitos de indivíduo, criticadas e questionadas relativamente às suas possibilidades de cuidar da saúde e do bem-estar. Os sujeitos remetem a biomedicina para a funcionalidade que lhes serve os interesses, ou seja, para as suas potencialidades de diagnóstico e vigilância da saúde, para o tratamento de situações de doença aguda ou crónica, ou para os cuidados hospitalares em situações de urgência. Tesser (2009) refere-se a esta transformação na relação entre os leigos e a medicina como uma consequência da deslocação, na medicina, da relação do sujeito com o curador (médico) para um conjunto de serviços e curadores das profissões de saúde que a ‘auxiliam’ (técnicos de laboratório, de radiologia, de fisioterapia, de farmácia).

Na ausência de doença grave, os indivíduos transportam, muitas vezes, os diagnósticos médicos para os cuidados (entendidos como mais humanizados) dos terapeutas das medicinas alternativas. Outras vezes, mesmo sem diagnóstico, tentam cruzar e validar as diferentes terapêuticas junto dos diversos sistemas médicos a que recorrem. No entanto, esta relação só tem sucesso dentro do sistema médico alternativo, uma vez que o diálogo entre saberes que é possibilitado por estes profissionais alternativos, é condicionado ou mesmo impossibilitado, pelos médicos convencionais, ignorando ou remetendo para uma clandestinidade não desejada pelos sujeitos, as suas práticas e experiências nos outros sistemas terapêuticos.

Estes resultados encontram semelhança nos dados publicados por Einsenberg (2001) resultantes de um inquérito nacional realizado nos Estados Unidos com 831 adultos que utilizavam os dois sistemas médicos – convencional e alternativo – em que cerca de 70% das pessoas não comunicavam ao médico o uso das ‘medicinas alternativas e convencionais’ apontando como razões principais o facto de não considerarem importante o médico saber (61%) ou porque o médico não as questionava sobre isso (60%). Cerca de 20% consideravam que o médico não iria compreender, 14% que não iria aprovar e 2% acreditavam mesmo que o médico deixaria de cuidá-las. Apesar disto, o mesmo inquérito revelou que os níveis de confiança são idênticos e elevados em relação aos médicos dos dois sistemas.

Na nossa pesquisa, apesar de, em muitas narrativas, a ideia do rigor do diagnóstico surgir associado à confiança pericial no sistema biomédico, existe uma postura crítica generalizada em relação a este sistema, sendo mais evidente nos sujeitos mais escolarizados, que expressam um discurso reflexivo, avaliativo, mais questionador dos riscos e dos procedimentos do modelo biomédico do que dos sistemas médicos alternativos. É evidente, nestes sujeitos mais escolarizados e mais jovens, um afastamento do modelo científico, biomédico, em termos de uma não identificação conceptual, subjetiva, de um ‘eu-sujeito-ativo’ que não se revê no ‘eu-corpo-passivo’ da medicina convencional, embora na maioria dos casos, isto não signifique uma lógica de rutura ou de absoluta exclusão. Este distanciamento leigo em relação à medicina convencional justifica-se mais pela não identificação dos sujeitos com algumas das

conceções de base, com a frieza e distanciamento provocada pelos meios de diagnóstico e sobretudo por uma forte rejeição das terapêuticas farmacológicas (pela percepção do risco associado), do que pela insatisfação com o profissionalismo médico.

A dimensão do controlo da saúde tem estado localizada nos sentidos científicos e práticos ditados pela biomedicina, a qual tem assumido o protagonismo na normatização da vida social, quer definindo as fronteiras da normalidade e do saudável, quer através de estratégias de vigilância, quer ainda da intervenção ativa. No entanto, a medicina, tal como a ciência, têm vindo a fragilizar-se, internamente, pela fragmentação dos saberes hiperespecializados, e externamente, pelas dificuldades de comunicação com os leigos e pelas evidentes limitações nas respostas ‘prometidas’ para os problemas da vida e da saúde.

Os riscos deixaram de pertencer à ordem do destino e da fatalidade para serem percebidos como resultantes da intervenção humana, globalizados e projetados para o futuro por meio de probabilidades. No caso da saúde e da medicina o desenvolvimento dos meios auxiliares de diagnóstico reforçou esta noção de risco e da probabilidade estimada de uma doença futura, cujo ‘anúncio’ é imediatamente ameaçador ou mesmo interruptor das biografias pessoais. Na nossa investigação, o recurso às ‘medicinas alternativas’ é, algumas vezes, justificado com a continuidade da vida ‘normal’, sem fragmentações acrescidas ou tempos de espera que suspendam a vida. O afastamento do sistema biomédico surge, em algumas das narrativas, como a rejeição da espera - do resultado dos exames, do diagnóstico médico ou da marcação da cirurgia - que interrompe a continuidade da vida, não apenas pelo tempo mas também pela ansiedade provocada.

Calnan (1988) refere que existe uma camada da população cada vez mais cética em relação à medicina e aos seus desenvolvimentos tecnológicos, complexificando a relação dos leigos, cada vez mais escolarizados, informados e reflexivos, com a medicina e com a saúde. O conhecimento torna-se, neste sentido, a principal ferramenta para enfrentar os múltiplos riscos invisíveis, dado que a ciência e a medicina não os conseguem prevenir. Assim, na saúde como noutros domínios da vida, a população leiga constrói outras racionalidades diferenciadas da racionalidade científica, fazendo

uso da pluralidade de recursos disponíveis, informacionais, periciais, tradicionais, ideológicos ou filosóficos. Crawford (1984) defende a ideia da existência de uma crescente subjetivação na construção dos estilos de vida saudáveis. O fortalecimento da percepção dos sujeitos sobre os limites da ciência e da medicina, fez com que estes passassem a assumir o controle individual como o seu principal alicerce de construção da saúde.

Kelner e Wellman (1997) seguem a mesma linha de argumentação defendendo que estes sujeitos perderam confiança na legitimidade institucional para as suas escolhas de saúde substituindo-a por uma legitimidade pessoal. A escolha, não é, assim, dicotômica entre um sistema convencional e o alternativo, mas específica para cada problema ou necessidade, e realizada de acordo com a percepção da terapia e do terapeuta.

Concordamos com a inexistência, na percepção leiga, de uma dicotomia entre os dois sistemas médicos, pelo que não identificamos os resultados da nossa pesquisa com um dos argumentos utilizado na literatura sociológica sobre as ‘medicinas alternativas e complementares’ que advoga que a procura destas medicinas constitui apenas uma resposta face a experiências insatisfatórias vividas no modelo biomédico. Esse fator, apesar de surgir em alguns discursos dos nossos entrevistados, não define a centralidade dos sentidos atribuídos à ação de protagonizar uma escolha alternativa de saúde. Esta não assenta na mera rejeição do modelo médico hegemónico, mas na procura ativa de outras concepções de saúde que se possam alternar ou complementar nos sentidos subjetivos de saúde dos sujeitos.

1.2. O papel da agência individual nas escolhas dos cuidados de saúde alternativos

Neste ponto pretendemos focar a discussão nos principais resultados que nos permitem aceder à compreensão do papel da agência individual nas escolhas dos cuidados de saúde alternativos. Para isso recuperamos os termos concetuais em que definimos, inicialmente, o nosso objeto de estudo, entendendo os ‘protagonismos leigos

alternativos na saúde’ como ‘ações leigas voluntárias, agenciais de construção da saúde por vias alternativas à biomedicina’. Estes têm por base as racionalidades leigas de construção da saúde, e emergem no contexto global da modernidade tardia, e num contexto local onde se desenvolveu a investigação empírica situado numa zona urbana da região centro de Portugal. Em sede de síntese, e de modo a evidenciar os principais resultados deste eixo de análise bem como a clarificar a sua discussão, organizamos este ponto em três itens: a) Contextualização social da utilização de cuidados alternativos de saúde; b) Racionalidades leigas ‘alternativas’ na saúde; c) A agência individual nas escolhas de saúde ‘alternativa’.

a) Contextualização social da utilização de cuidados alternativos de saúde

Na modernidade tardia que caracteriza a sociedade ocidental contemporânea, a saúde ligada à cultura de consumo faz emergir novas lógicas assentes em pluralismos médicos e terapêuticos (Lopes, 2010). Estas lógicas expressam um distanciamento do protagonismo biomédico sobre a saúde e a doença, e sobre os discursos públicos reguladores e normalizadores dos estilos de vida saudáveis, surgindo novos movimentos leigos, assentes em referenciais e sistemas periciais plurais, que transformam os discursos sobre a saúde e modificam as formas leigas da sua construção.

Situamos o nosso campo empírico de investigação em Portugal, que sendo um país semiperiférico, articula elementos típicos das sociedades desenvolvidas com outros das sociedades menos desenvolvidas (Santos, 1990) o que pode conferir alguma especificidade num objeto de estudo que aborda um fenómeno emergente, crescente e dinâmico como o nosso. Retomamos aqui a referência de Luísa Franco a respeito da complexidade de definição e classificação destas ‘medicinas alternativas e complementares’ justificada por este processo de acelerada transformação em que elas se encontram: “ (...) as definições têm vindo a acumular-se, pois estamos perante um objeto social em mudança, processo em curso desde meados do século XVII em alguns países (como é o caso britânico) até ao atual ritmo acelerado de transformação, o que sugere um objeto fugaz e difícil de apreender.” (2010:39).

Se uma das características da modernidade tardia é, como temos referido, o aumento da responsabilização individual sobre a saúde que é motivado e apoiado pelo sistema oficial, ampliando-se desta forma, o espaço dos protagonismos leigos, estes são simultaneamente limitados, por se encontrarem submetidos ao julgamento do exercício dos direitos e liberdades individuais que a posição hegemónica da medicina reivindica para seu uso exclusivo (Carapinheiro, 2010).

Na nossa investigação é evidente a perceção destes constrangimentos na utilização dos cuidados de saúde alternativos, sendo o fator económico (decorrente da não comparticipação estatal neste tipo de cuidados) assim como a falta de regulação das terapêuticas e dos seus profissionais, os argumentos mais referidos na justificação de uma utilização muito menos frequente do que a desejada por estes sujeitos.

Os saberes leigos, e sobretudo, as escolhas de cuidados alternativos de saúde, vivem, em Portugal, numa semiclandestinidadade que contribui para o silêncio acrescido sobre o recurso que a eles se faz, como já referimos. Deste modo, o vasto campo das denominadas ‘medicinas e terapêuticas alternativas e complementares’ - não só pelas especificidades diferenciadoras dos seus sistemas médicos, mas também pela sua posição marginal marcada pela falta de legitimação, regulação e comparticipação públicas nacionais - constitui um lugar privilegiado de expressão e análise das racionalidades e dos protagonismos leigos que deles fazem uso nas conceções e construções da saúde.

b) Racionalidades leigas ‘alternativas’ na saúde

As racionalidades leigas contemporâneas incorporam formas de conhecimento diversificadas, nas classificações, nas representações, e nos saberes, que provêm de vários campos como a religião, a moral, a magia, a natureza e a cultura, isto nas sociedades menos complexas como nas sociedades desenvolvidas (Alves,2011). Assim, o conhecimento leigo não é do mesmo tipo que o conhecimento científico, uma vez que faz uso de diferentes lógicas e sentidos.

As racionalidades leigas de saúde, assim como os protagonismos alternativos que a partir delas emergem não surgem desligados do mundo da vida. Os discursos sobre a saúde e as escolhas de saúde, que a nossa pesquisa encontrou, revelam-se impregnados de valores sociais, políticos e culturais que enquadram a forma como estes entrevistados entendem a vida, se entendem a si próprios enquanto sujeitos, construindo, assim, os seus próprios conceitos de saúde, bem-estar e de vida saudável. As escolhas de cuidados de saúde alternativos surgem na relação com a prevenção da doença ou com o seu tratamento, mas surgem também como decisões acerca de uma existência mais feliz, mais equilibrada e harmoniosa, mais próxima de uma integralidade da vida e do sujeito, elementos não encontrados no universo da ciência e dos cuidados de saúde biomédicos.

Tal como Crawford refere, os significados da saúde são profundamente pessoais e simbólicos, e muito diversificados de acordo com as experiências subjetivas e com os contextos sociais e culturais que os enformam.

“Like any other ‘key word’ health is constructed in relation to social structures and experience and systematically articulated with other meanings and practices. Although the prominence of health in modern culture is largely a product of medicine’s enormous influence, medical practice has never been able to contain the irrepressible proliferation of meanings associated with health. “ (Crawford, 2006:405)

Surgem, desta forma, falas que transportam a saúde para a vida social, para aspetos políticos, para a vida económica e cultural, fazendo perceber que a saúde não é uma variável singular que existe de forma independente do mundo da vida. A ideia de uma saúde holística percorre a maioria dos discursos encontrados, embora a forma como esta se inscreve nas trajetórias dos indivíduos seja diferenciada e também diferenciadora dos seus próprios significados e conteúdos.

Transparece, em alguns destes discursos, pressões e cansaços associados à fragmentação dos tempos e aos múltiplos papéis sociais a que os indivíduos necessitam dar resposta nas sociedades atuais. Estes sujeitos parecem procurar, neste conceito de saúde mais amplo que as ‘medicinas alternativas e complementares’ disponibilizam, uma dimensão integradora das experiências que lhes permita sentir uma certa unicidade do ‘eu’.

Procura-se uma saúde que possa ser vivenciada de forma não fragmentada nas diferentes esferas da vida pessoal, e que possa ser integrada nos valores e discursos culturais e identitários com que cada um destes sujeitos aborda a vida. As medicinas alternativas abrem essa possibilidade ao contemplarem, para além das consultas, produtos, e sobretudo práticas terapêuticas que se estendem para a vida de todos os dias, que apelam ao protagonismo dos sujeitos, e desse modo lhes conferem o sentido de agência com o qual se identificam. As práticas terapêuticas, apesar da sua enorme diversidade (corporais, meditativas, espirituais ou energéticas) surgem com um grande peso na investigação, quer pela sua grande utilização, quer em torno das filosofias que as sustentam, quer ainda pelo reforço da agência individual que a transmissão de competências para a prática autónoma confere aos seus praticantes. Salienta-se ainda a importância atribuída por estes sujeitos às práticas terapêuticas - sobretudo as que têm uma componente mental, espiritual ou energética - não só na relação com a saúde, mas também na resposta à doença, sobretudo a do foro mental ou psicológico (ansiedade, depressão, neurose), surgindo nas narrativas quase como recursos patrimoniais internos a que o sujeito pode aceder ou acionar sempre que sente necessidade.

Cant e Sharma enfatizam a importância destas práticas na própria história das medicinas alternativas: *“We should remember that the story of alternative medicine is not just the story of the major therapies”* (1999:186). McCean (2005) refere-se a estas práticas, sobretudo as de cariz mais espiritual, como práticas de cuidado associadas muito mais a questões de identidade do que a lógicas de consumo das ‘medicinas alternativas e complementares’.

Silva e Alves enfatizam a dimensão sociocultural e experiencial das racionalidades leigas, marcando também a importância do espaço e do tempo nestas construções leigas de saúde (2011:215). Nestas narrativas, a motivação para as escolhas alternativas na saúde aparece, muitas vezes, associada a um tempo ou a um lugar específico, distinto para cada um dos indivíduos entrevistados, mas que marca um episódio, acontecimento ou fase da vida que provocou - na sua própria vivência ou nas memórias cedidas - uma maior reflexividade, motivando a escolha de novas opções de saúde e/ou de vida.

A doença do próprio ou de um familiar, o casamento, o nascimento de um filho ou as memórias de vivências de modos de vida diferenciados num outro país ou região, surgem nestes discursos, como elementos marcantes na definição das racionalidades leigas de saúde, que a construção das narrativas de saúde resgata para o presente. Neste sentido, as trajetórias de vida, onde se inscrevem os episódios de doença, as experiências de vida, as deslocações espaciais, parecem ser modeladoras na construção destas racionalidades, cruzando o ‘ mundo da saúde’ com o ‘mundo da vida’.

c) A agência individual nas escolhas de saúde ‘alternativa’.

Verificamos, nos sentidos incorporados nestes discursos sobre os cuidados de saúde alternativos, a centralidade do holismo na visão da pessoa, do corpo e da saúde, que se unem numa categoria ampla que se associa a um bem-estar e equilíbrio que se constrói individualmente. Esta consciência agencial surge valorizada por estes sujeitos - a escolha, a opção, a crítica, o questionamento, a negociação e a decisão – marcando estas narrativas numa expressão reforçada do protagonismo leigo na relação com a vida e com a saúde.

As ‘medicinas alternativas’, baseadas em filosofias e práticas holísticas, conseguem reforçar a ideia da individualidade da pessoa, através das suas práticas manipulativas (em que o corpo é tocado), dos seus produtos manipulados (preparados para o sujeito singular e não de forma massificada), e das suas propostas de práticas extensíveis à vida e à situação concreta do sujeito (meditação, automassagens, técnicas respiratórias, cuidados e reforços alimentares).

Assim, o holismo, associado à agência (no sentido que é dado por Giddens) posicionam-se como centrais nos processos que protagonizam a procura e a utilização das medicinas alternativas. O holismo contextualiza a noção de pessoa na sua relação com a vida, e a noção reforçada de agência parece restituir ao individuo o seu sentido identitário nas vivências da saúde que se estendem à vida.

Na nossa pesquisa, podemos afirmar que um traço unificador deste grupo de sujeitos é, claramente, a existência da agência individual reforçada, que torna os sujeitos protagonistas da construção da sua saúde, mesmo no grupo de sujeitos que apresenta uma racionalidade mais centrada na funcionalidade, geralmente os menos escolarizados. Estes sujeitos expressam falas mais próximas dos conceitos e dos grandes ‘chavões’ do discurso público de promoção da saúde, revelando uma maior proximidade com a pericialidade biomédica e uma maior dependência da validação médica dos seus consumos e práticas de saúde plurais. No entanto, todas as narrativas expressam, na relação com os cuidados alternativos de saúde, uma procura reflexiva de respostas que façam sentido para os problemas ou necessidades específicas de saúde de cada sujeito.

Existe, assim, em todos os entrevistados, um diálogo entre saberes e uma negociação dos consumos e práticas que é realizado pelos próprios sujeitos numa dimensão, que já vimos ser de uma certa ‘clandestinidade’. Este facto motiva dois posicionamentos diferenciados nos sujeitos: em alguns deles, surge como um reforço do protagonismo agencial dos sujeitos, no sentido em que são os próprios indivíduos que tem que assumir os riscos ou a confiança nas suas escolhas, dado que o sistema pericial oficial de referência se demite desse diálogo; noutros sujeitos, parece ser enfraquecedor da agência, podendo mesmo condicionar a ação, sobretudo, na sua intenção de complementaridade entre consumos e práticas dos diferentes sistemas médicos, dada a dificuldade de validação das diferentes práticas e/ou consumos.

Esta distinção surge marcada pelo grau de escolaridade, pelos recursos culturais, e pela situação de doença (grave ou crónica) que condicionam a relação de risco/confiança, e a perceção de controlo interno/externo, sendo evidente que aqueles que dispõem de maiores recursos educacionais e culturais e a perceção de um melhor estado de saúde, expressam uma maior confiança em si próprios enquanto sujeitos capazes de efetuar escolhas e de tomar decisões, questionando e cruzando saberes de diferentes fontes e consumos e práticas dos diversos sistemas.

A pesquisa demonstra, no entanto, que estes sujeitos cuja agência se fragiliza nas opções terapêuticas alternativas para as quais não encontram validação complementar,

são os mesmos que revelam um reforço agencial na relação de confiança com os consumos e práticas da medicina tradicional, recorrendo frequentemente aos remédios e mezinhas caseiras, assim como à utilização de ervas e chás, para os quais não sentem necessidade de outra validação para além da patrimonial afetiva e familiar. Os outros entrevistados, com maiores recursos educacionais, e sobretudo os mais jovens, também fazem uso destes consumos e práticas mas, muitas vezes, resgatando os saberes esquecidos ou nunca aprendidos, através do recurso a fontes virtuais ou orais (a utilização da internet e o questionamento às figuras familiares femininas de proximidade são as mais referidas).

Bakx (1991) compara aquilo que ele denominou de ‘eclipse’ das medicinas tradicionais com as ideias de religião e de comunidade. Segundo este autor, nenhuma delas desapareceu mas ambas sofreram transformações. Na religião assiste-se a uma mudança da ‘religião-igreja’ para a ‘religião como experiência’, assim como na comunidade apenas ocorreu uma transformação de uma forma de existência comunitária para outra. Neste mesmo sentido, este autor defende que as medicinas tradicionais não são exclusivas dos países menos desenvolvidos, onde elas predominam, mas que elas também proliferam no mundo desenvolvido a par de uma crescente crise na biomedicina, constituindo-se, muitas vezes, como primeiro recurso de cuidados em situação de doença. A nossa pesquisa confirma a grande utilização dos consumos e práticas desta medicina, assim como a componente afetiva que a enquadra. Os usos de cuidados de saúde de raiz tradicional surgem, nas narrativas, como unificadores de memórias passadas - recuperadas de lugares de conforto (como a casa dos pais ou a aldeia dos avós) e dos cuidados de figuras emocionalmente significantes - com as vivências presentes.

No reforço desta ideia de agência reforçada que se associa aos utilizadores das ‘medicinas alternativas e complementares’ Kelner e Wellman (1997) a partir dos resultados da sua investigação empírica, revelam que estes utilizadores entendem que o seu papel na construção da saúde é fundamental, enfatizando a responsabilidade individual na saúde, e reforçando a ideia de que são eles próprios os melhores conhecedores e avaliadores dos seus corpos e nesse sentido dos seus estados de saúde

(38% acredita que são eles próprios quem melhor pode cuidar dos seus problemas de saúde).

Esta questão do reforço da individualização por parte destas medicinas é um dos pontos de debate na literatura, opondo, por um lado, argumentos que associam a individualização a uma acrescida responsabilização dos sujeitos sobre os seus estados de saúde e de doença, que desse modo, lhes provoca um sentimento de culpa relativamente à doença; e por outro lado, argumentos que assumem esta individualização como expressão da subjetivação do sujeito que a medicina foi secundarizando ao distanciar-se da ‘arte de curar’. McClean (2005) é um dos autores que defende que o foco destas terapêuticas alternativas não é a de culpabilização da ‘vítima’ mas antes revelador de um modo de recuperação da subjetividade reforçando a individualidade do sujeito. Este segundo argumento encontra eco nos resultados da nossa pesquisa uma vez que as narrativas estão povoadas de referências positivas a este desejado reforço da individualidade e da subjetividade que faz parte do ‘encontro’ médico e terapêutico dos sistemas ‘alternativas’ mas que raramente é referido pelos sujeitos como tendo existência no sistema médico convencional.

Capítulo 2 – Protagonismos leigos alternativos nas trajetórias de saúde: tipificação de perfis

As trajetórias de saúde fundem-se nas biografias dos sujeitos, numa construção dinâmica e flexível entre as ‘coisas da saúde’ e as ‘coisas da vida’. É neste contexto que estes protagonismos se encontram em algumas regularidades, como vimos anteriormente, porque partilham do mesmo espaço coletivo, mas simultaneamente se apartam em elementos subjetivos na sua construção. Neste sentido, cabe agora focar nas principais linhas diferenciadoras dos discursos encontrados. Trazemos para esta síntese, a tipificação e descrição dos dois perfis de protagonismos leigos alternativos que emergem, mais claramente, da análise das trajetórias de saúde descritas pelos sujeitos -- *‘Protagonismo pragmático’ e ‘Protagonismo criativo’*.

Esta tipificação resulta da agregação e do cruzamento da informação das principais linhas de análise das narrativas, tendo resultado em dois perfis-tipo que descrevem as principais tendências encontradas neste movimento leigo de construção alternativa de saúde, embora estes não retratem nenhum caso individual, nem tenham correspondência direta com nenhuma das narrativas, se as considerarmos isoladamente. Isto significa que dentro de cada um dos perfis existem ainda diversidades, algumas delas já apresentadas na descrição detalhada dos dados. Como exemplo, podemos observar que embora tenhamos encontrado neste conjunto de narrativas, quatro tipos de racionalidades leigas alternativas, assim como quatro tipos de referenciação socio-espacial das trajetórias (que são categorias determinantes nesta diferenciação dos perfis) estas não correspondem a quatro perfis de protagonismos. Ou seja, os elementos de diferenciação existentes em cada uma das categorias analisadas separadamente diluem-se quando analisamos as narrativas e as trajetórias com um enfoque global.

Esta opção de análise e interpretação dos dados, apesar das conhecidas limitações que qualquer tipificação acarreta, justifica-se no contexto da nossa investigação, pelo seu carácter exploratório e o seu enfoque metodológico intensivo e compreensivo. Neste sentido, a partir de algumas das categorias que guiaram a análise de conteúdo, começamos por apresentar uma sinopse dos elementos que caracterizam a diferenciação dos dois perfis (Quadro 15), a partir da qual os descrevemos.

Quadro 15 - Sinopse de tipificação dos perfis de protagonismos alternativos na saúde

	<i>Protagonismo Pragmático</i>	<i>Protagonismo Criativo</i>
<i>Perfil Socio demográfico</i>	+ 40 anos Independente da Habilitação Com ou Sem religião Com episódios marcantes de doença (grave ou crônica)	+30 anos Habilitações superiores Sem religião Sem episódios marcantes de doença
<i>Conceção de Saúde</i>	Saúde-reserva	Saúde-construção-bem-estar
<i>Conceção de Doença</i>	Doença-interrupção biográfica	Doença-desvalorização
<i>Consumos e Práticas</i>	Consumos plurais (convencionais, alternativos e tradicionais)	Práticas terapêuticas alternativas (meditativas, corporais, energéticas, respiratórias...)
<i>Práticas quotidianas</i>	Restritivas - Compensatórias (com alimentos proibidos)	Naturais Corporais-Espirituais
<i>Sistemas de referência</i>	Convencional Tradicional	Alternativo
<i>Racionalidades leigas 'alternativas'</i>	Funcionalidade Compensação	Emancipação Experimentação
<i>Referenciação espaço-temporal</i>	Foco centralizador Afetividade socio- espacial	Fragmentação da vida Unificação da experiência

Os dois perfis distanciam-se, desde logo, nas variáveis de idade, escolaridade, e experiência de episódios de doença marcantes, que parecem ser diferenciadoras não só da relação dos leigos com a saúde e a doença, como também com a própria construção das narrativas como histórias de si próprios. O protagonismo ‘pragmático’ surge, tendencialmente, associado aos sujeitos mais velhos e com episódios de doença grave ou crónica, vividos na primeira pessoa ou em proximidade de um familiar ou amigo. O protagonismo ‘criativo’ surge mais próximo dos indivíduos mais jovens, profissionalmente ativos, mais escolarizados, sem crenças ou pertença religiosa, e sem relatos de experiências marcantes de doença.

Estes perfis de protagonismos alternativos na saúde caracterizam-se, sobretudo, pela centralidade com que constroem as suas narrativas. O ‘pragmático’ reconstrói as suas trajetórias de saúde em torno de um tempo ou episódio de vida, que se revela cristizador das suas construções de saúde e de vida. O ‘criativo’ constrói as narrativas das suas trajetórias com elementos de fragmentação e de unificação das histórias, dos acontecimentos e mesmo das concepções, nas quais todos os espaços, tempos e experiências contribuem para a construção dos entendimentos da vida e da saúde. Esta diferença nos tempos que dirigem a organização e reconstrução das trajetórias de saúde surge marcada por um elemento que se revela fraturante na caracterização do tipo de protagonismo alternativo de saúde – a existência ou inexistência de contato com a doença grave ou crónica, vivida na primeira pessoa ou no acompanhamento próximo de situações de doença de familiares ou amigos. Este tipo de vivência, quando trazido para as narrativas atuais, revela-se absorvente de toda a trajetória de saúde, sendo esta pensada a partir ou em relação com essa situação específica. Pelo contrário, os sujeitos cujas trajetórias não revelam a inscrição marcante da doença, centralizam a reflexão sobre a saúde a partir do momento presente, unificando neste, os outros tempos de vida.

Neste sentido, o que designamos de ‘*protagonismo pragmático*’ expressa um movimento que, essencialmente, parece procurar, nos cuidados de saúde alternativos, respostas eficazes, de funcionalidade ou de compensação, para uma saúde que é percebida por estes sujeitos, como perdida, fragilizada ou ameaçada. O ‘*protagonismo criativo*’ utiliza os cuidados de saúde alternativos, numa lógica de empatia e identificação com as filosofias que os sustentam, construindo de forma

criativa uma filosofia individual, subjetiva, de vida e de saúde, a partir de referências plurais e das experiências vivenciais e terapêuticas que o campo das 'alternativas' disponibiliza. Nestes últimos, a saúde surge como pertença do domínio da vida, enquanto nos primeiros ela aparece mais associada à sobrevivência.

Protagonismo pragmático

A doença crônica ou grave reforça a noção de mortalidade nos sujeitos, diminuindo-lhes a confiança no corpo. Todos os rituais associados à vigilância, diagnóstico e terapêutica da medicina convencional reforçam a ideia de doença e de doente nos sujeitos, aumentando o sentimento de insegurança em relação ao corpo e a si próprios. A doença, surge nestes indivíduos, não apenas numa dimensão de interrupção biográfica, mesmo porque, em alguns casos, ela não foi vivida na primeira pessoa, mas surge também como um tempo que reforçou a reflexividade sobre a vida nestes sujeitos e nesse sentido capaz de lhes motivar uma reconstrução das identidades (Bury, 1982; Charmaz; Williams, 1984). Esta experiência da doença provocou uma aproximação forçada, não desejada, ao sistema biomédico (onde o tratamento da doença se 'localizou') associando-o, desse modo, ao sofrimento e a uma percepção aumentada de ameaça sobre a vida.

Neste sentido, a relação destes sujeitos com a saúde e com a doença foi sendo construída, sobretudo a partir dessa experiência, tendo como referência o sistema biomédico, que lhes ofereceu elementos de concetualização e de entendimento da doença, e que, simultaneamente, lhes definiu os parâmetros da normalidade e do saudável, atribuindo-lhes, nos quotidianos, a responsabilização individual sobre os comportamentos de saúde. Assim, este sistema médico, parece conseguir compensar nestes sujeitos, alguma da confiança perdida nos seus corpos, através da percepção de segurança externa que este lhes confere (como recurso de cuidados que os sujeitos consideram rigoroso e eficaz em situação de urgência ou de gravidade), mas por outro lado, condiciona-lhes as liberdades individuais e a confiança relativas ao total usufruto da 'normalidade' quotidiana da vida.

Neste sentido, estes sujeitos desenvolvem grande parte das suas narrativas na ‘negativa’, expressando nesse modo de narrar a sua relação com a saúde, uma conflitualidade entre o que devem fazer, o que gostam de fazer, e o que querem fazer. Surgem aqui as restrições alimentares, com a distinção entre alimentos permitidos e proibitivos, que o modelo biomédico lhes impõe, a par das hesitações na adesão às terapêuticas farmacológicas, ‘químicas’, ‘agressivas’ que são percebidas como fontes de ameaça à saúde e à vida, reforçada pela informação que o próprio sistema biomédico disponibiliza (exemplo disso, referido por alguns entrevistados, é a bula dos medicamentos, que a par das indicações expõe as contraindicações e os efeitos secundários, colocando-os perante o dilema de cumprimento ou abandono da terapêutica prescrita pelo médico). A relação de confiança que os sujeitos pretendem estabelecer com o sistema médico a que recorrem, não consegue integrar o sentido de um sistema que lhes prescreve terapêuticas farmacológicas sobre as quais simultaneamente faz advertência dos seus riscos. Calnan e Williams (1991) referem-se a esta orientação para expressões de tipo negativo no pensamento sobre a saúde das classes mais desfavorecidas, por contraponto às classes mais privilegiadas em que o discurso sobre a saúde se situa na forma positiva ou de autorrealização.

Parece assim, existir, neste grupo de sujeitos, uma relação interrompida com o paternalismo do sistema médico convencional, que subsiste, agora, com elementos de aproximação e de distanciamento. Aproximação, nos tempos em que a doença marca a vida, em que o ‘rigor’ do diagnóstico médico, e os recursos de tratamento das situações de urgência ou de gravidade colocam o sistema biomédico na primeira linha de procura de assistência. E distanciamento, nos tempos quotidianos em que a ‘normalidade’ que se requer para a vida, não se compatibiliza com a ideia de directividade ‘terapêutica’, quer nos comportamentos de saúde que a biomedicina tenta formatar, quer nas terapêuticas farmacológicas longas, aplicadas às situações de doença crónica. A procura de outros sistemas de cuidados de saúde alternativos surge neste último espaço, em que os sujeitos se percebem ‘órfãos’ de um sistema que lhes reforce a vida, a saúde e a confiança em si e nos seus corpos, sem que isso os deslocalize dos seus lugares de vida, concretos e simbólicos.

Neste sentido, a relação deste protagonismo alternativo com a construção da saúde é de ordem essencialmente pragmática. Estes sujeitos procuram, nos cuidados alternativos de saúde, respostas concretas para as suas necessidades de funcionalidade, de reforço das fragilidades percebidas na relação com o corpo, a mente e a saúde, ou ainda de compensação para tratamentos e terapêuticas prescritas pelo sistema biomédico mas que os sujeitos sentem como sendo insatisfatórias ou demasiado agressivas. Existe uma lógica mais próxima da sobrevivência do que da vida, uma vez que estes sujeitos procuram respostas para a recuperação ou reforço de uma saúde que, em alguma medida, se perdeu, durante as suas trajetórias. Esta conceção de perda não é necessariamente apenas física ou orgânica, surge também como percepção de uma relação enfraquecida com a autoridade pericial (que se situava no sistema biomédico), na dificuldade em conseguir a validação pericial das suas opções de cuidados de saúde, ou mesmo nos sentidos de entendimento da saúde e da vida.

O contato inicial com estes sistemas de cuidados alternativos acontece, na maioria destes sujeitos, através dos usos da medicina tradicional, permanecendo neste campo a maioria dos seus consumos de saúde, ou deslocando-se, a partir deste, para outros consumos e práticas alternativas de saúde. A confiança no uso de ervas, chás, remédios e mezinhas caseiras é herdeira de um património afetivo e familiar, em que estes foram utilizados como sistema de cuidados. Estes sujeitos transportam a afetividade dessas memórias de cuidado, que associam ao recurso do 'natural', para outros consumos alternativos que eles integram nessa mesma conceção de 'natural'.

Assim, a procura de ervas e de chás, muitas vezes, já conhecidas dos tempos em que a vida se localizou em zonas rurais de fácil acesso e consumo frequente destes produtos, constitui o mote para a entrada em espaços comerciais de venda de produtos naturais e alternativos, que motivam, muitas vezes, alterações nos consumos, práticas e até mesmo nas conceções de saúde destes sujeitos. A adesão a práticas terapêuticas alternativas, assim como o recurso a consultas médicas do sistema alternativo não é tão frequente neste grupo de sujeitos, mas quando acontece, surge normalmente após o contacto com os cuidados de saúde alternativos através dos consumos referidos e na relação com os técnicos das lojas especializadas neste tipo de produtos.

Protagonismo criativo

O '*protagonismo criativo*' surge como uma tendência de perfil extremada em relação ao '*protagonismo pragmático*'. Neste caso, a denominação deste perfil é inspirada no conceito de '*criativos culturais*' que Astin (1998) utiliza para descrever estes utilizadores de 'medicinas alternativas e complementares, referindo-se a estes como indivíduos que entendem a vida e a saúde a partir de um quadro de valores filosóficos e ideológicos próximo das filosofias holísticas que caracterizam estes sistemas médicos alternativos. Para este autor, o recurso a estes sistemas médicos não constitui apenas um orientação individual em torno das concepções de saúde e de doença, mas que é algo transmitido e influenciado culturalmente.

O que encontramos nas narrativas analisadas corresponde, neste caso, a um discurso de saúde que se funde com o de vida e de sujeito. Não se evidencia aqui uma lógica de procura da saúde como um objetivo a atingir ou a conquistar no 'exterior', mas existe uma lógica mais ampla, em que a construção da saúde é um, entre outros elementos da construção dos estilos de vida e de afirmação das identidades pessoais e culturais. Este discurso pertence a sujeitos cujas trajetórias de vida não incorporam a doença enquanto experiência significativa ou fraturante da vivência dos tempos, ou da sua reflexividade. A doença é desvalorizada, enquanto elemento patológico, sendo entendida como um estado de 'alerta' ou de 'atenção' para desequilíbrios que não estão restritos à dimensão física do sujeito, mas que expressam desordens diversas de nível pessoal ou global.

Neste sentido, a relação destes sujeitos com o corpo e com as 'falas do corpo' não acontece por intermédio de concetualizações ou entendimentos referenciados com o sistema biomédico – este surge fracamente incorporado nestes sujeitos - mas por recurso a outros sistemas que lhes permitem conceptualizar as experiências sensoriais 'sintomatológicas', fazendo uso de consumos e práticas terapêuticas 'alternativas' que lhes ofereçam resposta. Ao contrário do 'protagonismo pragmático' este 'protagonismo criativo' constrói as suas narrativas na afirmativa, com poucos ou raros argumentos de referenciação a fontes de autoridade pericial de saúde. O sistema biomédico quando é

referido, acontece geralmente de forma indireta, não concretizada na experiência pessoal do sujeito, e sobretudo na argumentação de rejeição da utilização de químicos e de medicamentos. É evidente a existência de uma relação de distanciamento do modelo biomédico pela não identificação destes sujeitos com a filosofia que o sustenta, mas que ainda assim não o rejeita para as situações em que ele constitui a única resposta disponível.

Este protagonismo alternativo centra-se no recurso frequente a uma enorme diversidade de práticas corporais, espirituais, meditativas, respiratórias, energéticas, numa lógica de experimentação-avaliação-incorporação nos seus estilos de vidas. McCean (2005) acrescenta as questões identitárias, afirmando que são estas, e não os consumos, que determinam a escolha e utilização de práticas espirituais de cuidado.

Os consumos alternativos são também plurais, incidindo nas leituras de filosofias de vida e técnicas alternativas de saúde e do saudável, e no recurso ao ‘natural’ sobretudo por via da alimentação – com referências, algumas vezes cruzadas, à alimentação biológica, vegetariana e macrobiótica – mas que pode também estender-se aos cuidados com os materiais de confeção do vestuário ou ainda aos elementos móveis e decorativos do espaço de habitação.

O discurso destes sujeitos afirma-se em torno dos conceitos de equilíbrio, harmonia, paz, tranquilidade, energia, essenciais na unificação das experiências dos tempos e espaços de vida muitas vezes fragmentados. É nos recursos localizados no próprio sujeito que este encontra os sentidos de unificação criativa das experiências vividas, recursos que são acionados e reforçados através das práticas terapêuticas alternativas. A meditação e o yoga surgem como práticas basilares referidas por muitos destes sujeitos, quer porque lhes proporcionam um encontro filosófico significativo, quer ainda porque lhes reforçam a autonomia nas práticas, e a agência pelo ‘resgate’ ou reforço dos sentidos de equilíbrio, de paz, e de confiança no corpo e em si mesmos.

O ‘natural’ surge como um elemento marcante nos dois perfis de protagonismos, embora no caso dos ‘protagonismos criativos’ ele não surja como uma referência perdida no passado, que se pretende recuperar, tal como acontece no ‘protagonismo

pragmático’, mas antes com um carácter de ideologia de proteção do futuro, perante as ameaças e riscos - individuais, coletivos, ambientais, globais - conhecidos no presente. A aproximação ao ‘natural’ constitui, sobretudo neste grupo de sujeitos, um elemento de identificação e apresentação de si mesmos, enquanto sujeitos saudáveis, capazes de integrar o ‘mundo natural’ no ‘mundo civilizado’. Lembramos Crawford quando se refere à saúde enquanto ‘instrumento’ de afirmação da agência individual, na relação com o próprio sujeito e com o mundo.

“In a health-valuing culture, people come to define themselves in part by how well they succeed or fail in adopting healthy practices and by the qualities of character or personality believed to support healthy behaviors. (...) Through health, the modern self demonstrates his or her agency, the rational capacity to re-make self and world.”(Crawford, 2006)

Este ‘*protagonismo criativo*’ assume-se numa lógica emancipatória em relação ao sistema biomédico e aos sistemas e fontes de autoridade periciais em geral, criando pequenos ‘lugares’ simbólicos de existência individual e comunitária por identificação ideológica, filosófica ou mesmo política. Na saúde, a construção ‘alternativa’ acontece por junção de elementos significantes resultantes de uma pluralidade de conhecimentos e de experiências que são incorporadas subjetivamente nas trajetórias destes indivíduos. Neste sentido, estas trajetórias de saúde definem-se na relação entre a reflexividade, a identidade pessoal. A fragmentação da vida que caracteriza as sociedades ocidentais contemporâneas retirou aos indivíduos a segurança tradicional da identidade atribuída (familiar, religiosa, de classe) obrigando-os a uma constante reflexividade que os oriente nas escolhas.

Capítulo 3 – Síntese final

“ Cada um narra a história da sua vida que dá sentido ao que ele vive. ”

(Kauffman, 2004:133)

Assumindo, desde o início, o carácter exploratório deste estudo, decidimos substituir este que, classicamente constitui um lugar de conclusão, por um espaço de síntese do nosso trajeto realizado com os sujeitos, através do objeto de estudo, deixando um registo final de algumas considerações centradas nas palavras que sobressaem nas narrativas destes sujeitos. Neste sentido, devolvemos aqui o protagonismo aos sujeitos e às suas narrativas de saúde e de vida, para que aquilo que foi oferecido à investigação possa multiplicar-se para novos e diversificados enfoques, nossos ou de outros investigadores.

Saúde

‘Saúde é sentir-me bem.’

A construção da saúde leiga acontece num lugar de encontro entre as diretrizes sobre a saúde e o saudável amplamente difundidas pelo sistema biomédico e incorporadas nos sujeitos, e os sentidos e lógicas que dão corpo á subjetividade das biografias privadas, pessoais. Os sujeitos constroem a saúde que necessitam, a partir de concepções, práticas e consumos plurais. O foco das narrativas quando se centram nas concepções de saúde situa-se no ‘sentir-se bem’, e é esse ‘bem’ que relativiza e individualiza a saúde de cada sujeito.

Neste sentido a percepção individual da saúde corresponde a uma avaliação do ‘bem’ que é sentido subjetivamente, no contexto das trajetórias de vida dos sujeitos. Quer isto dizer que as concepções leigas de saúde, tal como as de doença, não são estáveis. Os sujeitos constroem as suas concepções, assim como as suas racionalidades de saúde a partir da consciência de si e dos seus corpos localizados espaço-temporalmente. Assim, os próprios ciclos de vida são modeladores destas concepções leigas de saúde, surgindo nas narrativas, por exemplo, o entendimento da dor como um elemento que pode ser ou não ser considerado ‘normal’ consoante as fases da vida, não tendo necessariamente que estar associada à falta de saúde.

Os cuidados ‘alternativos’ de saúde, surgem, nestas narrativas, como libertadores das pressões de uma saúde ‘perfeita’ objetivamente medida e monitorizada que estes associam ao sistema biomédico. A concepção de saúde que os sistemas médicos ‘alternativos’ disponibilizam é percebida pelos sujeitos como de compreensão, valorização e reforço do ‘bem’ que lhes é possível sentir. A concepção de saúde destes sujeitos define-se na relação com as coisas da vida que marcam os sentidos do corpo e a identidade do sujeito.

Escolhas de saúde

‘Tenho de gostar, de perceber, e tem que fazer sentido para mim.’

A percepção leiga sobre a medicina convencional é a de que esta toma o sujeito na sua dimensão de responsável por cumprir as prescrições comportamentais biomédicas e seguir as suas terapêuticas em caso de doença. Estes sujeitos sentem que o sistema

médico convencional submete a sua liberdade individual à lógica e à normatização biomédica, desvalorizando a sua existência subjetiva. Neste sentido o ‘encontro’ dos sujeitos com as ‘medicinas alternativas’ acontece neste espaço de liberdade de escolha, que estas não anulam, mas valorizam e reforçam. As ‘medicinas alternativas’ partem da subjetividade, da interligação e interdependência entre as múltiplas dimensões em que a vida decorre, fazendo com que os sujeitos sintam que os seus cuidados e terapêuticas são adotados especificamente para a sua situação pessoal.

É neste sentido que estas medicinas reforçam a agência e o sentido identitário dos sujeitos, permitindo-lhes participar como sujeitos ativos dos seus processos terapêuticos, partilhando saberes, e ainda estimulando competências de autonomia (sobretudo nas práticas terapêuticas alternativas).

A importância da possibilidade de escolha na saúde surge nestes indivíduos como a afirmação da sua individualidade, em relação aos cuidados sobre o seu corpo, que não entendem de forma isolada ou com uma existência que se esgote no plano físico. Neste sentido existe uma atitude reflexiva e crítica não só em relação ao sistema médico convencional mas também em relação aos ‘sistemas alternativos’, quando não asseguram a afirmação da subjetividade dos sujeitos. Os cuidados da medicina tradicional são, neste caso, os únicos que não são submetidos a esta reflexividade crítica porque surgem aqui numa lógica de utilização ‘auto prescrita’ e porque estão associados a um património afetivo e simbólico que os isenta de avaliação crítica.

A ‘escolha’ enquanto afirmação agencial surge de forma muito marcante nestes protagonismos leigos alternativos, como expressão identitária, mas igualmente como declaração dos saberes leigos de saúde, que baseiam as suas opções de cuidados em múltiplas fontes de informação e as avaliam na experimentação. Os sujeitos procuram, nas suas escolhas de saúde, o encontro com os seus próprios sentidos de saúde e de vida, onde vão incorporando também os sentidos das escolhas experimentadas. A percepção de eficácia simbólica (Strauss, 1975), que também marca estes protagonismos alternativos, surge aqui facilitada pela empatia emocional e por uma aproximação das crenças, concepções e práticas entre estes sistemas médicos e o universo cultural dos

sujeitos. *‘Gostar. Perceber. Fazer sentido’* sintetiza a reflexividade destes sujeitos na orientação das suas escolhas de saúde.

Natural

‘É natural, por isso não faz mal’

A natureza que foi apartada da cultura pelo processo civilizador, e que baseia o processo de afirmação da ciência, da medicina e do homem moderno (Elias, 1991), parece agora ser resgatada neste movimento alternativo de construção leiga da saúde. A natureza e o ‘natural’ surgem, nestas narrativas, como marcando o lugar onde se situa a vida, o sujeito se integra, e a saúde acontece. Associam-se ao ‘natural’ ideias de ‘desintoxicação’ dos efeitos nocivos da vida contemporânea ‘artificializada’, de inocuidade nos consumos disponibilizados, e de afetividade nas memórias resgatadas de outros tempos de vida.

Estes sujeitos distanciam-se, assim, da racionalidade de tipo científico que apartou a cultura da natureza, valorizando, nos cuidados alternativos da saúde, o encontro com elementos que lhes permitem a unificação. A relação com o ‘natural’ faz-se, quer pela nostalgia de um passado vivido em maior proximidade com a natureza e que se associa agora à ideia de vida saudável, quer como elemento protetor de um futuro que é percebido nos riscos e ameaças anunciados. Esta procura do ‘natural’ - que se revela centralizador do conjunto das narrativas – surge, frequentemente, em proximidade com os usos da medicina tradicional, sendo este ‘natural’ que se conhece da ‘tradição’, o elemento que, em muitas destas trajetórias, proporciona o contato com o universo ‘alternativo’ da saúde.

Podemos afirmar que, sobretudo nos sujeitos menos escolarizados, o conceito de ‘alternativas’ na saúde não é verbalizado, mesmo quando se referem especificamente a produtos ou suplementos desses sistemas médicos. É o ‘natural’ que adjectiva todos os consumos não pertencentes ao domínio biomédico, por contraponto aos ‘químicos’ que qualificam os fármacos prescritos pelo medicina convencional. O ‘natural’, quando qualificador dos consumos, surge na maioria das narrativas como a proteção de

qualquer risco ou ameaça associado. Em oposição, a qualificação dos fármacos em químicos aciona, de imediato, os estados de alerta dos sujeitos em relação aos potenciais riscos, quase sempre sobrepostos à eficácia terapêutica dos mesmos.

A relação simbólica dos sujeitos com o ‘natural’ a que associam estes produtos justifica a facilidade da sua experimentação, uma vez que a lógica subjacente é a de que se estes não trouxerem o ‘bem’ de sentir a saúde, também não irão trazer o ‘mal’ da ameaça. ‘É natural, por isso não faz mal’ constitui uma das expressões que melhor caracterizam estas narrativas.

Equilíbrio

‘Quando preciso, tento encontrar o equilíbrio’

Nos sentidos de construção leiga alternativa da saúde subjaz uma visão holística da saúde e do sujeito, que se encontra com as filosofias que sustentam estes cuidados de saúde alternativos. Os ‘protagonismos leigos alternativos’ orientam as suas escolhas de saúde em função de um sentido desejado de equilíbrio. Este equilíbrio é requerido no contexto dos estilos de vida e das trajetórias dos sujeitos, sendo estas diferenciadoras dos sentidos que lhe são associados.

O equilíbrio surge ligado à noção de bem-estar com que estes sujeitos qualificam a saúde, mas diferencia-se daquele pelo reforço da dimensão agencial que se assume na sua construção. O equilíbrio é um estado percecionado por estes sujeitos como dinâmico e precário, que tentam recuperar ou reforçar, fazendo uso, sobretudo, das ‘práticas terapêuticas alternativas’ e dos ‘instrumentos’ por estas disponibilizados. Ou seja, ao contrário da atitude passiva implícita na ingestão de fármacos que o sistema convencional prescreve, dos quais se espera um efeito rápido e imediato, mas com riscos associados, estes sujeitos preferem recorrer a este tipo de práticas alternativas como meios de construção ativa da saúde, aprendendo a resgatar de si mesmos as capacidades e competências para o conseguir.

Este equilíbrio a que os sujeitos se referem é de base sensorial, e identifica-se com a sua conceção de saudável, pelo reforço da capacidade de se poderem localizar na fluidez da vida ou de sentirem o silêncio dos seus corpos. Este equilíbrio surge, assim, associado ao reforço das funcionalidades e das identidades pessoais, pela unificação das várias dimensões que os tempos e espaços da vida contemporânea fragmentam.

As ‘medicinas alternativas’ disponibilizam aos sujeitos esta construção de equilíbrio saudável, partindo das próprias histórias de vida e da subjetividade dos sujeitos para a negociação sobre as terapêuticas mais adequadas. Neste sentido, os sujeitos sentem que o foco de cuidado terapêutico é o mesmo ‘ponto’ de desequilíbrio que os incomoda ou fragiliza na vida, reforçando a perceção de confiança na eficácia terapêutica, e consequentemente no desenvolvimento ativo das práticas autónomas. A relação terapêutica dos sistemas alternativos baseia-se, não apenas na aplicação dos saberes e das técnicas especializadas, mas também numa relação pedagógica entre o terapeuta (ou mestre) e os utilizadores, ensinando-os a ‘fazer’, e constituindo-se ele próprio um exemplo de identificação com a saúde que promove.

As ‘medicinas alternativas’ abrem possibilidade para que as vivências da saúde possam ser ajustadas às exigências específicas das vidas dos sujeitos, reforçando-lhes a autonomia das práticas e a confiança no entendimento de si e do seu corpo. Esta sua filosofia encaixa num espaço de cuidados de saúde deixado em aberto pelo distanciamento crescente destes leigos em relação à medicina convencional pela não identificação dos seus ‘sujeitos-ativos’ com os ‘corpos-passivos’ com que a medicina os aborda. Numa contemporaneidade que se caracteriza pela perda de referências de segurança e de identidade, a par do incremento da perceção dos riscos e ameaças, esta dimensão de reforço agencial e identitário, que os sistemas de saúde alternativos permitem e estimulam nos seus utilizadores, revela-se determinante no reforço destes protagonismos leigos de construção alternativa na saúde. Não é apenas a saúde dos sujeitos que eles servem, mas é, sobretudo, o reforço da vida.

(...)

Partimos das palavras dos protagonistas desta investigação, para a afirmação de que desta, resulta a tese que os ‘protagonismos alternativos na saúde’ constituem um movimento leigo, reflexivo e agencial, centrado na construção da saúde através de escolhas plurais de aproximação ao ‘natural’, que reforçam o equilíbrio da vida.

BIBLIOGRAFIA

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Adam, P. e Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*. Paris: Éditions Nathan.
- Albarello, L., et al. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Almeida, H.J. (1999). “A unidade funcional de saúde – impacto nos barómetros do sistema de saúde português”, XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998. Escola Nacional de Saúde Pública, 10-56.
- Almeida, J. F. F. e Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Alves, F. A (2011). *Doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas de saúde e doença mental*, Porto, Afrontamento.
- Amstrong, D. (1995) The rise of surveillance medicine, *Sociology of Health and Illness*, vol.17(3):393-404
- Antunes, R.; Correia, T. (2009) Sociologia da Saúde em Portugal, Contextos, temas e protagonistas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº61, Dezembro.
- Astin, J.(1998). Why Patients Use Alternative Medicine – results of a National Study. *The Journal of the American Medical Association*.279 (19):1548-1553.
- Augé, M. (1986). L`Anthropologie de la maladie. In *L`Homme*, 97-98 XXVI(1-2): 81-90.
- Augé, M. (dir.), et al. (2000, 1.ª ed. 1974). *A construção do mundo (religião, representações, ideologia)*. Lisboa: Edições 70.
- Augé, M. (2007). *Não-lugares*. Papyrus Editora.

Augé, M. e Herzlich, C. (1984). *Le Sens du Mal – anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.

Ávila, P., Gravito, A. e Vala, J. (2000), “Cultura Científica e Crenças sobre a Ciência”, Gonçalves, M. E., *Cultura Científica e Participação Pública*, Oeiras, Celta, pp.19-31

Backett, K. (1992) Taboos and excesses: lay health moralities in middle class families, *Sociology of Health & Illness*, vol.14(2)

Bakx, K. (1991). The 'Eclipse' of Folk Medicine in western Society, *Sociology of Health and Illness*, 13 , pp. 20-38.

Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barnes, L. (1998).The Psychologising of Chinese Healing Practices in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22:413-443

Barton, W. L. (1975). Alma-Ata: Marco de uma nova Era em Saúde, *A Saúde no Mundo*, Julho: 10-14.

Basaglia, F., & Bignami, G. (1994). Medicina/medicalização. *Enc. Einaudi*, 34, 399-441.

Bastos, et al. (1987) Aspirinas, palavras e cruces, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23:221-232.

Baudrillard, J. (1981). *A Sociedade de Consumo*. Lisboa: Edições 70.

Bauman, Z. (1992). *Mortality, immortality and other life strategies*. Stanford University Press.

Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Bauman, Z. (2007, 1.ª ed. 1991). *Modernidade e Ambivalência*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Nova Deli: Sage.

Beck, U.;Beck-Geinsheim, E. (2002) *Individualization, Institutionalized Individualism and its social and Political Consequences*, Sage Publications.

Becker, H. S. (1980). *Outsiders - Uma teoria da acção colectiva*. S. Paulo: Zahar.

Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

Benedict, R. (1934). *Patterns of Culture*. Nova Iorque: Houghton and Mifflin.

Berger, P. e Luckmann, L. (1999). *A Construção Social da Realidade*. Lisboa: Dinalivro.

Bertaux, D. (1997). *Les Récits de Vie*. Paris: Éditions Nathan.

Berthelot, J.M. Os novos desafios epistemológicos da sociologia, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 33, pp. 111-131, 2000.

Bishop, F.L.;Yardley, L.;Lewith, G.T. (2007) A Systematic Review of Beliefs Involved in the Use of Complementary and Alternative Medicine, *Journal of Health Psychology*; 12; 851.

Blaxter, M., (1983). The Causes of Disease: Women Talking. In *Social Science and Medicine*, 17, 59-69.

Blaxter, M. (1990), *Health and lifestyles / Mildred Blaxter*. - London : Routledge.

Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity Press.

Blaxter, M. and Patterson, E. (1982). *Mothers and Daughters: A Three Generational Study of Health, Attitudes and Behaviour*. London, Heinemann Educational Books.

Boudon, R. (sd). *Os métodos em Sociologia*. Porto: Rolim.

Bourdieu, P. (1976), Le champ scientifique, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2-3, pp. 88-104.

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction - critique sociale du jugement*. Paris: Les Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1997). *Les usages sociaux de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*. Paris: INRA Editions.

Bourdieu, P. (1998). *Contrafogos*. Oeiras: Celta Editora.

Bourdieu, P. (1999). *Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.

Bourdieu, P. (2001), *Science de la Science et Réflexivité*, Paris, Raisons d'Agir.

Bourdieu, P. (2001a, 1.^a ed. 1994). *Razões Práticas. Sobre a Teoria da Acção*. Oeiras: Celta Editora.

Bourdieu, P. (2002) *Esboço de Uma Teoria da Prática*, Oeiras, Celta.

Baudrillard, J. (1988). *El otro por sí mismo* (pp. 50-57). Barcelona: Anagrama.

Broom,A.;Tovey,P. (2007) The dialectical Tension Between Individuation and Depersonalization in Cancer Patients' Mediation of Complementary, Alternative and Biomedical Cancer treatments, *Sociology*, vo.4 (6):1021-1039, Sage Publications.

Bujgener, M. (1995). *Trajectoires brisées familles captives. La maladie mentale à domicile*. Paris: Les Éditions INSERM.

Bunton, Robin (1997) Popular health, advanced liberalism and Good Housekeeping magazine, in A. Petersen and R. Bunton, *Foucault - Health and Medicine*, Routledge: 223-248.

Burgess, R. G. (2001, 1.^a ed. 1984). *A Pesquisa de Terreno – Uma Introdução*. Oeiras: Celta Editora.

Bury, M. (1982). Chronic Illness as Biographical Disruption. In *Sociology of Health & Illness*, 4 (2): 167-182.

- Bury, M. (1986). Social constructionism and the development of medical sociology. In *Sociology of Health & Illness*, 8 (2): 137-169.
- Bury, M. (2000, 1ª Ed., 1997). *Health and Illness in a Changing Society*. Londres: Routledge.
- Bury, M. (2001) Illness Narratives: fact or fiction? In *Sociology of Health & Illness*, 23, 263-265.
- Cabral, M.V. e Silva, P.A.(2002), *Saúde e Doença em Portugal* – Lisboa:ICS, Imprensa de Ciências Sociais.
- Callahan, D. (ed.), et al. (2002). *The Role of Complementary & Alternative Medicine – accommodating pluralism*. Washington D. C.: Georgetown University Press.
- Callon, Michel e Bruno Latour (1991), *La Science Telle Qu'elle Se Fait*, Paris, La Découverte.
- Calnan, M. (1987). *Health and illness: The lay perspective*. Londres, Nova Iorque: Tavistock.
- Calnan M. (1988) Lay evaluation of medicine: report of a pilot study. *Int J Hlth Serv.*, 18, 311.
- Calnan, M. e Williams, S. (1991). Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances. In *Sociology of Health & Illness*, 13 (4), 506-529
- Cant, S.; Sharma, U. (1999). *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, and the State*. London. UCL. Press Limited.
- Campbell, C. (1996). Half-Belief and the Paradox of Ritual Instrumental Activism: A Theory of Modern Superstition. In *The British Journal of Sociology*, 47 (1): 151-166.
- Campenhoudt, L. V. (2003). *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Campos, A. C. (1983). *Saúde o custo de um valor sem preço*. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A. C., (1990). O Estado Providência, Perspectivas de Financiamento: O Caso da Saúde. In *Farmácia Portuguesa*, nº. 66, Novembro-Dezembro.
- Caraça, João (2001), *Ciência*, Lisboa, Quimera.
- Caraça, J., e Carrilho, M. M. (1992), “O imaterial e o arquipélago dos saberes”, *Colóquio/Ciências*, 12, pp. 83-91.
- Carapinheiro, G. e Pinto, M. G., (1987). Política de Saúde num País em Mudança: Portugal nos Anos 70 e 80. In *Revista de Sociologia, Problemas e Práticas*, nº. 3, Novembro.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G. (2001). Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e racionalidades formais. In *Etnográfica: revista do Centro de Estudos de Antropologia Social*. V (2), 335-358.

Carapinheiro, G. (org.), et al. (2006). *Sociologia da Saúde – Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Páginas, Editores, Lda.

Carapinheiro, G. (2010). Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica.

Caria, T. H. (org.), et al. (2002). *Experiência Etnográfica em Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Carreira, H. M. (1996). *As Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.

Carvalho D., (2004) Cuidar e prevenir. Os saberes familiares, tradicionais e medicinais acerca da saúde e da doença, *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*, Atelier: Saúde, Braga, Universidade do Minho.

Carvalho, M.; Luz, M. T. (2009) Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação, *Interface Comunicação Saúde Educação*, v.13, n.29, p.313-26, abr/jun.

Castel, R. (1983) De la dangerousité au risque, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*(47-48): 6

Charmaz, K. (1983) Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill, *Sociology of Health and Illness* 5(2): 168-195

Clamote, T. (2006) Pluralismo medico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais. In: Carapinheiro, G. (Org.) *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, pp: 197-240, Lisboa, Pé de Página Editores.

Clarke, A. (2001). *The Sociology of Healthcare*. London, Prentice Hall.

Clayton, B. (2002) Rethinking Postmodern Maladies, *Current Sociology*, vol.50(6):839-851

Coelho, M. T., et al. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. In *História, Ciências, Saúde*, 9(2): 315-33.

Corcuff, P. (2001). *As novas Sociologias – construções da realidade social*. Sintra: Ed. Vral.

Costa, A. F. (1987). A Pesquisa de Terreno em Sociologia. In Silva, A. S. e Pinto, J. M. (ogs), *Metodologia das Ciências Sociais*, 129-148. Porto: Editora Afrontamento.

Costa, A. F. (2007). Os desafios da teoria da prática à construção da sociologia. In J. M. Pinto e V. B. Pereira (orgs.), *Pierre Bourdieu – A Teoria da Prática e a Construção da Sociologia em Portugal*, 15-29. Porto: Edições Afrontamento.

Costa, A. F.; Ávila, P.; Mateus, S. (2001). *Públicos da Ciência em Portugal*, Lisboa, Gradiva.

Costa, A. F. da (1996). Ciência e Reflexividade Social. Relações entre ciência e Sociedade segundo um Inquérito aos Investigadores Portugueses. In Gonçalves, M. E.;

Costa, A. F. da; Ávila, P. e Mateus, S. (2002), *Públicos da Ciência em Portugal*, Lisboa, Gradiva.

- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.
- Coward, R. (1989). *The Whole Truth: The Myth of Alternative Medicine*. London: Faber and Faber.
- Crawford, R. (1984). A cultural account of health. In J. Mckinlay (Ed.), *Issues in the political economy of health care*, 61-103. Londres e Nova Iorque: Tavistock.
- Crawford, R. (2006) Health as a meaningful social practice, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medecine*, vol.10(4):401-420
- Cresson, G. (1995). *Le Travail Domestique de Santé*. Paris: Éditions L'Harmattan.
- Coward, R. (1989). *The Whole Truth : The Myth of Alternative Medicina*. London : Faber and Faber.
- Croizier, F. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Cuff, E. et al. (1990). *Perspectives in Sociology*. London, Unwin Hyman.
- Davison, C et al (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox. *Sociology Health Illness*, 13, 1.
- Denzin, N. E Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA:Sage.
- Deshaies, B. (1997). *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Deus, J. D. (2003), *Da Crítica da Ciência à Negação da Ciência*, Lisboa, Gradiva.
- Dew, Kevin (2007) Public health and the cult of humanity: a neglected Durkheimian concept, *Sociology of Health and Illness*, vol.29(1):100-114
- Dodier, N. (1993), *L'expertise médicale:essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris:Éditions Métoilié: 325-338
- Doel, M.A.; Segrott, J. (2003) Beyond belief? Consumer culture, complementary medicine, and the dis-ease of everyday life, *Environment and Planning D:Society and Space*, vol.21, p.739-759.
- Ducan, 2004 Beyond belief? Consumer culture, complementary medicine, and the dis-ease of everyday life, *Environment and Planning D:Society and Space*, vol.21, p.739-759.
- Dubos, R. (1963) La santé et la condition humaine, *Prospective* n° 10, Dez., p.35-56
- Elias, N. (1991). *La Société des Individus*. Paris: Fayard.
- Elias, Norbet (1989 ed. port. (1939 1ª ed.)) *O Processo Civilisacional*, Lisboa, Dom Quixote

- Eyles, J. et al. (2001) What determines health? To where should we shift resources? Attitudes towards the determinants of health among multiple stakeholder groups in Prince Edward Island, Canada, *Social Science and Medicine* **53**(12): 1611-1619
- Einsenberg (2001). Perceptions about Complementary Therapies Relative to Conventional Therapies among Adults Who Use Both: Results from a National Survey. *Ann. Intern. Med.* 135:344-351.
- Fassin, D. (1996). *L'Espace Politique de la Santé – Essai de généalogie*. Paris: PUF.
- Fassin, D. (2000) “Entre Politiques du Vivant et Politiques de la Vie – pour une anthropologie de la santé”, *Antropologie et Sociétés*, vol.24, n°1:95-116
- Ferlander, S. (2007) “The Importance of Different Forms of Social Capital for Health”, *Acta Sociológica*, vol.50(2):115-128
- Fisher, P., & Ward, A. (1994). Complementary medicine in Europe. *BMJ: British Medical Journal*, 309(6947), 107.
- Flick, U. (dir.), et al. (1992). *La Perception Quotidienne de la Santé et de la Maladie – Théories subjectives et représentations sociales*. Paris: L’Harmattan.
- Flick, U. (2002). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Monitor.
- Fontes, A. e Sanches, J. G. (1999). *Medicina Popular - Ensaio de Antropologia Médica*. Lisboa: Âncora Editora.
- Foucault, M. (1963), *Naissance de la clinique*, Paris:PUF.
- Foucault, M. (1975). *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Foucault, M. (1986). *O Pensamento do exterior*. Lisboa: Fim de Século Editora, Lda.
- Foucault, M. (1988) – *História da Sexualidade*, Rio de Janeiro:Edições Graal.
- Foucault, M. (2002, 1.ª ed. 1966). *As Palavras e as Coisas*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Foucault, M. (2003). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (2004). *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Foucault, M. (2007, 1ª ed. 1976). *História da Sexualidade - a vontade de saber*. Vol.1. Rio de Janeiro, Graal.
- Fox, N.J. Os Tempos dos Cuidados de Saúde, Poder, controlo e resistência, *Sociologia – Problemas e Práticas*, n°29, pp.9-29, 1999.
- Franco, L. (2010). O Processo de Institucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares – o caso da acupuntura em Portugal. Tese de Doutoramento em Sociologia FCSH, Universidade Nova de Lisboa
- Frank, A. (2006) Health Stories as connectors and subjectifiers, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol.10 (4):421-440

- Freidson E. (1971). *Patients' Views of Medical Practice*. New York. Russell Sage Foundation
- Freidson, E. (1971a.). Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. *American Sociological Review*, Vol. 36, No. 6 (Dec), 1168- 1169.
- Freidson, E. (1984, 1ª ed., 1970). *La Profession Médicale*. Paris: Payot.
- Gago, J. M. (1990), *Manifesto Para a Ciência em Portugal*, Lisboa, Gradiva.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewoods Cliffs: Prentice-Hall.
- Geertz, C. (1989). *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (1993). *O inquérito - teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (1992). *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A (1994) *Beyond Left and Right*. Polity Press, Cambridge.
- Giddens, A. (1996). *Novas Regras do Método Sociológico*. Lisboa: Gradiva.
- Giddens, A. (1999). *Para uma Terceira Via*. Lisboa: Editorial Presença.
- Giddens, A. (2000, 1ª ed. 1979). *Dualidade da Estrutura – Agência e Estrutura*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2001, 1ª ed.1991). *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta, 2ª edição.
- Gil, F. (coord.) (1999). *A Ciência Tal Qual Se Faz*, Lisboa, João Sá da Costa, pp. 9-29.
- GIL, J. (2004). *Portugal, Hoje – O Medo de Existir*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Goffman, E. (1982, 1ª ed. 1963). *Estigma, Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*, Penguin Books.
- Gonçalves, M. E. (org.) (1996). *Ciência e Democracia*, Venda Nova, Bertrand.
- Gonçalves, M. E. (org.) (2000). *Cultura Científica e Participação Pública*, Oeiras, Celta.
- Gonçalves, M. E. (org.) (2002). *Os Portugueses e a Ciência*, Lisboa, Dom Quixote.
- Gouldner, A. W. (1971). *The Coming Crises of Western Sociology*. Londres: Heinemann.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – sentidos e formas de uso*, Principia.
- Haguet, T. (1987). *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Hellman, C. (2000, 1ªed. 1984). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth Heinemann.

- Herzlich, C. (1969). *Santé et Maladie – analyse d'une représentation social*. Paris: EHESS.
- Herzlich, C. (1970). *Médecine, Maladie et Societé*. Paris: Ed. Mouton.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Payot.
- Herzlich C. (1991). A problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS – Revista de saúde coletiva*, vol.1, número 2.
- Herzlich C. (2004). Saúde e Doença no Início do século XXI : Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública, *PHYSIS – Revista de saúde coletiva*, 14(2) : 383-394.
- Hespanha, M. J. F. (1987). O corpo, a doença e o médico – representações e prática numa aldeia. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 195-210. Coimbra: CES.
- Hespanha, M. J. F. (1993). Para além do Estado: a saúde e a velhice na sociedade-providência. In Santos, B.S. (org.), *Portugal: Um Retrato Singular*, 315-329. Porto: Edições Afrontamento.
- Hollingshead, A. B. e Redlich, F. C. (1958). *Social Class and Mental Illness*. Nova Iorque: John Wiley.
- Hughnan, R.; Kleine, S. (2004) “Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health”, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medecine*, vol.8(4):395-422
- Illich, I. (1975). *Némésis Médicale - L'expropriation de la santé*. Paris: Éditions du Seuil.
- Jodelet (org.). *Les représentations Sociales*. Paris: PUF.
- Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien Compréhensif*. Paris: Nathan Eds.
- Kaufmann, J.-C. (2004). *A Invenção de Si – Uma Teoria da Identidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kelleher, D. e Leavy, G. (eds.), et al. (2004). *Identity and Health*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Kelner e Wellman, (1997). Health Care and Consumer Choice: Medical and Alternative Therapies. *Soc.Sci.Med.* Vol.45. N.2:203-212
- Kleinman, A. (1984). *Patients and Healers in the Context of Culture - An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Londres: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. Nova Iorque: Basic Books.
- Kleinman, A. e Kleinman, J. (1994). How bodies remember: Social memory and bodily experience of criticism, resistance and delegitimation following China's Cultural Revolution. In *New Literary History*. 25, 707-723.
- Lahire, B. (2003). *O Homem Plural, as molas da acção*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lahire, B. (2005). Patrimónios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual. In *Sociologia Problemas e Práticas*, nº49: 11-42. Oeiras: Celta Editora .

Langdon, E. Jean (2001). A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença, *Etnográfica*, volV(2):241-260

Le Breton, David (1992), *La sociologie du corps*, Paris, PUF.

Leandro M. (2001). A Saúde no prisma dos valores da modernidade. In *Revista de Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. 41 (3-4): 67-93.

Leandro, M.E.; Araújo, M.M.; Costa, M.S. (org) (2002), *Saúde, As teias da discriminação social* – Braga: ICS, Universidade do Minho.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G. e Boutin, G. (2005, 1.^a ed. 1994). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lima, M. (1981) *O Inquérito Sociológico: problemas de metodologia*. Lisboa: Editorial Presença.

Lipovetsky, G., 1989, *A era do vazio: Ensaio sobre o Individualismo Contemporâneo*, Lisboa, Relógio D`Água

Lipovetsky, G., 2006, *Le bonheur paradoxal – Essai sur la société d’hyperconsommation*, Gallimard

Lopes, N. M. (2001). Automedicação: algumas reflexões sociológicas, *Sociologia – Problemas e Práticas*, 37: 141-165

Lopes, N. M. (2003). *Automedicação: Práticas e Racionalidades Sociais*. Dissertação de Doutoramento em Sociologia. Lisboa, ISCTE.

Lopes, N. M. (2007) “Automedicação: algumas reflexões sociológicas,” *Sociologia - Problemas e Práticas*(37): 141-165

Lopes, N. M.(Org.) (2010). *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e lógicas sociais em mudança*, Biblioteca das Ciências Sociais/Sociologia/78.

Lupton, D. (1994) Doctors in the news media: lay and medical audiences’ responses, *Journal of Sociology*; 34; 35, 1994.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: public health and the regulated body*- London:Sage.

Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 45(3), 373-381.

Luz, M.T. (2003). *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*, São Paulo, Hucitec.

Luz, M.T. (2004). Natural, Racional, Social – razão médica e racionalidade científica moderna. Editora Hucitec. São Paulo.

Luz, M.T. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas

em saúde no fim do séculoXX, *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 15 (suplemento): 145-176.

Luz, M.T. (2008). As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. *Ver.Bras.Saúde Familiar*. V9:8-19.

Luz,M.T. e Barros, N.F. (2012). Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde – estudos teóricos e empíricos. CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO.

Mauss, M. (1985). *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF Quadrige.

Mechanic, D. (1968). *Medical Sociology*. Nova Iorque: The Free Press.

Mendes, F. R. P. *Futuros antecipados - Para uma sociologia do risco genético*, Porto, Afrontamento, 2007.

Merton, R. (1968), *Social Theory and Social Structure*. Glencoe: The Free Press

Merton, R. K. (1972). Insiders and outsiders: a chapter in the sociology of knowledge, *American Journal of Sociology*, 78 (1), pp. 9-47.

McCean, S. (2005). The illness is part of the person: discourses of blame, individual responsibility and individuation at a centre for spiritual healing in the North of England. *Sociology of Health & Illness*, vol.27, N° 5:628-648.

Miller, Jonh D. (1992). Towards a scientific understanding of the public understanding of science and technology, *Public Understanding of Science*,1.

Minayo, M.C. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário, *Saúde Colectiva* 5(1): 7-18

Ministério da Saúde (1997). *Saúde em Portugal : uma estratégia para o virar do século*. Edição do Ministério da Saúde.

Minkler, M. (1989). Health Education, Health Promotion and the Open Society:An Historical Perspective, *Health Education Quarterly*, vol.16(1):17-30

Minkler, M. (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

Mirowsky, J. e Ross, C. (1989). *Social causes of Psychological Distress*. New York: Aldine-de Gruyter.

Navarro, V. (1977). *Health and medical care in the US: A critical analysis* (Vol. 1). Baywood Publishing Company.

Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.

Nettleton, S.; W.atson. (1998). *The body in Everyday Life*. London: Routledge.

Nettleton, Sarah (2006), *The sociology of health and illness reader*; Cambridge ,Polity Press.

Noel, A. (1997). Les Voies du Futur. In *Les Cahiers de Science & Vie*, nº 37: 91-93.

Nunes B. (1987). Sobre as medicinas e as artes de curar. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23: 233-242. Coimbra: CES.

Nunes B. (1997). *O Saber Médico do Povo*. Lisboa: Fim de Século Edições, Lda.

Nunes, J. A. (1995). Com o Mal ou o Bem, aos Teus te Até: As Solidariedades Primárias e os Limites da Sociedade-Providência. In *Revista Crítica das Ciências Sociais*, nº42: 5-25. Coimbra: CES.

Nunes, J. A. Risco e incerteza na Biomedicina e na saúde: uma biopolítica para o século XXI? In: E. M. (org.) *Ciencia y Tecnologia de Portugal y España ante el Tercer Milenio* Madrid, Nuevo Milenio: 387 – 390, 2002

Nunes, J. A. (s.d.). A gestão do conhecimento sobre saúde em ciências sociais e humanas:tendências contemporâneas, 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Nunes, J. A., e Gonçalves, M. E. (orgs.) (2001), *Enteados de Galileu? A Semiperiferia no Sistema Mundial da Ciência*, Porto, Afrontamento.

Parsons, T. (1951). *The Social System*. Nova Iorque: Free Press.

Parsons, T. (1955), Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne. In Herzlich, C. (ed.), *Médecine, Maladie et Société*. Paris: Mouton.

Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 53, 257-278.

Pegado, E. (1998). As Medicinas complementares em Portugal: processo de constituição e legitimação de um campo. Dissertação de Mestrado para a obtenção do Grau de Mestre em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação, ISCTE

Pellizzoni, L. (2003). Knowledge, Uncertainty and the Transformation of the Public Sphere, *European Journal of Social Theory* 6 (3), Sage Publications, pp327-355.

Pereira L. (1993). Medicinas paralelas e prática social, *Sociologia – Problemas e práticas*, nº 14:159-175.

Peterson, A. e Bunton, R. (eds.), et al. (1997). *Foucault, Health and Medicine*. Londres e Nova Iorque: Routledge.

Peterson, A.; Davis, M.; Fraser, S.; Lindsay, J. (2010) Healthy living and citizenship: an overview. *Critical Public Health*, vol.20, No 4, December, 391-400.

Pinto, J. M. (2001). Ciências e progresso: convicções de um sociólogo, *Cadernos de Ciências Sociais*, 21-22, pp. 33-69.

Pombo, M. D. (2010). Modelos terapêuticos em movimento no Portugal do século XIX: actores, discursos e controvérsias.

Poupart, J.(1997). L'épistémologie de Type Qualitatif: Considérations Épistémologiques, Théoriques et Méthodologiques. In Poupart et al, *La Recherche Qualitative, Enjeux Épistémologiques et Méthodologiques*, Gaetan Morin, Canadá:173-209.

- Powell, M. et al (2007). Exploring lay uncertainty about an environmental health risk, *Public Understanding of Science* 16:323-343
- Prior, L. (2003). Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology, *Sociology of Health & Illness*, 25 (Silver Anniversary Issue): 41-57.
- Radley, A.; Billig, M. (1996). Accounts of health and illness: Dilemmas and Representations, *Sociology of Health & Illness*, vol.8(2):220-240
- Rapport, F. (ed.), et al. (2004). *New Qualitative Methodologies in Health and Social Care Research*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Rauch, A. *Histoire de la Santé*, Presses Universitaires de France, 1995.
- Rayner, L., & Easthope, G. (2001). Postmodern consumption and alternative medications. *Journal of Sociology*, 37(2), 157-176.
- Robertson, A.; Minkler, M. (1994). New Health Promotion Movement: A Critical Examination, *Health Education Quarterly*, vol.21(3):295-312
- Robison, A.; Cooper, S. (2007). Trusted Information Sources: The Preferred Option for Complementary and Alternative medicine Users, *Complementary Health Practice Review*, vol.12, nº2, Abril.
- Rosa, R. (1997). *Adaptação Cognitiva e (Re)estruturação dos Projectos de Vida em Doentes cardiovasculares*, Tese de Mestrado, ISCTE.
- Rosa, R.; Alves, F.; Silva, L.F. (2011). Protagonismos leigos na saúde – contexto teórico de uma pesquisa compreensiva, *RECCIS – Saúdes, Corpos e Contextos Interculturais*, vol.5, nº4, Fiocruz.
- Rose, N. (1993). Government, authority and expertise in advanced liberalism, *Economy and Society* 22(3):283-99.
- Saad e Lima (2010) Causality, responsibility and blame – care issues in the cultural construction and subtext of prevention, *Sociology of Health and Illness*, vol.18(5):632-652
- Sachs, L. (1996). Causality, responsibility and blame – care issues in the cultural construction and subtext of prevention, *Sociology of Health and Illness*, vol.18(5):632-652
- Saks, M. (2001). Alternative Medicine and the Health Care Division of Labour: Present Trends and Future Prospects, *Current Sociology*, vol.49 (3), Sage Publications, pp.119-134.
- Santos, B S. (2000). *A Crítica da Razão Indolente. Contra o Desperdício da Experiência*, Porto, Afrontamento, pp. 53-110, 2000.
- Santos, B. S. (1987a). O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais - o caso das políticas de saúde. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº23. Coimbra: CES.
- Santos, B. S. (1987b). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B. S. (1990). *O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, B. S. (1994). *Pela Mão de Alice - o Social e o Político na Pós-Modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, B. S. (1995). Sociedade-Providência ou Autoritarismo Social?, *Revista Crítica das Ciências Sociais*, nº42. Coimbra: CES.

Santos, B. S. (2000). *A Crítica da Razão Indolente. Contra o Desperdício da Experiência*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, B. S. (org.), et al. (1993). *Portugal: Um Retrato Singular*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, B.S. (org.) (2003). *Conhecimento Prudente para uma Vida Decente*; Porto, Afrontamento, pp553 – 567

Scambler, G. (2002). *Health and social change – A critical theory*. Buckingham e Filadélfia: Open University Press.

Scambler, G. (ed.), et al. (2001). *Habermas, Critical Theory and Health*. Londres e Nova Iorque: Routledge.

Scambler, G.; Higgs, P. (1999). Stratification, class and health: class relations and health inequalities in high modernity, *Sociology* .

Sharma, U. (1992). *Complementary medicine today: Practitioners and patients*. London: Routledge.

Shaw, I. (2002). How lay are lay beliefs?, *Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 6(3): 287-299

Shilling, C. (2002). Culture, the 'sick role' and the consumption of health. *The British journal of sociology*, 53(4), 621-638.

Shilling, C. (1993). *The body and Social Theory*. London: Sage.

Siashup, M. (1998). Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies. *Journal of Sociology*, 34, No 1.

Siashup, M. (2000). A critical Review of the Sociology of Alternative medicine: Research on Users, Practitioners and the Orthodoxy, *Health* (London); 4; 159.

Silva, L. F. (compil.) (2002). *Promoção da Saúde - Lisboa : Universidade Aberta*.

Silva, L. F. (2004). *Sócio-Antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Lisboa: Universidade Aberta.

Silva, L. F. (2008). *Saber Prático de Saúde. As lógicas do Saudável no Quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento.

Silva, L. F. D., & Alves, F. (2011). Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença; Understanding lay rationalities about health and illness. *Physis (Rio J.)*, 21(4), 1207-1229.

Sointu, E. (2005). The rise of an ideal: tracing changing discourses of wellbeing, *The editorial Board of the Sociological Review*.

Sointu, E. (2006). Healing Bodies, Feeling Bodies: Embodiment and Alternative and Complementary Health Practices, *Social Theory & Health*, 4, 203-220.

Souza, E.F.A.A.; Luz, M.T. (2009). *Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas*, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, abr-jun.:393-405.

Spadacio, C. e. (2010). Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. *Cad. Saúde Pública*, pp. 7-13.

Strauss, Anselm (1992). *La trame de la négociation*, Paris, L'harmattan

Lévi-Strauss, C. (1975). Antropologia estrutural. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. Coleção Biblioteca Tempo Universitário, n.7.

Stevenson, F. (2004) Images of nature in Relation to Mood modifying Medicines: a user perspective, *Health*, vol 8(2):241-262.

Taylor, S. (ed.), et al. (2002). *Ethnographic Research – A Reader*. Londres, Thousand Oaks e Nova Deli: SAGE Publications.

Taylor, R.C.R. (1984). Alternative medicine and the medical encounter in Britain and the United States. In: J.W. Salmon (Ed.), *Alternative medicines: Popular and policy perspectives*, 191–228. New York: Tavistock.

Tesser, C. (2009). Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8): 1732-1742.

Tovey, P.; Adams, J. (2003). Nostalgic and Nostophobic Referencing and the Authentication of Nurses' Use of Complementary Therapies', *Social Science and Medicine* 56: 1469–80.

Turner, B. S. (1984). *The body and Society*, Cambridge, Blackwell.

Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies: Essays in medical sociology* – London: Routledge.

Turner, B. S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage Publications.

Turner, B.S. (1996). Teoria Social. Difel.

Vala, J. (1993). Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. Em J. Vala & M.B. Monteiro (orgs.), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbentkian.

Wallerstein, I. M. (1999). *The end of the world as we know it: Social science for the twenty-first century*. U of Minnesota Press.

Weber, M. (1996). *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. Lisboa: Editorial Presença.

Weber, M. (1997). *Conceitos Sociológicos Fundamentais*. Lisboa: Edições 70.

Webster, A. (2002). Innovative Health Technologies and the Social: redefining Health, Medicine and the Body, *Current Sociology*, vol.50 (3):443-457, Sage Publications.

Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interviewing: Biographic Narratives and Semi-structured Methods*. Londres: Sage.

- White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London, Sage.
- Williams, G. (1984). The genesis of Chronic Illness: narrative re-construction. In *Sociology of Health & Illness*, 6 (2): 175-200.
- Williams, S. J., & Calnan, M. (1996). The 'limits' of medicalization?: modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Social science & medicine*, 42(12), 1609-1620.
- Williams, S. (1998) Capitalizing on Emotions? Rethinking the Inequalities in Health Debate, *Sociology*, vol.32 (1):121-139
- Zani, B. (1993). Social representations of mental illness: lay and professional perspectives. In Breakwell, G. M. and Canter, D. V. (eds.), *Empirical Approaches to Social Representations*, 315-330. Oxford: Clarendon Press.
- Zinn, J. (2005) The biographical approach: A better way to understand behavior in health and illness, *Health, Risk & Society*, March; 7(1): 1-9.
- Zola, I. K. (1966). Culture and symptoms - an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*, v.31, n.5, p.615-630, Nashville.

Fontes documentais citadas

- OMS (1986)*
- OMS (1994)*
- OMS (2002). Tradicional Medicine Strategy 2002-2005*
- OMS (2010). Continuity and Change – Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013. Geneva.*
- National Center of Complementary and alternative medicine (2007).*
- Constituição da República Portuguesa.*
- Estatuto do Serviço Nacional Saúde*
- Lei nº 45/2003 de 22 de Agosto*
- Lei nº 22/93 de 15 de Janeiro*
- Lei de Bases de Saúde,*
- D.L. n310/82 de 3 de Agosto*
- Despacho 26/86, Ministério da Saúde*

ANEXOS

Anexo 1. Guião de entrevista

Gostava que me falasse um pouco desta sua experiência com este tipo de terapia/produtos/alimentos/consumos...Costuma vir muito a este tipo de local? O que faz/vem fazer? Porque vem? Porque faz?

1.TRAJECTÓRIAS DE SAÚDE/VIDA

Como chegou até aqui?

Quando veio pela primeira vez/iniciou?

Porquê?

Através de quem/do quê?

O que procura? O que faz? O que sente?

O que fazia/como fazia antes?

Momentos marcantes/saúde/doenças

Momentos concretos: 1º contacto; último contacto

2. PRÁTICAS E GESTÃO DA SAÚDE E DO SAUDÁVEL (ALTERNATIVAS/CONVENCIONAIS)

Que tipo de outras práticas/consumos/cuidados tem (alternativos)?

Porquê essas?

Como se informa? Como escolhe?

Com quem partilha? (RELAÇÃO SISTEMA ALTERNATIVO/BIOMÉDICO)

Como gere estas práticas/consumos no seu dia-a-dia? (exemplo de um dia)

Como se sente com a sua utilização?

Usa sempre que precisa ou que quer? Porquê?

Tem outros cuidados/rituais com a saúde?

O que faz no seu dia-a-dia pela sua saúde? Como faz? Porque faz?

3. SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA SAÚDE

E para se sentir bem? Faz alguma outra coisa? O quê? Quando?

Em que confia? Com quem se aconselha? O que lê? Onde se informa?

Considera-se uma pessoa saudável? Porquê?

Considera que tem uma vida saudável? O que contribui? Quais os obstáculos?

(Dados de identificação: género, idade, profissão, instrução, agregado familiar, religião)

Anexo 2. Caracterização sociográfica dos entrevistados

E	Idade	Sexo	Habil.	Profissão	Situação Profissão	Religião	Agregado Familiar
1	43	M	L	Professor secundário	Ativo	Católico N.P	União fato c/filhos
2	60	F	M	Assistente social/ Professora universitária	Desempregada	Católica N.P	Casado c/filhos
3	65	M	EB	Eletricista	Reformado	S/R	Casado c/filhos
4	50	F	D	Professora Universitária	Ativo	S/R	Casado c/filhos
5	40	F	D	Professora Universitária	Ativo	S/R	União fato c/filhos
6	38	F	ES	Secretária	Ativo	Católica N.P	Casada c/filhos
7	49	M	M	Professor Karaté	Ativo	S/R	União fato c/filhos
8	48	F	M	Investigadora	Ativo	S/R	Divorciada c/filhos
9	44	F	L	Secretária	Ativo	S/R	Divorciada c/filhos
10	58	F	M	Técnica Marketing	Reformada	Católica	Divorciada c/filhos
11	37	F	L	Engenheira alimentar	Ativo	S/R	Casada c/filhos
12	36	F	ES	Técnica administrativa	Ativo	S/R	Casada c/filhos
13	45	M	ES	Técnico informático	Ativo	Católico N.P.	Casado c/filhos
14	53	F	L	Educadora infância	Ativo	S/R	Divorciada c/filhos
15	38	M	L	Empregado bancário	Ativo	S/R	Solteiro s/filhos
16	30	M	L	Arquiteto	Ativo	S/R	Solteiro s/filhos
17	32	F	L	Professora Línguas	Desempregada	S/R	Casada c/filhos
18	62	F	EB	Comerciante	Reformada	Católica N.P.	Casada c/filhos

Habilitações: EB= Ensino básico; ES=Ensino secundário; L=Licenciatura; M=Mestrado; D=Doutoramento

Religião: Católico N.P = Católico não praticante; S/R=Sem religião

