

SAÚDE E DOENÇA ENQUANTO CONSTRUÇÕES SOCIAIS: A QUESTÃO DAS INCAPACIDADES E DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Bárbara Bäckström

RESUMO

Neste texto, vamos aflorar a temática da saúde e da doença enquanto construções sociais, à luz de algumas teorias e autores da sociologia da saúde em torno das questões das representações, significados e racionalidades acerca da saúde e da doença, refletir sobre as incapacidades enquanto construção social e perceber a relação destes conceitos com a cidadania, igualdades e diferenças.

Faremos igualmente uma análise da legislação em vigor e das políticas nacionais sobre as questões das desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Saúde, Representações, Incapacidades, Cidadania.

1. INTRODUÇÃO

O tema saúde, discriminação e sociedade visa reflectir e analisar igualdades e diferenças ao nível da saúde, da doença e das incapacidades, bem como as respostas sociais existentes para combater a discriminação e promover a igualdade e a cidadania activa nestas áreas. Pretende proporcionar igualmente uma reflexão sociológica sobre os conceitos fundamentais, tais como saúde e doença, incapacidades e deficiências, desigualdades sociais, no contexto das grandes transformações que se operam nas sociedades contemporâneas.

Numa perspetiva das ciências sociais este tema pretende compreender como a saúde e a doença são construídos socialmente, como são concebidos e percecionados pelos indivíduos e pela sociedade e que fatores promovem a discriminação que atinge determinados grupos nas sociedades ocidentais contemporâneas. É necessário promover uma articulação crítica e reflexiva entre os saberes teóricos e práticos, bem como, analisar as tendências atuais das políticas públicas, refletindo nas respostas institucionais e nas trajetórias dos utilizadores para a construção de uma cidadania

inclusiva. É nesta óptica que neste artigo se pretende fazer uma breve abordagem e reflexão sociológica sobre conceitos fundamentais, tais como saúde e doença, incapacidades e desigualdades sociais em saúde enquanto problemáticas centrais na promoção da igualdade e da inclusão social.

A saúde é um dos elementos chave na promoção da igualdade e da inclusão social e de enorme relevância para a compreensão da vida em sociedade no mundo contemporâneo nas sociedades multiculturais. De questões mais teóricas relacionadas com as várias definições e tipos de cultura até a um entendimento da cultura enquanto *praxis* levada a cabo por vários agentes e instituições, procuramos dar uma perspectiva global e multidimensional sobre a noção de saúde enquanto construção social e ideológica, bem como enquanto actividade na qual intervém diversos actores e instituições. Em Portugal, ainda que a Lei de Bases da Saúde preveja a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, esta legislação é cada vez menos colocada em prática e as pessoas com deficiência, sujeitas a discriminações e preconceitos relativos às suas capacidades, contam-se entre as categorias mais vulneráveis a exclusão social em Portugal. Neste campo da investigação, o acesso à saúde, as barreiras e os obstáculos, bem como as desigualdades nas estruturas de classes sociais, têm constituído um conjunto de importantes indicadores centrais na avaliação das desigualdades sociais no campo da saúde. Silva (s/d) refere que a marca da sociedade na saúde e doença está presente na sua distribuição desigual e mais penalizadora dos grupos sociais menos favorecidos nas hierarquias de papel e de status (Townsend et al., 1983; Bartley et al., 1998; Leclerc et al., 2000). A vivência da saúde e da doença e os comportamentos a ela referidos são condicionados pelas circunstâncias da existência e pelas formas ou estilos de vida que nelas se modelam. Não se vive o corpo nem se fala dele de forma idêntica em todos os grupos sociais (Boltanski, 1971).

2. SAÚDE E DOENÇA – REPRESENTAÇÕES, SIGNIFICADOS E RACIONALIDADES

As nossas atitudes e comportamentos, as formas como interpretamos os contextos em que participamos e neles interagimos, são condicionados por um conjunto de factores como as referências sociais e culturais, os valores e as normas sociais. Resulta, desta

acção, uma linguagem ou um pensamento comum, socialmente construídos e partilhados, designados como “representações sociais”. As “representações sociais” constituem-se, assim como os significados simbólicos que atribuímos a dada realidade, à luz das nossas interpretações, individuais e colectivas. Denise Jodelet, citada por Neto (1998: 438), afirma que as representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. As representações sociais de saúde e de doença referem-se às formas como entendemos mentalmente a saúde, que não é o mesmo para todas as pessoas, e por várias razões, que podem ser de ordem cultural ou social, relacionadas com o sexo, com o género ou com a idade, entre outras. Conforme refere Carapinheiro (1986), “a História Social das doenças nas sociedades europeias tem revelado que, em cada época, uma doença domina a realidade da experiência e a estrutura das representações”.

A relação entre a ciência e o senso comum origina racionalidades diversas e só tem a ganhar com a possibilidade de análise conjunta, entre os dois tipos de saber, de forma a obter toda a complexidade da realidade envolvida. Ou seja, as relações objectivas e subjectivas, no que a propósito diz respeito ao caso concreto da saúde e da doença, nas determinantes racionalidade científica e racionalidade leiga. Segundo Jovchelovitch, em Alves (2013), as duas “devem ser entendidas em relação ao contexto em que são usadas e em relação às funções que preenchem. As formas do saber coexistem e podem ser contraditórias, mas isso não é um problema se nós abandonarmos a lógica formal e a sua dualidade ao concebê-las como opostas e abraçarmos uma perspectiva dialéctica”.

As formas de diagnóstico e de tratamento poderão não ser aceites do mesmo modo em contextos sociais diferentes. Seja por motivos religiosos, culturais ou outros motivos intrínsecos a experiências já vividas pelos indivíduos. Neste sentido, o conhecimento das racionalidades leigas, e a já referida complementaridade com o conhecimento científico, pode ser uma vantagem para o melhor conhecimento social, tendo em vista diferentes formas de diagnóstico, de entendimento e de tratamento da doença.

Ao longo dos tempos, o conceito de saúde tem sofrido profundas modificações de acordo com os conhecimentos e a cultura dominantes, a religiosidade e o sentido que os homens de cada época têm atribuído à vida. Na Antiguidade e realidade etnográfica atual, a saúde está relacionada sobretudo com favores dos deuses e a doença com distúrbios na relação do homem com o ambiente. Modernamente é clássica a definição da OMS: saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada (1946), é no momento, irreal, ultrapassada e unilateral. Com a chamada “primeira revolução da saúde”, a etiologia multicausal das doenças torna-se essencial. O sucesso desta revolução deveu-se às largas medidas de prevenção que foram implementadas imediatamente a seguir à segunda guerra mundial pela OMS. A definição de saúde produzida por este organismo internacional rompe com o modelo médico tradicional, no sentido em que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade, nos níveis mental, social e físico. O conceito de saúde pode também ser visto como um conceito subjectivo que deve ser medido na sua dimensão positiva (saudável – mais saudável), com a sua capacidade, potencial e realização. Na “segunda revolução de saúde”, em meados do século XX, com o aparecimento de novas doenças crónicas nos países desenvolvidos, a atenção centra-se na ausência de doença e passa-se a atribuir mais importância à etiologia comportamental. A segunda revolução da saúde baseou-se na noção de saúde e reconheceu o comportamento humano como principal causa da morbidade e mortalidade. Uma das mudanças foi a deslocação das preocupações dos factores que estão associados às doenças para os que estão associados à saúde, olhando a saúde como uma entidade autónoma da doença. O estado de saúde é consequência de outros factores que não os biológicos. Os padrões de morbidade e mortalidade ou os “acasos” da vida estão relacionados com as estruturas sociais e variam de acordo com o género, a classe social, a etnia e a idade. O modelo bio-psico-social pressupõe a integração dos factores psicológicos e sociais na abordagem da pessoa doente e da sua doença.

Alguns autores (Foucault, 1973; Eisenberg, 1977; Nettleton, 1995; Bäckström, 2009; Alves, 2011) têm proposto e demonstrado a relevância do contexto sociocultural da

saúde e da doença.

A doença física e a experiência de estar doente são duas realidades distintas. Temos uma realidade biológica que é a doença (problema biológico), e uma realidade social que é a enfermidade (significado e experiência social do problema biológico). Assim, a doença não pode ser abordada isoladamente, é necessário levar em conta a experiência subjectiva do doente, e as reacções sociais deste e do seu meio face a esta. A doença adquire uma significação social, em virtude da distinta valoração dos sintomas pelas diferentes sociedades (Foucault, 1973), isola certos atributos classificando-os como indesejáveis e desvaloriza as pessoas que os possuem, conferindo-lhes um status social diferenciado.

Como afirmou Eisenberg em 1977, as doenças não são um mero fenómeno biológico, têm também um significado social resultante dos contextos socioculturais em que se inserem os doentes que delas padecem (Eisenberg, 1977).

Nettleton (1995) também vai ao encontro do pensamento de Eisenberg quando afirma que deve existir uma inclusão de factores culturais, como é o caso do modelo bio-psico-sociocultural de abordagem da doença e do doente.

Ainda dentro deste raciocínio, Bäckström (2009) refere que o contexto cultural influencia a forma de lidar com a saúde e a doença e também a forma de lidar com os sintomas. A nossa própria definição e a dos outros são e sempre foram influenciadas, a vários níveis, pela idade, sexo, ocupação, origem social, educação, circunstâncias materiais e referências culturais. E tal como Alves (2011) afirma, a doença construída socialmente, para além de constituir um aspecto físico, é igualmente um fenómeno social e cultural que difere consoante a época ou a sociedade e cada sociedade constrói as suas explicações de acordo com os seus valores, as suas práticas sociais e culturais.

A ciência sócio antropológica desenvolveu todo um aparelho conceptual e metodológico para o estudo das várias formas culturais de pensar e agir, permitindo examinar as interacções e contradições entre os saberes médicos e a prática terapêutica, e os saberes

leigos moldados pelos modelos culturais dos doentes. Para além dos conhecimentos, das crenças, dos valores, das opiniões e das atitudes, a noção de representação social refere-se à organização mental que abarca essas dimensões mais ou menos colectivas do pensamento e que dá a conhecer as interacções que entre elas se estabelecem, funcionando como revelador mais integrado da cultura (Silva, 2004). A medicina, a saúde e a doença constituem um dos campos privilegiados de estudo da representação social. A saúde pode ser vista como um bem-estar corporal e mental feito de equilíbrio, de auto-realização e de prazer de viver, ou vista através da capacidade para trabalhar e pela ausência de doença, entre outras características. As representações são um fundo cultural com crenças partilhadas, valores, referências histórico-culturais que formam a memória colectiva e a identidade da própria sociedade.

Certos indivíduos definem a saúde em termos de força física e energia, outros atribuem crenças ou fatalidades de sorte ou azar à saúde e à doença. Toda a representação social comporta elementos cognitivos e uma referência a comportamentos. Confronta também a experiência dos indivíduos com as normas e as informações do meio cultural onde estas evoluem (Adam & Herzlich, 1994). A pertença a uma cultura fornece um quadro no qual se operam as interpretações que dizem respeito aos fenómenos do corpo e, em particular, à doença e seus sintomas. Quando Herzlich (1996), nos anos 60, estudou as representações da saúde e da doença, independentemente do saber médico, procurava, na verdade, compreender através de que noções e valores os membros de uma sociedade dão forma e sentido às suas experiências individuais e, nesta base, se elabora uma realidade social colectivamente partilhada.

De acordo com Herzlich e Pierret (1991) existe, ao nível da representação não uma única saúde mas diversas "saúdes". Identifica-se a saúde com três dimensões: a «saúde vazio», ou seja, a simples ausência de doença, um «fundo ou reserva de saúde», determinado pelo temperamento e constituição que implica robustez, força e resistência e por fim a «saúde equilíbrio», sinónimo de bem-estar psicológico e físico e associada a uma actividade regular.

Se, por um lado, os significados da saúde e da doença e as suas representações vão sendo moldados pelos contextos históricos e socioculturais, por outro, ao nível das ciências sociais que a pensaram e teorizaram também se vai percorrer todo um caminho na construção de teorias e modelos que se constituíram em diferentes paradigmas.

3. AS INCAPACIDADES ENQUANTO CONSTRUÇÃO SOCIAL

Segundo Peter Conrad (2010), o conceito de construção social da doença pode ser definido como: “Uma corrente conceptual que valoriza os aspetos histórico-culturais de fenómenos considerados genericamente como exclusivamente naturais/biológicos”. Oliver acrescenta que “In its most basic form, this distinction suggests that the body has an impairment (e.g., loss of limb) while society creates the disability” (Oliver, 1996 *apud* Conrad, 2010).

A saúde deverá ser levada em conta como algo para a nossa qualidade de vida. A doença adquire um significado social, em virtude da distinta valoração dos sintomas pelas diferentes sociedades (Foucault, 1973). O significado atribuído à deficiência provém da construção que lhe é dada pela sociedade, transformando-a em incapacidade (Goffman, 1961). A construção social das deficiências como incapacidades decorre do significado que a sociedade atribui às características biológicas inerentes. Actualmente, novos conceitos foram trazidos, sobretudo pela Psicologia Social, para a discussão sobre a deficiência. Esta evolução levou a que se passasse de uma concepção onde a deficiência era encarada sobretudo do ponto de vista biológico: as crianças com deformidades e os adultos com deficiência eram abandonados e banidos socialmente e, por isso, ser portador de deficiência era sinónimo de exclusão e de discriminação social, para uma nova realidade que lhes consagra o direito à diferença e à igualdade de oportunidades. Ainda hoje muitos atribuem indistintamente características negativas, como pessoas incapazes ou incompetentes, aos portadores de deficiência.

A sociedade adquire um determinado tipo de expectativas face às pessoas incapazes, ditando estas as relações sociais estabelecidas entre o sujeito incapaz e os restantes grupos sociais. Goffman (1988) definiu esta atitude como estigma pois “é um tipo

especial de estereótipo ou seja, uma discrepância entre a identidade social real de um indivíduo e a sua identidade social". As incapacidades não se limitam ao corpo, a partir do momento em que um determinado diagnóstico é atribuído começam-se a construir à volta do sujeito determinadas concepções que o irão restringir socialmente, modelando a sua relação com os "outros" através de um estigma e desacreditação social: a maneira como uma pessoa é vista, passa pelo modo como o próprio grupo a vê enquanto pessoa. E, ainda que a deficiência seja hoje olhada como um fenómeno complexo e multidimensional, as condições sociais e a forma como a sociedade se organiza são as verdadeiras fontes geradoras de incapacidades, os factores biológicos vêm apenas legitimar a situação de descrédito e desvantagem. A desvantagem e o descrédito atribuídos são a expressão social da deficiência. As reacções das pessoas definem a incapacidade (ou não) de um indivíduo, os "valores, normas e padrões do grupo em que a pessoa portadora de deficiência está inserida" (Saeta, 1999) conferem-lhe um status diferenciado.

No âmbito da saúde, o estigma tem um forte significado na determinação do peso da deficiência, em que o "outro" é aquele que tem traços indesejáveis porque associados a considerações negativas, sendo esta a base do preconceito, havendo um desencontro entre a identidade social virtual e a identidade social real e uma divergência entre aquilo que é esperado dos atores sociais mediante o seu posicionamento social e a sua identidade social concreta, vivida (Goffman, 1988). Goffman numa perspectiva interaccionista debruçou-se igualmente sobre as estratégias desenvolvidas pelos sujeitos afectados por doença mental ou com deficiências de forma a lidarem com a sua "identidade social deteriorada", por estarem socialmente "marcados" por estereótipos negativos e se sentirem estigmatizados, pois, como constatou no terreno, o comportamento "anormal" atribuído deve-se não só à própria doença, como também à distância social que separa esse doente daqueles que o declaram como tal (Alves, 2011). É forte a tendência em assumir a deficiência como a "falta de algo", partindo do pressuposto de que a deficiência é uma "coisa" e não um processo que pode se construir nas e pelas interacções sociais. Como afirma Bäckström (2009) referindo Sontag e o seu estudo sobre as metáforas das doenças, "através da história certas doenças graves,

especialmente aquelas cuja origem não era conhecida e cujos tratamentos não tinham sucesso, se tornaram metáforas para tudo o que era antinatural, social e moralmente errado perante a sociedade”.

4. CIDADANIA E SAÚDE – ENTRE IGUALDADES E DIFERENÇAS

É inegável a ligação entre a melhoria das condições de saúde com a melhoria das condições de vida. Basta pensar que no passado a esperança média de vida melhorou com o advento da industrialização ou nos efeitos da descoberta da substância penicilina. Contudo, o acesso à saúde é desigual. No Plano Nacional de Saúde 2012-2016, entende-se desigualdades em saúde como:

“As desigualdades em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre diferentes grupos da população. Algumas são inevitáveis, não sendo possível alterar as condições que as determinam. Outras, porém, afiguram-se desnecessárias e evitáveis, configurando injustiças relativas, socialmente geradas e mantidas, que traduzem verdadeiras iniquidades em saúde; torna-se, por isso, mandatário, no plano ético, tomar medidas que as permitam reparar” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

E no mesmo documento é referida a relação com os determinantes sociais:

“Estão fortemente associadas a determinantes sociais (WHO, 2010; Marmot, 2007): nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde. Verifica-se existir um gradiente social em saúde, em que, quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem em pleno o potencial individual de saúde” e que estas desigualdades afetam particularmente os grupos vulneráveis: por situação socioeconómica (por exemplo, pobres, sem-abrigo, desempregados de longa duração, imigrantes), condicionantes individuais (por exemplo, deficiência ou doença rara) ou grupo etário (por exemplo, e idosos)” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

Para além da discriminação de que são alvo as pessoas com deficiência, existem, dentro deste agrupamento heterogéneo de pessoas, determinados grupos alvo, como é o caso das mulheres, das crianças, dos imigrantes e dos desempregados, que são objecto de maiores desvantagens sociais e de saúde. As famílias imigrantes por exemplo têm piores indicadores de saúde por múltiplas barreiras, nomeadamente estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas. Existe, ainda, evidência de discriminação (Dias, Severo & Barros, 2008), desigualdades quanto ao género (Pereira & Furtado, 2010) e acesso ao trabalho, que tem como consequência, os imigrantes apresentarem índices elevados de doenças profissionais e de acidentes de trabalho (Estrela, 2009).

A igualdade em saúde e o acesso à saúde, como se defende na Constituição, é universal, não admite nenhuma discriminação, nem positiva nem negativa.

O processo de doença e o processo social estão articulados mútua e dinamicamente, diferenciando-se consoante os grupos sociais em que se insere. Para demonstrar o carácter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade (Laurell, 1982). Existem estudos empíricos que comprovam a desigualdade entre a doença nos vários grupos sociais existentes, onde “é possível detectar perfis patológicos específicos dos grupos sociais (...) é possível comprovar que o processo patológico dos grupos sociais de uma mesma sociedade se apresenta diverso quanto ao tipo de doença e sua frequência” (Laurell, 1982).

A sociedade tende a distribuir a riqueza social pelos diferentes grupos sociais, equitativamente, de modo a providenciar as necessidades básicas necessárias para todos (Abranches, 1987). As circunstâncias sociais e a saúde dos indivíduos estão estreitamente ligadas (WHO, 2003). As desigualdades e dificuldades no acesso à saúde tendem a concentrar-se nos grupos sociais mais pobres e socialmente vulneráveis. O baixo nível de escolaridade tem também impacto nas condições de saúde pois afecta a forma como se efectua a prevenção e tratamento das doenças. Como as pessoas inseridas em posições sociais menos privilegiadas são expostas a muitos factores de

risco diferentes e como estes factores podem interagir entre si, a vulnerabilidade ao efeito de uma causa específica tende a ser maior nestes grupos do que entre os membros dos sectores sociais mais privilegiados. Os estratos mais pobres da população estão mais vulneráveis à contaminação de doenças infecto-contagiosas, quer por motivos biológicos, quer por motivos sociais. Os grupos sócio-economicamente desfavorecidos, já de si socialmente vulneráveis, vêm o seu estado social estigmatizado agravado com a progressiva visibilidade da doença. A sua desvalorização e descrédito, leva a que vejam as suas oportunidades reduzidas, assim como o seu próprio valor e dignidade, sendo que por vezes o estigma é estendido também à sua própria família, que é excluída socialmente.

Os factores económicos são sem dúvida um dos referenciais mais importantes e até decisivos no que diz respeito à questão das (des) igualdades em saúde. No entanto este não pode ser visto isoladamente devido a serem resultado da inter-relação de uma série de fatores. Alguns segmentos da população acumulam e articulam uma série destes fatores de forma negativa (desvantagens relativamente ao ambiente externo em que se inserem, más condições de habitabilidade e higiene, más condições laborais, opções comportamentais de risco, etc.), o que não lhes permite manter e capitalizar a sua condição de saúde, como é o caso de alguns grupos de imigrantes. No caso português, compete ao Estado promover a saúde, de forma transversal a todos os cidadãos, conforme está previsto no art.º 64.º da CPR. A saúde é um direito social e ao contrário dos direitos civis e políticos este exige a intervenção do Estado, sobretudo para aplicar o n.º 3, do art.º 64.º da Constituição Portuguesa que garanta o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (Constituição da República Portuguesa).

Define-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot, 2005), expressando-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde. No entanto, verificamos que não existe uma verdadeira equidade no acesso à saúde desde logo,

porque a pobreza, a raça/etnia originam desigualdades que impedem que grupos vulneráveis como imigrantes, jovens, idosos e portadores de deficiência lhe acedam.

Em Portugal, ainda que a Lei de Bases da Saúde preveja a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como a equidade na distribuição de recursos e na utilização dos serviços, certo é, que esta legislação é cada vez menos colocada em prática e as pessoas com deficiência, sujeitas a discriminações e preconceitos muito negativos relativos às suas capacidades, contam-se entre as categorias mais vulneráveis à exclusão social em Portugal.

O exercício da cidadania está entrecruzado com a saúde dos cidadãos. Dificilmente se pode exigir uma cidadania positiva, implicada e activa se o cidadão não estiver na posse da melhor saúde. Uma sociedade moderna está centrada nos cidadãos se efectivamente coloca a sua saúde na agenda de governação.

Neste contexto existem áreas críticas relativamente às quais torna-se urgente articular uma nova relação entre o sistema de saúde e o cidadão, considerado como o elemento central do seu desenvolvimento, perante o défice de cidadania de algumas sociedades modernas. Destacam-se assim os direitos à informação, escolha e representação e as questões relativas à acessibilidade, participação e satisfação.

O direito à saúde é um direito universal pelo menos de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e mais concretamente com o seu artigo 25.º:

“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”.

Nem sempre estão criadas as condições para que todos, numa perspectiva de cidadania

inclusiva que promove a igualdade na diferença, usufruam desse direito universal que a própria constituição da República Portuguesa refere com a força de lei (artigo 13.º – Princípio da igualdade).

O acesso aos cuidados de saúde, são marcados ao longo dos tempos pela desigualdade de oportunidades, afectando principalmente pessoas de fracos recursos e desempregados, assim como imigrantes sendo a estes vedados na maioria das vezes alguns direitos por se encontrarem em situação irregular no estado onde residem. Todavia, a protecção da dignidade humana, em absoluto, está acima, na ordem jurídica e na avaliação ética, da gestão administrativa da permanência de um cidadão estrangeiro num dado país (Matias & Martins, 2007).

Considerando que a prática de uma cidadania pressupõe a existência de direitos e deveres para com um estado que nos protege, olhando para a realidade portuguesa e o número de imigrantes que reside em território português desde algumas décadas e tendo por base a noção de cidadania que encerra a ideia de inclusão, é urgente reajustar a saúde, do ponto de vista do sistema, estruturas e organizações de saúde, com vista à inclusão de populações que integram a sociedade portuguesa e que estão em permanente transformação e mutação ao nível da sua constituição sócio demográfica. Estas estruturas organizacionais necessitam de ser flexíveis, passando a dotar-se de recursos humanos e materiais capazes de trabalhar eficazmente com populações diversas, num universo multicultural e real que constitui o grupo de clientes que têm de acolher. A sociedade é o espelho destas transformações multiculturais e as estruturas que nelas existem, nomeadamente as estruturas de saúde, deveriam adaptar-se a essas mesmas transformações que no momento atual são vividas a ritmos quase diário de mudança” (Bäckström, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde e a doença fazem parte da esfera física e biológica de cada indivíduo, de carácter individual e subjetivo, mas são sobretudo fenómenos sociais e culturais que diferem consoante a época histórica ou a sociedade em que se inserem e que dependem de

valores, crenças, práticas sociais e culturais. As ciências sociais desenvolveram todo um aparelho conceptual e metodológico para o estudo das várias formas culturais de pensar e agir sobre a saúde e a doença. Para além da medicina, saúde e doença, a construção social das deficiências como incapacidades decorre do significado que a sociedade atribui às características biológicas inerentes. Ser portador de deficiência ainda é muitas vezes sinónimo de exclusão e de discriminação social, apesar de hoje em dia se consagrar o direito à diferença e à igualdade de oportunidades. O estigma tem um forte significado na determinação do peso da deficiência, sendo base de preconceitos e estereótipos negativos. Para além da discriminação de que são alvo as pessoas com deficiência, existem determinados grupos (mulheres, crianças, imigrantes ou desempregados), objecto de maiores desvantagens sociais e de saúde. A igualdade em saúde e o direito à saúde, como se defende na Constituição é, universal e não admite nenhum tipo de discriminação e promove a igualdade. O que se vem observando na prática é que continuam a existir desigualdades e dificuldades no acesso à saúde nos grupos sociais mais pobres e socialmente vulneráveis. A saúde é um direito social e o Estado deve garantir que todos os cidadãos, independentemente da sua condição, acedam aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam. É urgente reajustar e repensar a saúde, ao nível das suas estruturas, com vista à inclusão da diversidade social e cultural das populações que integram a sociedade portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CITADAS

Abranches, S.H., Santos, W.G. & Coimbra, M. A. (1987). *Política social e combate à pobreza*.

Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Alves, F. (2013). *Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica*. Lisboa: Pactor.

Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental – um estudo no norte de Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.

Bäckström, B. (2009). *Saúde e Imigrantes: as Representações e as práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade cabo-verdiana em Lisboa*. Colecção teses, n.º 24. Lisboa: Observatório da Imigração.

- Bäckström, B. et al. (2009). Imigração e Saúde – O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. *Revista Migrações*, 4, 161-189.
- Bartley, M., Blane, D. & Smith, G.D. (1998). *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford, United Kingdom, Blackwell Publishers.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, N.º 1 (Jan. - Feb), pp. 205-233.
- Carapinheiro, G. (1986). A Saúde no contexto da sociologia. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, 1, 9-22.
- Conrad, P. & Barker, K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 Suppl: S67-79.
- Dias, S.F., Severo, M. & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res*, 8, 207.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Lisboa: DGS
- Eisenberg, L. (1977). Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- Estrela, P. (2009). A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 45-55.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. New York: Pantheon Books.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1988). *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1991). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.
- Herzlich, C. (1996). *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.

- Laurell, A.C. (1982). A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, 7-25.
- Leclerc, A. et al. (2000). *Les Inégalités Sociales de Santé*. Paris: La Découverte.
- Marmot M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, volume 370, Issue 9593, 1153-1163.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, volume 365, Issue 9464, 1099-1104.
- Matias, G.S. & Martins, P. (2007). *A Convenção Internacional Sobre a protecção dos direitos de todos os trabalhadores migrantes e dos membros das suas famílias: perspectivas e paradoxos nacionais e internacionais em matéria de imigração*. Coleção Teses, n.º 25. Lisboa: Observatório da Imigração.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health and illness*. Chigaco: Polity Press.
- Augé, M. & Herzlich, C. (dir.) (2000). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.
- Saeta, B. (1999). O contexto social e a deficiência. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1999, 1 (1): 51-55. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Silva, L.F. (s/d). *Saúde comunitária: A participação numa estratégia reguladora*. Em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/641/1/Sa%C3%BAde%20comunit%C3%A1ria.pdf>.
- Silva, L.F. (2004). *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Townsend, P. and Davidson (eds.) (1992). *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*. London: Penguin Books, Penguin Social Sciences.
- World Health Organization (2003). *Social determinants of Health: The Solid Facts*. Copenhagen: WHO Publications.

World Health Organization (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.

LEGISLAÇÃO

Constituição da República Portuguesa

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

Declaração Universal dos Direitos Humanos

http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm

Lei de Bases da Saúde

<https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>