

Saúde e virtualidades do ensino da sociologia da saúde

Maria Engrácia Leandro*

Abstract

To do a retrospective on the emergence of the sociology of health as a project of higher education lead us to address three core aspects. The first refers to a necessary reflection on health assumptions, namely in modern societies, the dynamics, the contradictions and the synergies that it mobilizes. The second evokes the construction of knowledge about health, emphasizing the respective gender issues. Finally, the third seeks to situate the process of the development of sociology of health in higher education's projects at the University of Minho since the mid-1990, highlighting also the importance of its interdisciplinary matrix.

Keywords: social actors, health, sociology of health, knowledge, higher education.

Resumo

Fazer uma retrospectiva da emergência da sociologia da saúde, como projecto de ensino superior, levou-nos a abordar três aspectos que consideramos fulcrais. O primeiro reporta-se a uma necessária reflexão sobre os pressupostos acerca da saúde, designadamente nas sociedades modernas, as dinâmicas, as contradições e as sinergias que mobiliza. O segundo faz apelo à construção de saberes sobre a saúde, dando ênfase às respectivas questões de género. Enfim, o terceiro tenta situar o processo de desenvolvimento da sociologia da saúde nos projectos de ensino superior na Universidade do Minho, desde meados dos anos 1990, realçando também a importância da sua matriz interdisciplinar.

Palavras-chave: actores sociais, saúde, sociologia da saúde, saberes, ensino superior.

No mind that opens to a new idea will regain its original size.
Albert Einstein

Introdução

A saúde, se desde todos os tempos foi uma questão que, com significações diversificadas, preocupou e mereceu a atenção de todos os povos e grupos sociais, nunca, como nos nossos dias, a sua valorização – enquanto conceito, noção, capital essencial e sentido de felicidade para a vida – atingiu tamanho fulgor. Em grande parte, associado ao tema de saúde está a glorificação da vida individual, familiar e social,

* Socióloga. Professora Catedrática da Universidade do Minho. Endereço electrónico: engracia@ics.uminho.pt

como valor supremo: há uma ética e um direito à saúde, exigindo, cada vez mais, progressos científicos e tecnológicos que possam ser aplicados imediatamente à saúde.

As gozosas alegrias hedonistas, a procura incessante de felicidade e os próprios sonhos de imortalidade tornam-se corolários de uma saúde perfeita. A adequada medicalização e medicação das sociedades hodiernas ocidentais reflectem esta busca e as respectivas transformações a que temos assistido. No mesmo sentido, a aspiração a melhor saúde, respectivo aumento da esperança de vida e a mais democracia neste domínio não tem deixado de crescer nas sociedades da modernidade inacabada. A saúde adveio de um direito intrínseco da cidadania e reciprocamente para o conjunto dos cidadãos considerada também como um dever, na medida em que as negligências de uns se podem reflectir no todo.

De maneira geral, actualmente, designadamente na Europa, quer-se que o Estado, como garante do bem comum, seja o protector da segurança sanitária e da igualdade para todos no atinente ao acesso aos cuidados de saúde, bem como da promoção de melhores serviços de saúde. Qualquer uma destas dimensões de *per si* e todas em conjunto, constituem uma das grandes vertentes das políticas públicas e sociais em devir, como se verifica nos tempos que correm. Como compreender estas aspirações e movimentos? Porque é que a saúde mobiliza tanto os vários actores sociais e se tem vindo a erigir num valor fundamental das sociedades democráticas e ultramodernas?

Durante séculos, a humanidade foi ficando sujeita a vários tipos de epidemias e doenças mais ou menos graves, vividas sob o signo do terror e da fatalidade. Aliás, a doença encarnava o mal por excelência (M. Auge e C. Herzlich, 1984) e, talvez também por isso, era interpretada como vingança e castigo das forças sobrenaturais. No entanto, a falta de higiene, a ignorância, a fome, a pobreza, e a miséria... tudo concorria para fazer da doença a rápida antecâmara da morte. Esmagados pelo peso duma história na qual se sabiam condenados, os homens e as mulheres de outros tempos submetiam-se aos médicos e aos sacerdotes como últimos salvadores. Em vez de se baterem, agirem e advirem actores da sua cura, as pessoas durante muito tempo rezavam, embora, frequentemente, em vão.

De há uns tempos a esta parte, sobretudo nas sociedades ricas e desenvolvidas, muitas doenças são vencidas. Mesmo muitas neoplasias, até há pouco tempo consideradas incuráveis, advêm hoje de um dos campos de maior combate em que o

doente é cada vez mais ganhador. Graças à investigação científica e tecnológica, à medicina e ao seu saber mais eficaz, às instituições sanitárias cada vez mais seguras e performantes, à melhoria dos cuidados com o corpo e das condições sociais de existência, pesem embora as gritantes desigualdades sociais, a doença tem-se tornado numa prova que os doentes conseguem vencer. É neste contexto e novos horizontes que se têm desenhado reivindicações de mais democracia e mais eficácia no atinente à saúde.

Estar doente não é mais abandonar os seus direitos e prerrogativas ou instalar-se na resignação. É, ao contrário, afirmar os seus direitos de utilizador do sistema de saúde e fazer valer as suas respectivas prerrogativas. Mas, a mais direitos correspondem mais constrangimentos, precauções, responsabilidades e capacidades de decisão, podendo incluir vários actores implicados nestes mecanismos. Daí que não seja despiciente que seja nestas mesmas pessoas que se vai impondo, cada vez mais, a concepção da “saúde como um dever”. Somos responsáveis e contabilistas, relativamente a nós mesmos e aos outros, da felicidade que é ter saúde, ser saudável como o referem Claudine Herzlich e Janine Pierret (1991). Assim, o discurso moderno sobre a saúde navega entre dois temas culturais antagonistas: o da desconstracção, da expressão e plena realização pessoal e o do controle, respeitando os constrangimentos indispensáveis (e ultimamente estes têm vindo a aumentar) para a manutenção das nossas necessidades de saúde, em sentido individual e colectivo. De algum modo, trata-se de descobrir novos procedimentos pedagógicos, cada vez mais aptos a promover a saúde de todos, remetendo a cada um as suas próprias responsabilidades. Mais precisamente, procura-se conciliar os imperativos inelutáveis da protecção das sociedades com a reivindicação concreta das pessoas, apelando, ao mesmo tempo, à sua capacidade de liberdade responsável.

Como se compreenderá, trata-se de situações novas que exigem renovadas abordagens. Até porque sob muitos e variados aspectos, o paternalismo, caracterizado por uma certa forma de relação entre médico/doente, é questionado pelas expectativas de utilizadores mais instruídos, informados e menos submissos. A exigência do reconhecimento do direito à palavra por parte dos doentes e dos seus familiares e a vontade de querer saber do que são portadores, quiçá mesmo antecipadamente, exprime-se cada vez mais. Este direito é amplamente justificado e reconhecido, através das consideráveis transformações que a intervenção de certas associações de doentes crónicos

ou outros induziram no sistema de saúde. Tais movimentos revelam-se, de sobremaneira, quando cuidados e experimentações podem estar associados, o que explica que a ética é um importante objecto de reflexão no campo da saúde, da doença, da ciência e da tecnologia (R. Massé, 2003). De algum modo, prefigura-se aqui uma certa transformação que augura a passagem do consumidor de cuidados para o cidadão responsável.

Por outro lado, nos últimos anos, as sociedades que temos vindo a evocar têm vindo a ser confrontadas com vários tipos de crise a que não têm escapado os sistemas de saúde. Neste contexto, as grandes turbulências em torno da saúde não poderão ser apenas associadas à (in)segurança das (in)certezas dos diagnósticos ou das dificuldades de comunicação entre os actores implicados. Está, antes, sobrecarregada de incertezas que inquietam a todos. Significa isto que qualquer coisa nos escapa nesta matéria. Para além das várias críticas e dificuldades do financiamento da Segurança Social, a crise pode também ser reveladora de aspectos latentes, quanto aos antagonismos profundos da nossa sociedade, bem como das suas virtualidades e transformações. Aliás, os cuidados do corpo de cada um reflectem a ordem ou a desordem social, como já o acentuava M. Mauss (1936). Daí que se afigure necessário ter vários horizontes de análise em matéria tão complexa como é a saúde.

Desta problemática decorre o objectivo fundamental deste trabalho, visando, por um lado, favorecer a compreensão dos debates actuais em torno da saúde e, por outro, a saúde enquanto objecto sociológico e matéria de ensino superior. Conjugam-se, assim, duas finalidades. A primeira, como acabamos de ver prende-se com o facto de a saúde ser uma realidade plural e multidimensional nas sociedades hipermodernas. De facto, a saúde não poderá, hoje, ser confinada à fronteira entre a doença e a medicina ou num estado intermédio entre duas doenças. Até porque no aforismo do Dr. Knock, todo o indivíduo saudável é um doente que se ignora. Tal poderá acontecer, por exemplo, no caso de um tumor ou um aneurisma intracraniano que, podendo ser silenciosos e ignorados durante muito tempo, permitem uma falsa aparência de saúde. Por conseguinte, a saúde nunca poderá ser o oposto da doença como durante muito tempo e ainda muitas vezes se faz crer. A segunda, é pedagógica e conduz-nos a uma análise sucinta acerca do processo de implementação da sociologia da saúde na Universidade do Minho, enquanto projecto de ensino.

A saúde entre dois singulares: a vida e a morte

Perante as muitas e variadas representações, interpretações e noções de saúde que desde tempos milenares se têm procurado delinear, entendemos que na trajectória individual de qualquer ser humano, cuja existência é constantemente colocada em perspectiva e sujeita a várias formas de provação, grosso modo, a saúde também pode ser considerada como uma terceira componente situada entre a vida e a morte, pois favorece a qualidade e o prolongamento da vida e, ao invés, sendo deficitária, pode contribuir para desencadear a doença e, assim, acelerar a morte. Tal concepção positiva está extremamente imbricada na célebre definição de saúde da OMS de 1946, segundo a qual a saúde é o mais completo bem-estar físico, psíquico e social e não só a ausência de doença. Concebida nesta perspectiva, à primeira vista, a saúde é algo que se eleva muito acima do biológico, englobando também o mental e o social.

Está, assim, ultrapassado o campo médico e a dimensão exclusivamente biológica da saúde e da doença, para integrar, também, as aspirações mais profundas dos seres humanos e das sociedades em geral¹. Melhor dizendo a saúde estará, assim, associada à felicidade e à qualidade de vida na sua plenitude, a que todo o ser humano aspira profundamente, o que tanto se preconiza nas sociedades da modernidade avançada. Pode, ainda, ser concebida como um objectivo, um valor, um fim que se auto-justifica, visando a realização pessoal, a liberdade, o prazer, a felicidade pela felicidade. Na actualidade, a noção de saúde, em sociedades extremamente mutáveis, integra, também, outras dimensões, como a capacidade de se adaptar incessantemente às exigências do meio físico, emocional, social, ao stress e às depressões da vida ultramoderna. Daí que a

¹ Importa, contudo, referir que a linguagem corrente não se contenta com esta situação, dado que fala também de boa e de má saúde. Por outro lado, esta noção da OMS, para além de utópica, é demasiado estática, quando afinal a saúde responde, também, às perpétuas mudanças a que estão sujeitas as funções do organismo em interacção com o contexto social envolvente. Se a nossa constituição biológica é estável, na medida em que a homeostasia do meio interior é uma condição de vida dos nossos organismos evoluídos como o afirmava Claude Bernard (1878), também enferma certos limites, segundo os ritmos e os vários tipos de modificações da vida. Daí que a saúde seja uma noção dinâmica, exigindo vários tipos de adaptações de carácter interno e externo do nosso organismo, incluindo a capacidade de se curar quando a doença sobrevém. Nesta perspectiva, a saúde poderá também ser entendida como o conjunto de mecanismos que intervém nas inter-relações fisiológicas e biológicas do nosso organismo, constantemente ameaçado pelas agressões internas e externas, necessitando de se adaptar constantemente a essas variações, de resistir às agressões microbianas, tóxicas e traumáticas, implicando medidas políticas e sociais, bem como comportamentos adequados.

saúde possa, também, ser considerada como um património individual e colectivo, um capital e um viver pessoal, familiar e social.

Não obstante, importa ter presente que se a civilização moderna tem sido fonte de felicidade e de conforto, pelo menos para as sociedades ocidentais, como o demonstra, por exemplo, o aumento da esperança de vida com melhor saúde, sobretudo de há um século a esta parte, também tem contribuído para fazer crescer muitos riscos, muitas doenças e várias formas de morte antecipada. Os humanos não têm parado de investir na modificação do seu meio de vida, mas ainda não foram capazes de prever e evitar os efeitos destas modificações (U. Beck, 2001) que, por sua vez, também se vão reflectir na saúde pessoal e colectiva.

Por seu lado, a ciência e a tecnologia que muito têm contribuído para combater a doença e de não menos a miséria, o sofrimento e adiamento da morte, também são responsáveis pelo aumento de muitas morbidades e mortalidades (*idem*). Crescem cada vez mais as chamadas doenças da civilização, isto é, as sociopatias como as designa M. Drulhe (1996). Estas decorrem, designadamente, dos imponderáveis destes surtos de desenvolvimento e dos comportamentos individuais, familiares e sociais em termos de inadvertência, quiçá da procura do gozo pelo gozo *hic et nunc*.

Perante situações desta natureza, a ideia de que a saúde é um valor supremo das sociedades modernas (que de resto também temos partilhado), terá que ser algo relativizada e faz apelo a mais investigações, visando estudar as condições em que tais concepções e compromissos se desenvolvem. Grosso modo, há uma tendência a pensar que, nos nossos dias, toda a gente conhece os riscos que podem advir da adopção de comportamentos nefastos. Eis a questão que tende a surgir: então porque não adoptam atitudes de precaução e de prevenção da doença²? Tende-se, assim, a dar uma visão uniformizadora que considera todos os actores racionais nestas matérias, subscrevendo-se aos princípios da gestão técnica dos riscos, como ressalta de trabalhos de U. Beck (2001) e de A. Giddens (1990). Estes consideram que os indivíduos são capazes de

² Abundam os discursos vindos tanto de profissionais de saúde como de outros actores sociais, alertando para os riscos face aos exageros alimentares, ao sedentarismo, aos acidentes de trabalho e rodoviários (qual hecatombe como se tem vindo a verificar entre nós), a certas formas de lazer, à poluição sonora, ao alcoolismo, ao tabagismo, à toxicodependência, às relações sexuais desprotegidas, às doenças iatrogénicas, aos limitados horários de sono, ao stress, à fragilidade dos laços sociais e assim por diante. Mas o certo é que também continuam a aumentar as doenças decorrentes de muitos destes factores.

modelar as suas próprias biografias ou trajetórias, fazendo escolhas esclarecidas e advertidas.

Ora, tais asserções têm vindo a ser questionadas, quer por outros trabalhos (S. Lash, 1994; P. Lascoume, 1996; F. Ewald, 1996), quer pela própria realidade. Com efeito, o princípio de precaução e de responsabilidade fazem apelo à moderação, dado que comportam em si vários limites. Por vezes, o que à primeira vista se afigura como uma procura voluntária do risco pode, antes, ter que ver com múltiplas contingências da vida quotidiana, inclusive com hábitos interiorizados e sedimentados, mas dos quais as condições de existência dificilmente permitem libertar-se.

As asserções acerca dos ideais do progresso científico e tecnológico das sociedades humanas, P. Lascoume (1996), e a precaução também se apoiam numa epistemologia da relatividade do conhecimento científico, Ewald (1996), e até das suas vantagens, pois não são igualmente apreendidos por todos. E não se pense, como o revela M. Blaxter (1990), que são apenas os grupos sociais desfavorecidos que se inscrevem nestes parâmetros, embora os constrangimentos sanitários se inscrevam nos constrangimentos sociais. Há situações em que o investimento na promoção da saúde se revela dificilmente conciliável com a realização de outras aspirações mais imediatas. Daí que seja necessário fazer aqui intervir as influências do contexto social, as interações e os sistemas de valores nas decisões tomadas perante a saúde e outras dimensões da vida. Por um lado, o contexto envolvente pode conter muitos constrangimentos ou pressões que podem limitar a capacidade individual para modificar hábitos de vida mais saudáveis. Por outro, os valores e normas específicas em vigor nos diferentes meios sociais podem tornar certas escolhas mais atractivas do que outras.

Em boa verdade, constata-se que se o progresso científico e tecnológico permitiu alcançar muitas melhorias nas sociedades modernas, também é, simultaneamente, acompanhado de novas formas de morbilidade e mortalidade. Porém, estas podem vir a diminuir ou a ser “ultrapassadas” através de medidas preventivas mais eficazes e comportamentos mais adequados, comprometendo todas as instâncias públicas, sociais, familiares e individuais neste combate.

Para além destas constatações, tenha-se, todavia, presente que a melhoria das condições sociais de existência, a mudança das atitudes e comportamentos, o desenvolvimento da ciência e da técnica têm trazido imensos benefícios no atinente ao

combate à doença, à melhoria da saúde e algum recuo da morte, ainda que esta seja a certeza das certezas. De resto, a ideia segundo a qual a humanidade poderá vencer as doenças - ainda que a morte seja o destino de todos os seres vivos e dos próprios objectos, monumentos e culturas que construíram, L.-V. Thomas (1975), está fortemente associada ao contexto das Luzes e ao processo da modernidade nascente, o que não tem deixado de se acentuar. Aliás, este seria um dos grandes sonhos da medicina, quiçá do próprio desenvolvimento científico e tecnológico que tem vindo a ter lugar. Não obstante, o que não é menos claro é que este mesmo processo enferma de muitas reticências. Um dos aspectos que lhe é peculiar é ter contribuído muito pouco para esbater as profundas desigualdades que grassam pelo mundo e no interior de cada sociedade, em termos de saúde. Por exemplo, se para o Japão a esperança média de vida já ultrapassa os 82 anos, na Guiné-Bissau fica-se pelos 45 anos.

Daí que a definição de saúde da OMS não seja um conceito universal, ainda que definida por uma instituição desta envergadura. Todos sabemos que as concepções e as necessidades de saúde não se vivem da mesma maneira segundo se trate de profissionais de saúde ou de leigos, de ricos e cultos ou de pobres e normalmente menos escolarizados, de citadinos ou de rurais, de jovens ou de idosos, desta ou daquela sociedade e cultura. De resto, as desigualdades, o poder de tratar e curar e a organização da vida, como o refere D. Fassin (1996), continuam a ser sistematicamente incorporados pelos sistemas político, económico e social, no sentido mais amplo do termo.

Não obstante, em nenhum momento da vida o indivíduo forja, só por si, uma ideia pessoal da sua corporeidade, pois é precocemente socializado pela família, a escola e as várias instâncias sociais, independentemente do ensino científico por parte dos professores. Igualmente, ao longo da história, cada sociedade e cultura construiu a sua ideia de boa ou má saúde, modificando-se esta ao ritmo das transformações das condições de vida, das migrações, das relações com a alimentação, as guerras, as epidemias ou as relações com outros grupos vivendo de maneira diferente.

Mas não foram só estas condições materiais que têm contribuído para modificar a noção de saúde e as respectivas expectativas. Há também influências vindas das concepções acerca da natureza, das religiões, da ética, da moral, dos costumes, da secularização das sociedades, das singularidades dos sistemas de segurança social, da ciência e da técnica, particularmente ao longo das últimas décadas. Daí que esta

heterogeneidade conduza a uma diversidade de procuras e respostas conferidas às necessidades de saúde através da prestação de cuidados institucionais ou de medidas políticas de saúde, inclusive de carácter preventivo³.

De qualquer modo, designadamente, nas sociedades ocidentais, a saúde é frequentemente concebida como algo que se tem ou que se perde, um capital que até concede bastante autonomia, permite ter coisas e ser mais empreendedor, uma riqueza herdada da família e da sociedade mas que deverá ser cultivada, permitindo ao indivíduo trabalhar e resistir à doença. Por outro lado, a saúde pode ser também concebida como uma maneira de ser e de fazer, exprimida em termos de eficiência funcional, de plenitude orgânica e psíquica. Neste sentido, a saúde desagua muitas vezes na turbulência, excesso e prazer. Todavia, mesmo concebida desta maneira não há “saúde perfeita”: a ordem natural inclui a doença e a morte.

Seja como for, nas sociedades ultramodernas, a preocupação com a saúde generalizou-se. Amplamente difundida no conjunto dos grupos sociais, diz respeito a todas as idades da vida, quando em tempos ainda não muito recuados, se a infância era objecto de grande atenção e de cuidados, a velhice não merecia tanta reverência. Nesses tempos havia também uma grande preocupação com o útero das mulheres e o corpo dos trabalhadores, ou seja, as patologias ligadas à reprodução e às doenças profissionais e aos acidentes de trabalho. Mas, inversamente, ao nível individual e familiar, as preocupações com a saúde eram próprias de idades mais avançadas e não dos jovens em plena pujança da vida. Hoje, as situações são bem diferentes, provavelmente em virtude dos riscos que espreitam por muitos lados em qualquer idade da vida. A inquietação e os cuidados com a saúde deixaram de ser segmentados para advirem de uma inquietação geral. Aliás, as preocupações com a saúde também se querem previsíveis: os exames pré-natais, o investimento nas despistagens e o desenvolvimento da medicina preditiva ou genética são disso ilustrativos.

Vale a pena lembrar que nas sociedades desenvolvidas, entre os vários sistemas de significação, graças aos quais representamos o mundo onde vivemos, a saúde ocupa

³ Com efeito, nas sociedades ricas e desenvolvidas a noção de saúde é bem diferente daquela que se vive em sociedades em vias de desenvolvimento ou subdesenvolvidas ou ainda no seio de grupos sociais que vivem em situação de precariedade. Em tais situações, a saúde é frequentemente associada à noção de sobrevivência ou à capacidade de poder trabalhar, como acontece muito frequentemente em contextos migratórios (M. E. Leandro *et al.*, 2002; 2006). Daí que a saúde seja, também, uma questão multidimensional.

um espaço temático de grande envergadura. À medida que tem contribuído para o desenvolvimento de várias indústrias inclusive alimentares, acumulações de riqueza, profissões, serviços, consumos de medicamentos, tecnologias desportivas e indumentárias, eis que se alarga o campo das actividades, dos objectos e das situações para que as concepções acerca da saúde e as representações sobre o corpo possam ser operatórias. Anuncia-se e avalia-se em termos de saúde um número crescente de factores individuais e sociais. Por exemplo, para aceder a certas profissões ou outras actividades e situações sociais são feitos testes de saúde. Até há bem pouco tempo a qualidade da saúde fazia parte dos elementos requeridos para poder e/immigrar legalmente, M. E. Leandro *et al.* (2002). O corpo, submetido a certas técnicas e normas implícitas de saúde, confirmadas ou infirmadas por conhecimentos e exames médicos, adveio um revelador. A saúde ou a sua ausência estão em todo o lado e tudo está implicado na saúde. Para o indivíduo e ainda mais para aqueles que se inscrevem nas categorias sociais elevadas, a saúde inscreve-se na problemática da livre expressão da individualização e da auto-realização. A saúde é, desta maneira, uma realidade que assume valor em si e por si mesma e a sua principal finalidade traduz-se na plena realização, a liberdade, o prazer e a busca da felicidade infinita.

Em suma, o que poderemos dizer é que a referência à saúde, enquanto objecto de valorização individual e social das sociedades ultramodernas, M. E. Leandro e M. Vaz Pato (1996), M. E. Leandro (2001), se tem vindo a tornar numa temática social e culturalmente disponível. Ademais, tem-se vindo a tornar em objecto de vários tipos de reivindicação de vários grupos sociais e, até, em pedra de arremesso entre forças políticas antagónicas, cujos desenvolvimentos se afiguram naturais. Mais ainda. Muito frequentemente torna-se em referência identitária para este ou aquele grupo social, esta ou aquela cultura, sem que tenhamos verdadeiramente consciência dos compromissos e responsabilidades que este tipo de mecanismos provoca.

No dia-a-dia, como e através de que práticas cada um de nós e todos em conjunto nos preocupamos com a saúde? Reciprocamente, cuidar da saúde, da alimentação, do ritmo de vida, consultar o médico... é também efeito de recursos de toda a ordem, constrangimentos diversificados e frequentemente flutuantes, como acontece actualmente, de possibilidades e de obstáculos decorrentes do trabalho, da vida familiar, da habitação, do nível de vida, das culturas, das significações, das línguas e das

linguagens, tal o caso das migrações internacionais, M. E. Leandro *et al* (2007). Através destas e outras diversidades exprime-se a inscrição de cada um na estrutura social, sendo em referência a esta que cada um de nós elabora, interpreta, põe à prova as concepções acerca da saúde e demais significações que toma para si o mundo em que vive e se movimenta.

Diversidades, convergências e saberes

Muitas das questões que assolam, hoje, o campo da saúde e da doença ligam-se com os comportamentos sociais e com a organização política da sociedade. Hábitos interiorizados, em termos de normas e de valores, tanto podem exercer pressão no sentido da prevenção e da promoção da saúde, como, ao invés, proporcionar o desencadeamento da doença. Com efeito, os hábitos não são simples convenções sociais, totalmente desligados do nosso ser biológico e dos seus efeitos sobre o mesmo. Muito pelo contrário. Vários estudos sociológicos ou outros têm mostrado que as condições sociais e os respectivos modos de vida, forjando usos específicos, permitem ou não manter, melhorar ou prolongar a saúde.

Por outro lado, tenha-se também em conta que, a nível das crenças, ou seja, a perspectiva religiosa em que se inscrevem os hábitos, confere-lhes uma dimensão sagrada, cujos efeitos podem ser benéficos ou nefastos para a saúde. Em certas situações, denota-se uma correlação entre crenças e práticas, em matéria de saúde, muitas vezes, independentemente da condição social, os graus de escolarização, como o demonstram os trabalhos de J. Wardle e A. Steptoe (1991) a nível dos jovens europeus, inclusive do ensino superior. Também os trabalhos de Christian d'Epinaay (2000), de carácter longitudinal, junto de pessoas octogenárias na Suíça, vieram a revelar que aquelas que mantinham uma prática religiosa afirmada e laços sociais mais consistentes revelavam melhores níveis de saúde e até de esperança de vida.

Concomitantemente, relacionado com este aspecto, há ainda que ter em conta os fenómenos da transmissão ao nível dos saberes, das crenças e dos procedimentos, visando preservar a saúde pessoal e a dos seus. Ademais, cada uma destas vertentes não tem nada de universal. A sua constituição e verdade são sempre realidades construídas, localizadas histórica e culturalmente, sendo também sexuadas. A este respeito, Michèle

Le Doeuff (1998) considera que herdamos de uma cultura que pensa o que é preciso fazer do intelecto dos homens e do intelecto das mulheres.

De sobremaneira, relativamente a estas, este foi e ainda é frequentemente concebido em função da moral sexual, da construção do que deve ser a reprodução e a maternidade, da sedução e do emocional que se exige delas e, eventualmente das contradições entre uma moralidade e a sedução quando é preciso agradar, ainda mais exclusivamente ao marido. De modo mais alargado, como tem vindo a acontecer em muitos outros contextos sociais, o mundo da intelectualidade e da investigação também não está totalmente isento de representações e comportamentos desta natureza. Se tem havido alguma melhoria neste sentido, também não é menos verdade que, muito frequentemente, as mulheres têm de continuamente dar provas das suas capacidades intelectuais ou outras, o que não é igualmente exigido aos homens. Mais das vezes, há muito mais complacência para com eles, mesmo sabendo que aquelas continuam a estar mais sobrecarregadas com os encargos familiares. Compreende-se, aliás, num quadro problemático como este, em que se pressupõe a existência de posições estruturalmente diferenciadas nos eixos do capital económico, social e cultural, a que, além disso, se faz corresponder automatismos e propensões simbólico-ideológicas igualmente distintos, haja disponibilidade para pensar a ordem social e a dos saberes em particular de modo dissemelhante, inclusive no que ao género possa dizer respeito, pese embora a caminhada encetada no sentido de alterar tal situação.

Mais do que induzir uma explícita tomada de posição a este propósito, o que queremos, sobretudo, afirmar é que se tem vindo a trilhar um caminho que tem levado a um reconhecimento do carácter contingencial do saber através de escritos epistemológicos, isto é, do valor relativo dos saberes segundo a posição que ocupam perante o poder e a ordem simbólica. Tal mudança não é alheia ao processo da modernidade mais avançada. É neste contexto, com tudo o que envolve, que as mulheres têm podido dar mais voz a si próprias e às aspirações que as animam, não apenas enquanto seres humanos “genderizados”, mas enquanto cidadãos de pleno direito. Ora, entre outros domínios, o seu muito maior ingresso no ensino superior e no campo da investigação, bem como nas profissões de saúde de topo, outrora mais reservadas aos homens, e as correlativas mudanças em termos de relações profissionais, intelectuais e

científicas que se tem vindo a operar, têm contribuído grandemente para profundas mudanças a este propósito.

Mas nem por isso os fantasmas dos pequenos saberes, visando uma instrumentalização, deixaram de ser uma parte da cultura muito determinada que ainda não desapareceu. Aliás, uma análise de textos antigos sobre estes assuntos, sejam de que índole for, e da realidade quotidiana, mostra que continuam com grande actualidade, dado que as suas veiculações ideológicas ou outras continuam ainda muito encrostadas em imensas mentalidades. Denota-se, também, que há uma determinação de uma intelectualidade ou de uma não intelectualidade para as mulheres que se opera segundo uma ideia não de género mas de um comportamento correcto, enquanto possuidoras de uma identidade feminina *sui generis*. Não se trata de uma oposição masculino/feminino mas sim duma construção social do que as sociedades pretendem para uns e para outras.

A construção do saber das mulheres e do saber dos homens foi secularmente obra de imagens e projecções com base numa ideia de natureza feminina, das normas, valores e inquietações de uma ordem dos corpos e das próprias representações a seu respeito, o que nem sempre escapa aos projectos de ensino, inclusive a nível superior como se tem vindo a notar. Basta estar atento à predominância das orientações, em termos de escolhas de cursos, por parte das raparigas e dos rapazes, ainda que aquelas tenham vindo a ultrapassar muitas barreiras e fronteiras que lhe estavam vedadas. Mesmo assim, em muitas circunstâncias, estamos muito mais perante uma igualdade de direito do que de uma igualdade de facto.

Repare-se que muitas mulheres, mesmo exercendo uma profissão e tornando-se muito mais autónomas, continuam maioritariamente a trabalhar em sectores mais associados às tarefas familiares e, por vezes, ainda com uma carga maternal acentuada: educação, saúde, assistência ou profissões similares. No campo da saúde, não é menos significativo que desde tempos de antanho seja a elas, qual “mulher amazónia”, que foram confiados os cuidados de saúde no seio da família, o que também lhes permitiu acumular um capital de saberes importantes a este propósito, de que a sociologia da saúde não pode fazer tábua rasa, logo que se trate de estudar estas questões.

Situando-se este trabalho no quadro do desenvolvimento da sociologia da saúde no ensino superior em Portugal, podemos, porventura, colher, aqui, uma ilustração sobre o empenhamento das professoras e investigadoras da sociologia neste domínio. Sem

querer pôr em causa o empenhamento dos homens, que tem vindo a intensificar-se mais recentemente, o que ressalta é que na grande maioria dos casos, foram as docentes universitárias que tomaram a iniciativa da implementação desta área de ensino e de investigação. Ao indicar este facto, não estamos aqui a evocar qualquer tipo de contradição e muito menos qualquer atitude de superioridade/inferioridade - pois entendemos ser salutar a existência de uma relação de “coesão através da diferença”- comprometendo, igualmente, mulheres e homens - mas tão só a invocar uma realidade que parece bem portuguesa. Com efeito, situação idêntica já anteriormente vem acontecendo no atinente à presença de mulheres no ensino superior na área das ciências, de resto a mais elevada a nível europeu, facto que deixa as nossas colegas de outros países não só admiradas mas, até, algo cépticas (M. E. Leandro, 2007). Este é caso único nos países ocidentais. Daí a estupefacção.

De qualquer modo, a nível mais geral, no que se refere ao(s) saber(es) têm emergido três grandes teses, facultando o abalar de antigas certezas. Uma tem que ver com a fragilização da divisão ou pelo menos partilha entre ciência/tradição, entre saberes da ciência ocidental e as outras ciências, como o afirma Bruno Latour (2001). No mesmo sentido, senão se vislumbra o fim de um outro fenómeno semelhante, pelo menos está em curso um processo de profunda mudança no atinente à ciência androcentrada, ou seja, baseada na observação e na palavra de um único género, em ocorrência o masculino, M. Le Doeuff (1998). Enfim, releve-se, simultaneamente, a importância conferida a várias linguagens e interpretações no próprio processo do conhecimento. Este conjunto de factores, entre outros, abrindo a porta a uma descentralização do “logos”, tem vindo a tornar caduca toda a vontade de universalismo, querendo homogeneizar as categorias do saber e da ciência em geral e sobretudo da verdade.

Está-se já aqui perante uma mudança expressiva desta problemática. É possível e desejável ir mais longe. De facto, tem vindo a ser mais fácil conceber o saber enquanto entidade plural e prolífica, resultado de múltiplos modos de construção, aquisição e permuta que vão do sentido comum das espiritualidades, das cozinhas, dos saberes tradicionais e informais de saúde, passando pelas formas de hiper-instrumentalização dos saberes técnicos e científicos. Na esteira de Bruno Latour (2001), podemos, ainda, dizer que tal facto não é alheio a uma tendência geral que tem levado a interessar-se mais pela ciência feita do que pela ciência em vias de se construir, perspectiva que tem

vindo a inverter-se ao longo das últimas décadas. Aceita-se e trabalha-se cada vez mais no sentido de que a ciência está sempre em vias de se (re)fazer, inclusive no que anteriormente se designava de ciências exactas. O caso da medicina não é o menos eloquente a este respeito. Há, porém, um paradoxo: o facto científico, ainda que seja construído, é também o que se solidificou e o que se solidifica. Actualmente, talvez até por força das mudanças sempre em vias de se (re)fazerem, instaura-se, constantemente, uma dinâmica entre o que se constrói, se produz e o que é seguro e escapa à discussão, porque é o fundamento de tudo o mais. Hoje, o paradigma não é o da ciência feita, mas o da ciência em vias de se construir. O investimento e a dinâmica da investigação, ao longo dos últimos anos, atestam esta realidade.

Por outro lado, sabe-se, também, que não importa só modificar a ordem dos saberes ou adoptar certos valores e normas em matéria de comportamentos de saúde, visando evitar a doença e os males que com ela se conjugam. Sobre as desigualdades entre indivíduos e grupos sociais, embora largamente atribuídas à natureza dos seres e das coisas, vários estudos epidemiológicos, ou outros, têm mostrado que não há, de modo algum, uma linearidade, a este propósito. Ainda que possa haver aqui alguma parte de correlação, por exemplo, no respeitante às doenças hereditárias, mesmo neste caso e noutros similares, o que se pode dizer é que a capital biogenético equivalente se observam destinos totalmente diferenciados. Ademais, para idades idênticas, podem-se notar grandes distâncias na duração e na qualidade de vida das pessoas idosas.

Os estudos de epidemiologia social, como já o demonstraram abundantemente, na primeira metade do século XIX, higienistas famosos como Chardwick na Inglaterra, Villermé em França e Virchow na Alemanha, afirmaram que não se pode associar um só factor de risco a esta ou àquela doença. Uma grande parte dos determinantes de saúde das populações coloca-se, em primeiro lugar, a nível das desigualdades sociais que, por sua vez, relevam das estruturas e da organização da vida social, sob os seus aspectos institucionais, estruturais e estruturantes.

Nos países desenvolvidos, o aumento da longevidade não se pode associar, apenas, aos progressos da medicina curativa, e muito menos ao sistema de cuidados de saúde, A. Freire (2000). Factores como a profissão, a habitação, a alimentação, os suportes familiares e sociais, os modos e estilos de vida, entre outros factores, podem influenciar diferentemente, a qualidade e duração da vida, com melhor ou pior saúde. Os

diferenciais de morbidade e de mortalidade conjugam-se, essencialmente, com as condições gerais da existência, a qualidade da actividade profissional e o investimento na promoção da saúde. Não obstante, é inegável que as grandes descobertas científicas e tecnológicas, designadamente no que se refere à medicina e a ciências afins, também não são alheias a este fenómeno.

Da saúde à sociologia da saúde no ensino superior

Em boa verdade, o estudo das componentes que acabamos de referenciar e do seu impacto em termos da saúde em geral e dos próprios meandros que a envolvem tem sido mais apanágio das ciências sociais, em geral, e da sociologia, em particular. Esta preocupação, já presente na designada sociologia dos clássicos, com particular destaque para a obra de Émile Durkheim, sobretudo nos seus livros *As regras do método sociológico* (1895) e *O Suicídio*⁴ (1897) veio, desde a segunda metade do século XX, a tomar novo fôlego, em particular com os trabalhos de Talcott Parsons, Robert Merton, Edward Freidson, entre outros. Os seus trabalhos eram mais orientados para uma sociologia da medicina, mormente no que se refere à sociologia da profissão médica e as respectivas relações médico/doente. Muita rapidamente, podemos dizer que da arquitectura duma sociologia da medicina, fomos passando, paulatinamente, para uma sociologia mais alargada deste objecto que é a saúde que os sociólogos, doravante, concebem como uma construção social, cultural e um espaço politicamente estruturado.

Mas também não é de somenos importância relevar o facto desta dimensão do saber sociológico ser objecto de maior interesse numa época de muito maior recuo das doenças infecto-contagiosas de carácter tradicional, graças, por um lado, às melhorias económicas e das respectivas condições sociais de existência e, por outro, ao grande desenvolvimento da ciência e da tecnologia, principalmente no âmbito da medicina e das ciências afins. Com efeito, por volta dos anos 1960, nos países mais ricos e desenvolvidos, davam-se por vencidas as doenças tradicionais de cariz infecto-contagioso, tendo para tanto contribuído a eficácia das vacinas e dos antibióticos.

⁴ Este trabalho tem vindo a revestir-se de uma retumbante actualidade sendo, hoje, muito revisitado, inclusive por muitos profissionais de saúde.

Pensava-se, então, que doravante, a medicina teria mais que se preocupar com as doenças crónicas e degenerativas.

Porém, o aparecimento da sida nos anos 1980, embora com algumas características novas (por exemplo, os seus principais mecanismos de propagação operam a partir de um recurso crucial da sociabilidade humana: o encontro sexual) volta a fazer emergir os fantasmas das doenças infecto-contagiosas, como se tem vindo a revelar, a par de outros que têm (re)emergido. Ora, este tipo de doenças tem muito mais que ver com os comportamentos e as condições sociais de existência. Daí o nosso tempo, designadamente a partir desta altura, ser mais o das doenças crónicas e degenerativas, mercê, em grande parte, do aumento da longevidade, e das sociopatias. Assistimos, igualmente, a uma intensa e crescente valorização da saúde, o que não sendo novo, atinge com a ultramodernidade uma outra significação. A boa saúde, como frequentemente se ouve definir e como já o afirmámos, não é apenas um sinónimo de felicidade, mas também de prolongamento da vida que, nestas perspectivas, se desejaria sem ocaso.

Nesta conjuntura, enquanto docente universitária e investigadora, entendemos que perante tudo o que motiva e interessa as pessoas⁵, as sociedades, as culturas e tudo o que as preocupa e mobiliza não pode deixar a sociologia indiferente. Sempre acreditámos, igualmente, que a universidade terá de responder a dois objectivos: ser uma escola que transmite e constrói, também com os discentes, um saber e um saber-fazer que lhes são próprios. Está também na sua índole formar espíritos dotados de conhecimentos gerais e singulares para que possam comportar-se de maneira inteligente e adaptada, em suma, construir um “saber ser” e um “saber pensar”. Por sua vez, a acumulação acelerada dos conhecimentos e das técnicas torna a tarefa delicada. A universidade, tendo de dar uma visão ordenada do saber, não pode ser uma justaposição de matérias sem articulação com outras ciências, mas também com a vida.

⁵ De algum modo, o nosso interesse por estas questões, enquanto fenómeno social que mobiliza muitas instituições, políticas e respectivos enredos e actores sociais, em termos pessoais, profissionais e de formação remonta à década de 1970. Nos primeiros 7 anos desta década trabalhámos no âmbito do trabalho social, no Centro de Bem-Estar Social do concelho de Alcanena, integrando também um hospital concelhio e um laboratório de análises clínicas, a par de outras actividades de carácter assistencial, educativo e promocional. Cedo nos apercebemos que se tratava de uma dimensão social que, para além da saúde propriamente dita, mobilizava muitas energias, muitos “enjeux” e apelava a muitas sinergias. Este interesse veio ainda a intensificar-se desde os primeiros anos que vivemos em Paris e que logo no início dos anos 1980 iniciámos investigações junto das colectividades portuguesas, ao darmos-nos conta que as questões relativas à saúde eram, por um lado, objecto de vários tipos de significação e, por outro, factor decisivo em termos de projecto de regresso ou de integração social.

Frise-se, ainda, que todos os saberes evoluem e que sobretudo em termos profissionais, o saber está destinado a ser ultrapassado. Daí que a formação profissional contínua seja indispensável, como se veio a revelar por muitos dos estudantes de Mestrado em sociologia da saúde na Universidade do Minho, criado em 1998, no que se refere sobretudo a profissionais de saúde. Importa, igualmente, referir que a fragmentação do saber profissional e a especialização absolutas são nocivas. Normalmente, conferem realidade ao aforismo segundo o qual “o especialista é o que sabe cada vez mais de cada vez menos”. Edgar Morin (1986) afirma que, só por si, a especialização é uma mutilação do pensamento. Daí a nossa preocupação em fazer apelo à interdisciplinaridade e ainda mais na procura da compreensão de um fenómeno social como a saúde. No mesmo sentido, mais do que nunca, pede-se frequentemente à universidade que forme especialistas competentes, aptos a progredirem, mas também mulheres e homens instruídos, inventivos, capazes de estabelecerem analogias portadoras de criatividade como se exige, por exemplo, cada vez mais no que se refere ao campo da saúde.

Releve-se, de modo idêntico, o facto das sensibilidades teóricas em curso, visando a construção do domínio da sociologia da saúde serem cada vez mais reconhecidas por outras ciências, designadamente as mais correlacionadas com as questões acerca da saúde, mas também de um público mais alargado. De facto, a análise sociológica de todos os mecanismos que envolvem a saúde dos humanos afigura-se de capital importância, muito para lá dos aspectos profissionais, da medicina e da doença, como o tem vindo a revelar a pujança deste domínio de investigação e de ensino superior.

Se em Portugal se deve o pioneirismo deste desenvolvimento, desde finais do século XX, a Graça Carapinheiro, no ISCTE, em Lisboa, nem por isso a sociologia da saúde tem sido menos objecto de desenvolvimento em outras universidades e outras instituições do ensino superior, quer no âmbito das licenciaturas, mestrados e doutoramentos em sociologia e da investigação, quer de outras ciências, designadamente no atinente à medicina e à enfermagem.

Implementação da sociologia da saúde na Universidade do Minho

Ao ser criada a Universidade do Minho, por decreto de 1973, começando a funcionar em 1975, em 8 de Novembro de 1977 é criada a Unidade de Ciências Sociais. Em termos de ensino, aqui teve lugar uma licenciatura em História e Ciências Sociais, integrando uma vasta vertente da Sociologia e da Antropologia. Só 11 anos mais tarde, no ano lectivo 1988-1989, começou a funcionar o Curso de Sociologia nesta universidade, sob a designação de Sociologia das Organizações. Porém, passados 5-6 anos já manifestava a necessidade de reestruturação. A experiência que tirávamos das solicitações e acolhimento dos estágios obrigatórios a isso nos impeliu. Só para dar uma ideia, sendo um Curso de Sociologia das Organizações, enquanto Directora do respectivo curso, fomo-nos dando conta que afinal eram as instituições/organizações orientadas para o social e para a saúde que absorviam a grande maioria dos nossos estagiários. Só para dar uma ideia, ao elaborar os respectivos relatórios, por exemplo, no ano 1995-1996, apenas 24% dos alunos estagiaram em organizações de carácter produtivo, no sentido estrito do económico.

Foi neste contexto, que a partir de 1996-1997, passou a vigorar um Curso de Sociologia com um figurino de um tronco comum nos dois primeiros anos e a partir daí dois ramos da Sociologia: a anterior matriz de Sociologia das Organizações e um outro ramo de Políticas Sociais. Esta vertente, a par da continuidade de algumas “disciplinas” fundamentais comuns aos dois ramos, passou a integrar 6 disciplinas específicas deste ramo do saber sociológico: exclusão social, sociologia do crime, sociologia do desenvolvimento, sociologia dos estilos de vida, sociologia das migrações e sociologia da saúde.

No ano seguinte, no ano lectivo 1997-1998, é criado o Mestrado de Sociologia. Também aqui há uma matriz comum e 4 ramos de especialização: desporto, que nunca chegou a funcionar, estilos de vida, saúde, família e solidariedades sociais. Importa referir, por outro lado, que na mesma altura estava em plena implementação na Universidade do Minho o Curso de Ciências da Saúde. Estava assim bem delineada uma estratégia de desenvolvimento do ensino e da investigação na área da saúde, tanto por parte do que era tradicional designar de Curso de Medicina, como por parte da Sociologia e da Psicologia, projecto que foi, pela primeira vez, abraçado pelo próprio

Reitor desta Universidade. Este projecto de mestrado, embora tenha sido aprovado pelo Senado da Universidade do Minho a 26-10-1998, por razões estratégicas do próprio Reitor, visando fazer coincidir a abertura deste Mestrado na área da saúde com a do Curso de Ciências da Saúde, só veio a funcionar no ano lectivo de 2000-2001.

Se é certo que a implementação do Curso de Medicina já estava inscrito na própria criação da Universidade do Minho, em 1973, o mesmo não acontecia, de modo algum, com a sociologia que só viria a ver a luz do dia num ramo de especialização muito orientado por uma visão economicista: a sociologia das organizações, tendo presente o tecido empresarial da região. Sem qualquer apelo a atitudes conformistas, como para qualquer outra dimensão da vida, por vezes é necessário saber tirar partido das próprias situações e das respectivas dinâmicas sociais e culturais, permitindo trilhar caminhos ainda não calcorreados. Para tanto, muito contribuíram as sinergias que se foram criando na Universidade do Minho que, tendo uma matriz interdisciplinar, que muito raramente funciona., Tal não foi o caso na área da saúde.

O que houve assim de tão singular para explicar tão profunda mudança? Há aqui dois aspectos a considerar. De facto, a fundamentação do desenvolvimento desta área do saber, sendo nova, despertava interesses e expectativas que abriam a via à compreensão dos meandros sociais que envolvem a saúde, o que desde a primeira hora obteve bom eco no Senado. Talvez valha a pena referir o grande apreço que esta proposta mereceu junto daqueles que exactamente vinham trabalhando na implementação do Curso de Ciências da Saúde. Também a concepção deste curso integrava uma filosofia, objectivos e programa muito inovadores e muito abertos à interdisciplinaridade, graças ao grande pioneirismo do seu criador, o Prof. Joaquim Pinto Machado, a quem rendemos sincera homenagem, tendo essencialmente presente a sua capacidade de iniciativa, de inovação, e abertura às solicitações dos novos contextos sanitários e sociais.

Perspectiva idêntica contemplava também o corpo docente proposto para o Mestrado em análise, fazendo apelo à participação de docentes da economia, da geografia, da medicina e da psicologia. Até ao momento nunca tinha sido aprovado um projecto de ensino que investisse tanto nesta dimensão, o que por retroacção, trouxe bons efeitos para a integração da sociologia no Curso de Ciências da Saúde, bem como o seu desenvolvimento em outras áreas do ensino, sendo de destacar a sociologia da educação. Apraz-nos registar que num “fenómeno social total”, M. Mauss (1975), de tamanha

importância para cada ser humano, como é a saúde, docentes, alunos, investigadores, profissionais e cidadãos não são demais.

Esta proposta e programa de ensino teve a adesão de vários públicos vindos essencialmente das áreas da sociologia e da saúde (médicos e enfermeiros), mas também da economia, do trabalho social e da antropologia. Ao todo, nas três edições que tiveram lugar, cerca de 50% dos candidatos vieram da área das ciências sociais, mormente da sociologia, e 50% da área dos profissionais de saúde. Registe-se, ainda, que no ensino antes-Bolonha, a nível dos vários ramos de Mestrado, foi em sociologia da saúde que tiveram lugar a grande maioria das dissertações defendidas com êxito. Mais ainda, vários destes estudantes estão hoje a terminar os seus doutoramentos neste ramo de investigação.

Não menos significativo tem sido o interesse dos alunos de sociologia, a nível das licenciaturas, mesmo quando o ensino de sociologia da saúde deixou de ser uma Unidade Curricular obrigatória, como aconteceu com o processo de Bolonha. Actualmente, na Universidade do Minho, a sociologia da saúde é um domínio em expansão em vários cursos das Ciências Sociais.

Considerações finais

No termo deste périplo, acerca das significações e de algumas noções acerca da saúde, a construção de saberes de saúde e a mobilização dos próprios actores e do desenvolvimento da sociologia da saúde, enquanto projecto de investigação e de ensino, mas também como facto social total, a saúde aparece claramente como um domínio que não é redutível à medicina, às suas instituições e aos seus actores privilegiados que são os profissionais e os doentes. Daí que este domínio da sociologia, mesmo no que se refere ao ensino universitário, não se tenha desenvolvido num vazio, nem numa sociedade e cultura imutáveis. A adopção rápida de novas tecnologias médicas, as vertiginosas descobertas científicas, a crescente especialização dos cuidados de saúde e a sua fragmentação, a escalada das despesas com a saúde, as exigências e o lugar dos utentes nos cuidados de saúde, não só todo o sistema de saúde, bem como as noções e expectativas acerca da saúde têm sido espectaculares. Como os demais domínios intelectuais, a sociologia da saúde inscreve-se nestas contingências contemporâneas –

sociais, culturais, económicas e políticas - tal como nas incertezas e nas aspirações que os actores sociais nutrem sobre a saúde.

Podemos dizer, com alguma segurança que, nas últimas décadas, nenhuma vertente social mudou tanto e trouxe tanta inovação e inquietação como o campo da saúde. Em Portugal, segundo informações vindas a público recentemente, é o Ministério da Saúde que tem a parte do leão no orçamento de Estado para 2011. Entendemos, igualmente, que há ainda muitas carências e lacunas no nosso saber, sempre provisório, a propósito da saúde. Há afinal muitas hipóteses a formular e muitas pontes a construir entre as várias ilhas dos nossos conhecimentos científicos adquiridos e a adquirir, o que implica a necessidade de muito mais desenvolvimentos do saber e dos saberes que englobam esta dimensão da vida humana e social, a que as universidades e outras instituições semelhantes não podem ficar alheias. Esta é uma premissa que consideramos fundamental para se poder avançar no conhecimento de uma dimensão da vida que, conjuntamente com a família, mais se tem afigurado como um valor primordial nas sociedades da modernidade avançada, ainda que nem sempre acompanhada de comportamentos consentâneos.

Actualmente, conhecimentos mais gerais se impõem para todos os saberes universitários, inclusive em áreas que tradicionalmente viveram muito fechadas nas suas redomas, tal o caso das designadas ciências duras. E se vai sendo comum o recurso às tecnologias em todas as vertentes do saber, não é de somenos importância conhecer o mundo da filosofia, da sociologia, da arte, da literatura que não são um simples ornamento que permite brilhar nos jantares de negócios e outros eventos sociais.

Platão já distinguia os conhecimentos que um discípulo recebia do Mestre, daqueles que eram ministrados, visando a sua utilização prática e as aplicações inerentes a um ofício, e os que cada um procura através da sua educação, do seu ornamento interior e o aperfeiçoamento das suas faculdades.

Ora, a sociologia e mais particularmente a sociologia da saúde, estudando exactamente questões desta índole, se for tida na devida conta pelos vários actores sociais e políticos e não apenas pelos directos profissionais de saúde, pode ser um campo de saber que produz conhecimentos acerca deste fenómeno social total que é a saúde e, porque o é, não dispensa o empenhamento de ninguém e ainda menos de qualquer área das ciências sociais, como é a sociologia. Como afirma Edgar Morin

(1986), todo o pensamento num domínio particular tem necessidade de cultura geral, e consideramos nós de vários saberes, pelo que entendemos que também a sociologia, e mais incisivamente a sociologia da saúde, acompanhando as grandes mudanças em curso, tem necessidade de enveredar por novas perspectivas, ainda que em articulação com os saberes já construídos e em vias de se construir.

Referências

- AUGÉ, Marc et HERZELICH, Claudine (sous la direction de) (1984), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed.des Archives contemporains.
- BECK, Ulrich (2001 [1986]), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- BERNARD, Claude (1878), *Les leçons sur les phénomènes de la vie*, Paris, Baillière.
- BLAXTER, Michel (1990), *Health and Lifestyles*, London, Tavistock.
- CARAPINHEIRO, Graça (1993), *Saberes e poderes no hospital*, Porto, Afrontamento.
- DURKHEIM, Émile (1985 [1897]), *O suicídio*, Paris, PUF.
- DURKHEIM, Émile (1977 [1895]), *As regras do método sociológico*, Paris, PUF.
- DRULHE, Marcel (1996), *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF.
- EWALD, François (1996), “Philosophie de la précaution», *L'Année Sociologique*, 46, 2, pp. 383-412.
- EINSTEIN, R. (2005), *Como vejo a Ciência, a religião e o mundo*, Lisboa, Relógio D'Água.
- FASSIN, Didier (1996), *L'espace politique de santé. Essai de généalogie*, Paris (Coll. Sociologie d'aujourd'hui»).
- FREIDSON, Edward (1970), *Profession of medicine*, New York, Harper & Row Publishers.
- FREIRE, Adriano (2000), “Estratégia e qualidade” in H. Lopes (org), *Gestão da Doença & qualidade em saúde*, Lisboa, Comissão Sectorial da Saúde do IPO, pp. 75-80.
- GIDDENS, Antony (1990), *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press.

HERZELICH, Claudine, PIERRET, Janine (1991), *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Paris, Payot.

LALIVE d'Épinay et al. (2000), *Vieillesse au fil du temps*, Lausanne, Réalités sociales.

LASCOUME, Pierre (1996), «La précaution comme anticipation des risques résiduels et hybridation de la responsabilité, *L'Année Sociologique*, 46, 2, pp. 359-382.

LASH, S. (1994), «Reflexivity and its Double: Structure, Aesthetics, Community” in U. Beck *et al.* (orgs), *Reflexive Modernization*, Cambridge and Oxford, Polity Press in association with Blackwell, pp. 43-49.

LATOUR, Bruno (2011), *Le métier de chercheur. Regard d'un anthropologue*, Paris, INRA.

LEANDRO, M. E. (2009), «Migrações internacionais. Incorporação das desigualdades sociais e sanitárias” in Maria Zara Coelho (org), *Não poupes no semear*, Coimbra, Pé de Página, pp. 159-175.

LEANDRO, Maria Engrácia e V. Rodrigues (2006), “Migrações, Saúde e Integração social. Análise ilustrada elos portugueses em França”, *Mediações*, Vol. 11 nº 2, pp. 131-152.

LEANDRO, Maria Engrácia (co-cordenadora) (2007), *Network on Ethnicity and Women Scientists*, Workshop on gender and diversity programme, University of Brussels (Projecto de investigação internacional coordenado por Nouria Ouali, financiado pela Comissão Europeia).

LEANDRO, Maria Engrácia *et al.* (2002), “Os males do corpo em terra estrangeira” in M. E. Leandro, M. Lobo, M. Costa, Saúde. *As teias da discriminação social*, Braga, ICS, pp. 181-210.

LEANDRO, Maria Engrácia (2001), «A saúde no prisma dos valores da modernidade», *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. 41 (3-4), pp. 67-93.

LEANDRO, Maria Engrácia e VAZ PATO, Manuel (1996), *Cadernos Sinodais*, Braga, Secretariado Geral do Sínodo.

LE DOEUFF, Michèle (1998), *Le sexe du savoir*, Paris, Aubier.

MASSÉ, Raymond (2003), *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Les Presses Universitaires de Laval.

MAUSS, Marcel (1975 [1950]), *Anthropologie et Sociologie*, Paris, PUF.

MAUSS, Marcel (1936), «Les techniques du corps», *Journal de psychologie*, 32 (3-4), pp. 363-383.

MERTON, Robert et al. (1957), *The Student Physician Reconsidered*, Cambridge, Harvard University Press.

MORIN, Edgar (1986), *La Méthode. La connaissance de la connaissance*, Paris, Seuil.

PARSONS, Talcott (1951), *The Social System*, New York, Free Press.

THOMAS, L.-V. (1975), *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.

WARDLE, John et al (1991), “The European Health and Behaviour Survey Rationale”, Methods and Initial Results from the United Kingdom, *Social Science and Medicine*, Vol. 33, n° 8, pp. 39-47.