

Por um projecto de cidade saudável: o contributo da intervenção sociológica no terreno

Margarida Torres¹

Abstract: The question of the professionalization of sociologists has been under discussion around the difficulty in defining the skills, the need for affirmation as a profession, the possibility of intervention in several areas and the ability of graduates responding to the challenges they face when entering the labor market. This article aims to present an experience of sociological intervention in promoting health, life quality and well-being, referring to the constraints and challenges in changing behaviors and lifestyles in a community with low rates of participation, where the multidisciplinary work is looked upon with suspicion and where health institutions resist the establishment of a partnership with local authorities. It is, however, that the knowledge and sociological knowledge can contribute positively to the change in behavior and social practices, but also to awareness that the promotion of health and welfare are of individual and collective responsibility.

Resumo: A questão sobre a profissionalização dos sociólogos tem vindo a ser discutida em torno das dificuldades na definição das competências, da necessidade de afirmação como profissão, na possibilidade de intervenção em vários domínios e na capacidade dos recém-licenciados responderem aos desafios que enfrentam aquando da inserção no mercado de trabalho. Neste artigo, pretende-se apresentar uma experiência de intervenção sociológica na promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar, referindo os constrangimentos e desafios na mudança de comportamentos e estilos de vida numa comunidade com baixos índices de participação, onde o trabalho multidisciplinar é olhado com desconfiança e onde as instituições de saúde resistem ao estabelecimento de uma parceria com o poder local. Conclui-se, contudo, que os conhecimentos e saberes sociológicos podem contribuir de forma positiva para a mudança de comportamentos e práticas sociais, mas também para a consciencialização de que a promoção da saúde e bem-estar são de responsabilidade individual e colectiva.

¹ Socióloga, Mestre em Engenharia Humana, Chefe da Divisão de Promoção da Saúde da Câmara Municipal de Viana do Castelo. Contacto: margarida.torres@hotmail.com

Palavras-chave: profissionalização dos sociólogos, promoção da saúde, participação, poder local

1. Introdução

É consensual, pelo menos em sede de debate sobre a questão da profissionalização dos diplomados em sociologia, que não está definitivamente assente a definição de um único campo de actuação para estes profissionais. A multiplicidade de áreas de intervenção e, conseqüentemente, a diversidade de funções que os sociólogos têm vindo a assumir na sua prática profissional indiciam uma certa ambigüidade na definição da profissão. Por um lado, surge a dificuldade na definição das competências por parte do sociólogo e, por outro lado, aparecem as representações sociais acerca da sociologia que condicionam a sua afirmação enquanto profissão. O debate tem vindo justamente a centrar-se na inserção no mercado de trabalho, na necessidade do sociólogo afirmar a sua competência profissional e construir o seu perfil dentro do vasto campo de trabalho que são as ciências sociais e humanas (Ribeiro, 1995; Garcias, 1995), na importância da objectividade na especificação das competências ou na definição dos domínios de intervenção e na capacidade dos recém-licenciados responderem a estes desafios.

Ainda que a prática destes profissionais dentro das organizações, sobretudo em instituições públicas, tenha vindo a ganhar terreno (Ferrão, 1999; Almeida, 1999, Banha; 1999), o que, em certa medida, tem contribuído para evidenciar os domínios e competências dos licenciados em sociologia, a formação muito generalista dos sociólogos e, mais recentemente, a precarização do emprego que emerge como uma prática sistemática, não só no sector privado, como também no sector público, são os factores que mais contribuem para a discussão quando se fala de empregabilidade deste grupo profissional.

É, no entanto, legítimo referir que a formação mais generalista do licenciado em sociologia confere um largo espaço de manobra à sua acção, abrindo caminho à possibilidade de intervir em várias áreas e domínios, o que, em certa medida, pode tornar conveniente esta não definição de um campo específico de actuação. Eu diria que, paradoxalmente, aquilo que de algum modo pode retrair as possibilidades de afirmação é o que pode tornar a profissão de sociólogo atraente, na medida em que a sua capacidade interventora não fica delimitada a um único campo de acção. O desafio que se coloca aqui ao profissional da sociologia é a consciencialização da importância de objectivação na formulação dos co-

nhcimentos e saberes adquiridos, de forma a torná-los necessários na estrutura social como uma presença multifacetada, capaz de contribuir para a construção e afirmação da sua actividade.

Não é minha intenção apresentar neste artigo qualquer reflexão ou análise sobre a questão da empregabilidade dos sociólogos, mas somente descrever o meu percurso profissional, enquanto licenciada em sociologia, inserida na administração local que, à partida, se apresentava como um espaço privilegiado para a prática do trabalho sociológico em vários domínios. No entanto, se as dificuldades, para a maioria, predominam sobretudo no momento da inserção no mercado de trabalho, proponho-me demonstrar como, estando já no mercado de trabalho e noutra área de competência, somos colocados perante um conjunto de entraves e constrangimentos, mas também de desafios que tornam aliciante a prática do trabalho sociológico.

2. Do conhecimento à prática: obstáculos e desafios

Como atrás referi, o meu percurso profissional, enquanto licenciada em sociologia, não foi idêntico à da grande maioria dos diplomados nesta área, na medida em que, quando o iniciei, já estava inserida na autarquia de Viana do Castelo, na carreira administrativa, o que, até certo ponto, facilitou o processo. Contudo, não deixou de ser um processo complexo, que exigiu uma grande concentração de esforços na procura de uma estratégia que permitisse credibilizar os saberes e conhecimentos, entretanto adquiridos, e que provocavam algumas dúvidas junto de quem tinha o poder para decidir da oportunidade que se adivinhava crucial na consolidação de um novo percurso profissional.

Tratando-se de uma instituição dotada de um grande poder interventivo e com um forte papel na área social, seria este o campo privilegiado de acção, até porque do quadro superior da autarquia de Viana do Castelo, no princípio da década de noventa, constava apenas um Técnico de Serviço Social, que se ocupava do trabalho técnico no terreno ao nível da intervenção social. O trabalho deste técnico centrava-se sobretudo ao nível da habitação social o que era, de todo, insuficiente para responder às necessidades numa época em que as políticas sociais tendiam a ganhar terreno ao nível das políticas locais.

Porém, as representações sociais acerca da sociologia como *“disciplina vocacionada para a investigação académica”* ou *“não sabemos muito bem o que faz o sociólogo na práti-*

ca” predominavam e, malgrado o esforço na definição das competências, a área social ficou definitivamente fora do alcance como aposta futura. E,, tal como a área social, para as áreas do planeamento, da cultura ou da educação pretendia-se um perfil profissional “mais adequado”. Ou seja, estava em presença dos primeiros obstáculos à possibilidade de aplicação, na prática, das competências pessoais e profissionais adquiridas, que poderiam por em causa a afirmação como profissional da sociologia. Havia, portanto, que reformular as propostas com base no conhecimento da estrutura, do funcionamento e da própria cultura organizacional, na procura de um território de acção que se apresentasse aberto à flexibilidade funcional que caracteriza a formação em sociologia.

Neste processo de negociação, aliando a familiaridade com os diferentes espaços da organização e a revisitação ao corpo teórico que serviu de base ao conhecimento, impunha-se o recurso à imaginação para encontrar espaço numa realidade institucional que, embora com contornos bem definidos, apresentava algumas “janelas” de oportunidade - próprias do poder local - que se configuraram determinantes na construção de uma identidade profissional. O primeiro passo, considerando a força que os normativos legais impõem ao funcionamento das organizações públicas, consubstanciou-se na aposta numa formação específica (mestrado) que possibilitaria a implementação de um serviço (Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho), que decorria da imposição de Directivas Europeias e às quais a Administração pública não poderia ficar alheia. Esta formação, embora dotada de um enquadramento essencialmente tecnicista e caracterizada por uma forte objectividade funcional, incorporava uma componente teórica muito próxima das áreas curriculares da sociologia, que contribuiu para que não resultasse num “desvio” daquele que era o caminho traçado para a aplicação dos saberes sociológicos. Por outro lado, apresentava-se como um desafio já que, para além de se revelar como uma mais-valia para a própria autarquia - urgia cumprir a lei, de preferência sem recorrer a novos recrutamentos -, tratava-se da promoção de um processo de mudança e de estruturação organizacional, cujo impacte abriria espaço a um posicionamento na esfera das competências específicas e legitimadas.

De facto, no quadro das interacções entre actores e serviços e nos processos relacionais que se foram estabelecendo nesta área de intervenção, ficou visível a importância da actividade do sociólogo no poder local, não só como agente de mudança, mas, também, como influenciador nos processos de tomada de decisão. Por outro lado, foi possível verificar

o reconhecimento institucional duma identidade profissional plurifacetada, capaz de responder e enquadrar-se nos objectivos da instituição, a tal ponto que, perante a emergência de novos domínios de intervenção, torna-se a área disciplinar preferencial para a definição de estratégias, de métodos de trabalho e de planeamento. E é a partir daqui que surge a oportunidade de actuar noutros campos de acção, nomeadamente em áreas onde, tradicionalmente, o poder local não tinha um papel relevante: é o caso da promoção da saúde em meio urbano, que a autarquia de Viana do Castelo apresentou como aposta política no final da década de noventa e se propôs desenvolver ao aderir ao movimento das Cidades Saudáveis, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1987.

Cabe-me referir o enorme desafio que esta nova realidade representou, sobretudo no que concerne ao quadro de referência teórico da licenciatura que não abarcava a área da saúde. Porém, tratando-se de políticas de intervenção no meio urbano, tornou-se imperativo visitar os modelos teóricos de cidade propostos por algumas correntes da sociologia urbana², bem como aperfeiçoar e estender o conhecimento à área da saúde, sobre a qual apresento algumas considerações teóricas, em jeito de enquadramento, evidenciando o papel da sociologia neste processo de construção social e a importância e responsabilidade do poder local neste domínio.

3.A Promoção da saúde em meio urbano: algumas considerações teóricas

“Tornar a visão de uma cidade saudável em realidade necessita de coragem, comprometimento político e abertura à inovação e experimentação”.³

Os conceitos da saúde e da doença têm tido significados diferentes ao longo dos tempos, passando de perspectivas redutoras, como “ausência de saúde” ou “ausência de doença”, para perspectivas mais flexíveis que encaram a doença ou a saúde como resultado de vários factores, tais como factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Bolander, 1988). Por essa razão, embora as ciências médicas e paramédicas constituam as disciplinas que por excelência não só tratam como analisam o fenómeno da doença, se o

² Veja-se, a este propósito, a revisitação sintética de Silva (2001, 2004) acerca dos diferentes modelos sociológicos de cidade.

³ Tsouros, Agis D. (1992), *Vinte Medidas para Desenvolver um Projecto de Cidades Saudáveis*, Gabinete Regional, da OMS para a Europa, Copenhaga

interesse das ciências sociais, nomeadamente da Sociologia, já se esboçava nos inícios do século XX (cf. Cabral 2002), hoje, e mais do que nunca, questões relativas à doença e à saúde não constituem campo exclusivo das ciências (para)médicas). Por isso, tal como argumenta Carapinheiro (2001, 2004), elas exigem um olhar pluridisciplinar, sendo cada vez mais solicitados os contributos das ciências sociais, em particular, a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia para equacionar os problemas da saúde e apontar pistas, sobretudo na análise dos factores sociais e culturais, por um lado, e nas estratégias de ordem económica e política em torno da saúde, por outro.

A nível conceptual, o termo promoção da saúde tem evoluído no sentido de uma redefinição mais abrangente e positiva, que coloca a saúde como uma preocupação central para o desenvolvimento (Navarro, 2000:21) e salienta a capacitação pessoal para agir em prol da própria saúde, sendo a última um recurso no ciclo de vida.

Os vários encontros internacionais realizados em torno da promoção da saúde (Conferências Internacionais realizadas em 1986, 1988, 1991, 1997, 2000 e 2005), foram cruciais na clarificação conceptual, na determinação das áreas de intervenção, das estratégias e acções a implementar e, principalmente, pelo assumir do compromisso de diversos países em colocar a saúde como uma preocupação central para o desenvolvimento. As conclusões advindas destas conferências, no que concerne à partilha de responsabilidade e à necessidade de cooperação entre os vários sectores da sociedade, são claras. A saúde e a sua promoção, prevenção e educação são responsabilidade dos vários sectores da sociedade e não apenas do sector da saúde.

Os estilos de vida surgem como um dado importante neste processo, influenciando positiva ou negativamente a qualidade de vida dos indivíduos (Fonseca, 2004). Daí que os novos desafios da saúde pública passem pela aposta em mecanismos capazes de actuar ao nível não só da capacidade física dos indivíduos, mas também do bem-estar mental e social, onde os factores psicológicos e psicossociais associados a factores de ordem social assumem um papel fundamental. Esta multiplicidade de factores de diferentes níveis que determinam a saúde da população são mais evidentes nas áreas urbanas, pois o ambiente urbano, no seu sentido amplo – físico, social, económico e político – afecta directa ou indirectamente todos os aspectos da saúde e bem-estar dos cidadãos.

As políticas de promoção da saúde foram adquirindo um maior impulso a partir das orientações estratégicas da Carta de Ottawa e das metas de Saúde Para Todos (SPT), que constituem a base do movimento das Cidades Saudáveis (CS), lançado pelo Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS/EURO) em 1987, e que, neste início do século XXI, propõe um investimento no desenvolvimento da saúde, colocando a ênfase nas parcerias comunitárias, na equidade, nos condicionantes da saúde, no desenvolvimento sustentável e na gestão democrática e participativa. Segundo Hancoch e Dunl (in Ashton 1986:12) *“uma cidade saudável é aquela que de forma contínua melhora o seu ambiente físico e social, assim como potencia os recursos comunitários que permitem à população realizar todas as funções da vida e auto desenvolver-se até ao seu máximo potencial a partir de uma perspectiva de apoio mútuo”*

Tendo em conta este conceito, podemos referir que, por um lado, em torno destas questões, relevam não só os poderes políticos a nível nacional e local, as instituições de saúde e seus profissionais, mas também os próprios cidadãos, na medida em que o maior ou menor empenho e participação destes na “coisa pública” (*respublica*) e, em particular, na intervenção cívica e política nas questões do ambiente, da qualidade de vida e na saúde são extremamente importantes, já que tocam matérias de cidadania. Por outro lado, os cidadãos deverão estar consciencializados de que a saúde é uma tarefa pessoal, não devendo ser apenas um grupo social, mesmo que esse grupo seja dos profissionais de saúde, a “controlar” a saúde e a doença e que o seu envolvimento e participação são fundamentais neste processo.

4. A prática sociológica na “construção” de um conceito

Embora a saúde não seja da responsabilidade directa do poder local, este, por razões de proximidade a problemas e pessoas, será um parceiro estratégico na promoção da saúde e no desenvolvimento sustentável, cabendo-lhe promover a participação activa da comunidade, já que se trata de um processo que implica mudanças ao nível dos comportamentos e dos estilos de vida das populações.

Ciente da importância que a saúde e a qualidade de vida assumem na sociedade actual, face às mudanças que se têm verificado nas últimas décadas, sobretudo no que

se refere aos estilos de vida e à atenção que hoje é dada aos tempos livres e ao lazer, bem como à procura do equilíbrio psíquico e social, a manifestação do interesse no desenvolvimento de uma política que reflectisse estas preocupações ao nível da governação local, materializou-se na adesão do Município de Viana do Castelo, em 1997, ao movimento das Cidades Saudáveis da OMS⁴, como já atrás foi referido. Esta adesão exigiu um compromisso político que garantisse não só o cumprimento dos princípios orientadores deste movimento, como também a afectação de recursos humanos, materiais e financeiros para por em prática as acções a desenvolver na promoção da saúde e prevenção da doença da comunidade local. Neste processo emerge como requisito fundamental o estabelecimento de uma parceria estreita com o sector da saúde, operacionalizada com a disponibilização de um profissional de saúde⁵, a quem foi atribuída a Coordenação Técnica do Projecto, bem como a designação de um técnico da autarquia que mediasse o processo relacional entre o poder local e o sector da saúde. Note-se que se estava perante um projecto lançado pelo sector da saúde, mas cujos objectivos subjacentes à sua aplicação – promoção da saúde e qualidade de vida em meio urbano -, só terão efeitos práticos se apoiados por quem detém o poder de intervir ao nível daquilo que são os factores determinantes da saúde, nomeadamente o ambiente, a mobilidade, a actividade física, o planeamento urbano, entre outros. Por outro lado, havia que reorientar as políticas, no sentido de promover o envolvimento e a participação comunitária, princípios fundamentais para o sucesso dos resultados que se pretendia que se traduzissem em ganhos em saúde.

É aqui que a profissão de sociólogo é “lembrada” como a mais adequada para o exercício desta função (fruto, na minha opinião, do trabalho desenvolvido na área a que me referi no capítulo anterior) e, neste contexto, sendo a única socióloga na autarquia, sou convidada para desencadear o processo de implementação do projecto que passou pela definição dos objectivos, das estratégias, da metodologia de trabalho e do planeamento das acções a desenvolver. Neste processo, e tal como também referi anteriormente, foi necessário revisitar algumas teorias sociológicas que, nesta altura,

⁴ Note-se que o Presidente do Executivo camarário de Viana do Castelo, em 1997, é Médico, o que, de certa forma, leva a compreender o interesse em colocar a promoção da saúde na agenda política da cidade

⁵ Foi designado um Médico de Saúde Pública que dispõe de dois dias semanais para garantir o conhecimento técnico na área da saúde.

fizeram todo o sentido, tornando-se extraordinariamente relevantes na criação das bases necessárias à implementação do projecto, traduzidas na elaboração do Perfil da Saúde da população do concelho e no desenvolvimento de um plano de acção – Plano de Desenvolvimento em Saúde (PDS) – a partir do qual se operacionalizará o projecto.

Sem pretender entrar em considerações sobre os factores de ordem política, económica ou simbólica, que eventualmente pudessem estar por detrás da aplicação deste projecto, nem tão pouco é esse o objectivo desta reflexão, merece, contudo, que se referencie aqui o interesse que a autarquia manifestou em desenvolver uma política local centrada em intervenções/acções ditas “imateriais”, onde os resultados se tornarão visíveis a médio/longo prazo, o que, tendo em conta a duração dos mandatos políticos, poderia, à partida, comprometer a sua concretização. Daí que, tendo presente o compromisso político e a responsabilidade que o mesmo representava ao nível do desempenho técnico, já que se tratava de um projecto cujo objectivo se centrava, não só, na mudança de comportamentos e de estilos de vida de uma comunidade, como, também e, em última instância, na mudança da própria imagem da cidade, estava perante um grande desafio mas, também, da enorme oportunidade que se adivinhava crucial para o reconhecimento e afirmação da própria profissão de sociólogo.

Considerando os princípios orientadores do projecto, nomeadamente a importância da participação comunitária e do envolvimento dos sectores público, privado e associativo, foi estabelecida, como metodologia de trabalho, a criação de equipas multidisciplinares e intersectoriais que integrariam representantes de diversas instituições daqueles sectores e cujo objectivo se centraria na caracterização e identificação de debilidades e na consequente apresentação de propostas de solução em diversas áreas consideradas como prioritárias para a promoção da saúde da população.⁶ Esta tarefa apresentou-se como um dos maiores desafios à implementação e operacionalização do projecto, já que exigia uma mudança nos próprios processos organizativos internos, devido à necessária introdução do trabalho multidisciplinar que, nos finais dos anos noventa, era olhado com desconfiança por se apresentar como uma realidade nova

⁶ Entre os anos 2000 e 2005 constituíram-se seis equipas multidisciplinares e intersectoriais para trabalharem as temáticas do ambiente, acessibilidades, alimentação, migrantes, tabagismo e actividade física, cujo contributo tem-se revelado fundamental na aplicação dos objectivos do Plano de Desenvolvimento em Saúde (PDS).

face a uma cultura organizacional onde imperavam formas de trabalho individualizadas e onde as fronteiras entre os vários domínios de competência tendiam a revelar-se perfeitamente delimitadas. Por outro lado, as instituições do sector público, nomeadamente do sector da saúde, essencial em todo este processo, evidenciaram alguma resistência por considerarem que se tratava de uma política que se traduzia na invasão de um domínio da sua exclusiva competência, sem analisarem, à partida, os benefícios ou vantagens que poderiam resultar desta parceria estratégica, na concretização de uma política local que pretendia colocar a promoção da saúde no topo das decisões.

Há que referir, ainda, as dificuldades em introduzir a mudança de comportamentos e práticas numa população com baixos níveis de participação⁷, sobretudo em projectos desenvolvidos pelo poder político, face ao qual esta manifesta um elevado grau de distanciamento. Já o movimento associativo, tendo demonstrado, de imediato, grande receptividade à integração e participação no projecto, revelou-se como o grande apoio à sua operacionalização, não só como motor de mobilização da população como também na disponibilização dos meios técnicos e materiais necessários ao desenvolvimento das várias actividades culturais, lúdicas e recreativas, que funcionavam sobretudo como incentivo à participação. Penso que esta posição se deve ao facto da grande maioria das Associações dependerem das subvenções do poder local, para além de outros potenciais dividendos que poderiam retirar daqui, nomeadamente, a possibilidade de poderem divulgar as suas actividades e, conseqüentemente, aumentarem o número de associados, o que de facto veio a acontecer.

Para ultrapassar estes constrangimentos, foi necessário: i) apelar à capacidade de negociação na mediação de um processo relacional entre os vários intervenientes neste processo; ii) estimular a participação dos parceiros, com recurso a estratégias eficazes de divulgação do projecto e informação dos seus objectivos, numa tentativa de os envolver permanentemente no processo; iii) sensibilizar todos os actores sociais envolvidos no processo para a importância do trabalho multidisciplinar e da intervenção articulada dos vários sectores da sociedade civil e v) apelar à participação dos cida-

⁷ Um estudo levado a cabo em 2005 no âmbito do Projecto Cidades Saudáveis revelou que, não obstante os propósitos bem intencionados do poder local e seus parceiros, os objectivos do projecto só parcialmente são conseguidos para o que, além de outros factores, contribui a relativa pouca participação da população nestes projectos o que, por sua vez, existe também uma explicação de ordem causal.

dãos, colocando à sua disposição, de forma livre e gratuita, os meios humanos e materiais necessários à dinamização de actividades que de algum modo correspondessem às suas expectativas e necessidades.

Se bem que, pelo que me foi dado apreender, a intenção inicial fosse apenas colocar o enfoque numa “ideia” de cidade, - consubstanciada na simples colocação de *outdoors* nas entradas da cidade com um novo logótipo – o desenvolvimento e as potencialidades reveladas pelo projecto, ao longo do tempo, estenderam-se muito para além das expectativas iniciais, acabando por resultar na apropriação, por parte da população, deste novo conceito de cidade. Para tal, além do elevado esforço na busca de estratégias de participação comunitária por parte dos técnicos envolvidos, contribuiu a forte vontade política na aposta de uma estratégia de governação orientada para a promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar da população local e que contou com o apoio activo por parte dos prestadores de cuidados de saúde, considerado como fundamental em todo este processo. A este respeito, e volvida uma década de intervenção no terreno, foi possível verificar significativos progressos não só na consciencialização de que a promoção da saúde e do bem-estar se traduz na responsabilidade individual e colectiva, como também se reflectiu na criação de uma nova imagem da cidade onde os conceitos de saúde, de qualidade de vida e de bem-estar têm vindo a ganhar visibilidade.

5. Conclusão

Em jeito de conclusão, refiro que neste texto, num primeiro momento, procurei apresentar uma breve reflexão sobre a questão da profissionalização dos sociólogos, apresentando como exemplo a minha própria experiência profissional na procura de um percurso que se traduzisse na aplicação prática dos conhecimentos e saberes sociológicos adquiridos dentro de um quadro teórico-metodológico tão abrangente como é o da sociologia.

Num segundo momento foi feita uma análise, ainda que de forma breve, sobre a intervenção sociológica na promoção de uma política local que contribua para que os cidadãos se sintam parte actuante nos destinos da sua cidade, tenham estilos de vida

saudáveis e se dediquem a práticas de lazer, como estratégias de prevenção e promoção da saúde e do seu bem-estar.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Ana Nunes, 1999, "Sociologia, Sociólogos e Práticas Profissionais: percursos de construção da identidade no Portugal democrático" in Helena Carreiras, Fátima Freitas e Isabel Valente (org), *Profissão Sociólogo*, Oeiras, Celta Editora

ASHTON J., *Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad*. Trad. Alvarez Dardet, C. Universidade de Alicante.

BANHA, Rui, 1999, "O Exercício da Sociologia no Contexto do Poder Local em Portugal" in Helena Carreiras, Fátima Freitas e Isabel Valente (org), *Profissão Sociólogo*, Oeiras, Celta Editora

BOLANDER, V.B., 1998, *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*, Lisboa, Lusodidacta, 32-52

CABRAL, Manuel Villaverde, 1997, *Cidadania Política e Equidade Social em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.

CABRAL, Manuel Villaverde Cabral (coord.), P.Silva e H.Mendes (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

CARAPINHEIRO, Graça e Paula Page (2001), "As determinantes globais do sistema de saúde português" in Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro, *Risco social e incerteza: Pode o Estado social recuar mais?* Porto, Afrontamento, 81-121.

CARAPINHEIRO, Graça (2004), "Sociologia da saúde e da medicina: um campo em construção" in *Contextos de Sociologia*, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, pp. 46-54.

GARCIAS, Isabel, 1995, "O Sociólogo na Empresa: a Viragem de uma Imagem, o Encontro de um Perfil", in *Experiências e Papéis Profissionais de Sociólogos*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia

GARCIAS, Isabel, 1999, "O Carácter Plural do Sociólogo na Empresa", in Helena Carreiras, Fátima Freitas e Isabel Valente (org), *Profissão Sociólogo*, Oeiras, Celta Editora

FERRÃO, Humberto Nelson de Jesus, 1999, “O Sociólogo na Animação Cultural, em Contexto de Mudança” in Helena Carreiras, Fátima Freitas e Isabel Valente (org), *Profissão Sociólogo*, Oeiras, Celta Editora

FONSECA, António Manuel, (2004), *Desenvolvimento humano e envelhecimento*, Manuais Universitários 35 Lisboa, Climepsi Editores

NAVARRO, Maria F., 2000, “Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Práticas”, in Precioso, José e al, *Educação para a Saúde*, Braga, Departamento d Metodologias de Educação da Universidade do Minho

RIBEIRO, Manuel João 1995; “ Papel do Sociólogo num Departamento Camarário” in *Experiências e Papéis Profissionais de Sociólogos*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia

SILVA, Manuel Carlos, 2001/2004, “Dos modelos tradicionais a um olhar poliédrico sobre a cidade”, in Associação Portuguesa de Sociologia, *Actas do Colóquio Cidade e Cultura*, Porto, Associação Portuguesa de Sociologia

TSOUROS, Agis D. (1992), *Vinte Medidas para Desenvolver um Projecto de Cidades Saudáveis*, Gabinete Regional da OMS para a Europa, Copenhaga Sociologia (publicado em 2004)