

Mestrado Integrado em Medicina

Unidade Curricular:
Antropologia e Sociologia

2016-2017

Maria Johanna Schouten (organização)

Maria Johanna Schouten
(org.)

Caderno de Apoio
para a Unidade Curricular
Antropologia e Sociologia
(segundo ano do
Mestrado Integrado
em Medicina)

Covilhã e UBI, 2017
ISBN: 978-989-20-8092-5

Índice

Primeira parte: Organização.....	4
1. Objetivos gerais do módulo Antropologia e Sociologia	4
2. Competências a adquirir	4
3. Métodos de ensino-aprendizagem	6
4. A avaliação	6
5. Bibliografia obrigatória	7
Segunda parte: Conteúdos - tópicos da matéria e questões para as tutorias... 9	
A. Paradigma Social e Paradigma Biomédico:.....	9
Aa. Questões	10
B. As Ciências Sociais	11
Bb. Questões	14
C. O conhecimento, a comunicação social e a comunicação no âmbito da prática médica.....	15
Cc. Questões.....	19
D. Antropologia, Cultura e Corpo	20
Dd. Questões.....	22
E. Ideias e Práticas Tradicionais ou Alternativas e a Atividade Médica - Científica	23
Ee. Questões.....	24
F. A Religião/Visão do Mundo e a Saúde.....	25
Ff. Questões	28
G. Estilos de Vida, Condições Sociais e Desigualdades	30
Gg. Questões	34
H. A Sociologia da Saúde	35
Hh. Questões.....	36
I. A medicalização da vida	37
Ii. Questões.....	41
J. A Construção Social da Doença	42
Jj. Questões	43
K. Estigma e Identidade	44
Kk. Questões.....	47
L. O estado e a saúde	48
Ll. Questões.....	50
M. Organizações na área da saúde; as profissões.....	51
Mm. Questões.....	55

N. Homens, mulheres e saúde	56
Nn Questões	59
Anexo 1: Aspetos formais e organizacionais dos trabalhos práticos	61
Anexo 2: Tópicos para ensaios (workshops)	63
Anexo 3: A Calendarização 2016-2017	65
Anexo 4: Lista de termos e pessoas	66
Anexo 5: Bibliografia geral	70

Primeira parte: Organização

1. Objetivos gerais do módulo Antropologia e Sociologia

A aquisição de conhecimento dos conceitos e teorias da antropologia e da sociologia mais relevantes para as ciências da saúde e para a prática da medicina; o desenvolvimento de uma visão geral sobre as relações entre saúde, medicina e sociedade; fomentar a capacidade de aplicar estes conhecimentos em situações concretas.

2. Competências a adquirir

Finda esta Unidade Curricular, o/a estudante deve ser capaz de descrever os objetos de estudo da antropologia e da sociologia, e os seus principais métodos e técnicas de análise. Deve saber aplicar os conceitos e teorias relevantes da antropologia e da sociologia em situações clínicas concretas e num enquadramento de medicina preventiva. Deve demonstrar a consciência da, e o respeito pela, existência de convicções e práticas divergentes, consoante as várias culturas e subculturas. Deve saber analisar a interação entre fatores socioculturais e fatores biológicos e interpretar a influência de diversas variáveis, como o nível de habilitações, o tipo de trabalho, o género, a idade e o habitat, no estado de saúde das pessoas. Deve saber analisar sociologicamente as organizações e instituições relacionadas com a saúde.

Objetivos especificados:

Unidade pedagógica 1:

1. Saber quais são os objetos de estudo da Sociologia e da Antropologia Cultural.
2. Conhecer, em linhas gerais, a história destas duas disciplinas científicas.
3. Conhecer os métodos e as técnicas principais aplicados na Sociologia e na Antropologia.
4. Saber como os antropólogos e sociólogos abordam as questões de saúde e de doença.
5. Saber comparar o paradigma biomédico e o paradigma social.
6. Perceber a contribuição da Antropologia para as Ciências Médicas, e vice-versa.
7. Conhecer e perceber alguns conceitos fundamentais relacionados com a cultura e a saúde.
8. Saber reconhecer as influências nos hábitos de saúde que provêm da a) “tradição”, b) religião e c) comunicação social, assim como as suas influências nos tipos de etiologia e de terapêutica.

Unidade pedagógica 2:

9. Conhecer o objeto de estudo da Sociologia da Saúde, assim como os principais fatores que conduziram ao seu nascimento e marcaram o seu desenvolvimento.
10. Compreender os processos que estão implicados na construção social da doença e os impactos que o “rótulo” de doença pode causar na vida dos indivíduos (estigma e identidade deteriorada).
11. Compreender o fenómeno de medicalização e as suas críticas. Avaliar o papel que a biomedicina, a tecnologia e outros agentes desempenham neste processo e as suas implicações sociais.
12. Obter uma noção da sociografia e demografia de Portugal.
13. Ter conhecimentos essenciais da história do relacionamento entre o Estado, em Portugal, e as condições de saúde da população - com referência especial às desigualdades sociais. Obter noções básicas sobre o conceito de Estado-Providência e as políticas de saúde.
14. Saber enquadrar socialmente e culturalmente as organizações e as profissões da área da saúde.
15. Abordar as diferenças e semelhanças entre homens e mulheres em questões de saúde, como utentes, como cuidadores e como profissionais.

3. Métodos de ensino-aprendizagem

O Módulo Antropologia e Sociologia (MAS) será lecionado através de seminários, tutorias e workshops.

3.1 Seminários

Estas sessões consistem na exposição da matéria pela docente, com espaço para debate.

3.2 Tutorias

As tutorias têm como objetivo a problematização e a aplicação da matéria mediante trabalho em grupo: discussão e a elaboração de uma ficha de trabalho.

Sobre a organização, ver anexo 1.

3.3 Trabalhos escritos e apresentações orais (*workshops*)

As tarefas para o workshop consistem no aprofundamento de aspetos da matéria mediante pesquisa, a redação de um texto («ensaio») e a sua apresentação para debate em plenário.

Sobre a organização, ver anexo 1.

4. A avaliação

A avaliação incide sobre a matéria abordada nas sessões (seminários e tutorias) e a bibliografia, indicada pela docente.

A avaliação consiste nos seguintes elementos:

- I. Avaliações com perguntas de escolha múltipla. 60%
- II. Fichas elaboradas em grupo a partir dos tópicos abordados nas tutorias. 20%
- III. Um ensaio, em grupo, e a sua apresentação oral no *workshop*. 15%
- IV. Avaliação básica integrada. 5%

5. Bibliografia obrigatória

Augusto, Amélia (2013) Género e Saúde, in: Fátima Alves (org.) *Saúde, medicina e sociedade. Uma visão sociológica*. Lisboa: Pactor. Pp. 29-34.

Browne, Ken (2003) Health. in: *Introducing sociology for AS level*. Oxford: Polity Press. Pp. 94-133.

Cabral, Manuel Villaverde e Pedro Alcântara da Silva (2009) *O estado da saúde em Portugal. Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde - evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. Pp 19-32; 157-168.

Carapinheiro, Graça (1993) *Saberes e poderes no Hospital. Uma sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento. Pp. 101 - 119.

Challinor, Elizabeth (2012) Cidadania médica, culturas e poder nos cuidados perinatais e pediátricos de imigrantes. *Saúde e Sociedade* 21, 1: 76-88.

Chazan, Lilian Krakowski e Livi F.T. Faro (2016) “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 23, 1: 57-77.

Conrad, Peter e Kristin K. Barker (2010) The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51(S): S67-S79.

Mauss, Marcel [1950/1936/1923] A «correção» e as técnicas do corpo, in: Gilbert Durand (org.) *Os grandes textos da sociologia moderna*, pp. 102-104. (trad. do francês “Les techniques du corps”, in: *Sociologie et anthropologie*,. Paris: Presses Universitaires de France. [Journal de Psychologie 13, 1936.]).

Mendes, Felismina (2011) Medicalização: A cada um o seu diagnóstico. *Barómetro Social*, 1 de Março.

Moon, Graham e Rosemary Gillespie (orgs.) (2002) *Society and health*. London: Routledge. [1995.] Pp. 58-94; 129-139.

Nunes, Berta (1997) *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim do Século. Pp 145-152; 181-189.

Pereira, Pedro (2015) Antropologia da saúde: um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde. *Revista de Antropologia Experimental* 15, 3: 23-46.

Rodrigues, Elisabete (2011) Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: um retrato nacional. *Saúde e Tecnologia* Novembro: 24-31.

Silva, Luísa Ferreira da (2013) Desigualdades sociais e saúde, in: Fátima Alves (coord.) (2013) *Saúde, medicina e sociedade. Uma visão sociológica*. Lisboa: Pactor. Pp. 25-29.

Soares, Daniela (2008) *Ser portador da doença Machado-Joseph: Análise de um estigma*. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia, FCSH, Universidade Nova de Lisboa, Junho de 2008.

Segunda parte: Conteúdos - tópicos da matéria e questões para as tutorias

A. Paradigma Social e Paradigma Biomédico:

A A. Excerto

«Central to the social model is a recognition of the close relationships between medical practice, the power invested in the medical profession and the particular manner in which illness and disease are defined.»

R Gillespie e C. Gerhardt in Graham Moon e Rosemary Gillespie (orgs.) (2002 [1995]), *Society and Health. An introduction to social science for health professionals*. p 84. London: Routledge.

A B. O exemplo da tuberculose:

Segundo o paradigma biomédico, esta patologia é "causada" pelo *Myobacterium tuberculosis*.

O paradigma das ciências sociais procura a "causa" da tuberculose na pobreza e má nutrição.

Rudolf Virchow, um dos grandes médicos/cientistas do século XIX, teve um papel fundamental na descoberta da causa biológica da doença. No entanto...

«Even after 1880 Virchow refused to accept bacteriological aetiology because he believed there could be no single agent of disease. He claimed that the exciting causes of disease were derived from a matrix of relations which favoured its spread or hindered it. He never promoted a miasmatic or contagionist theory but followed the direction of the French Hygienists in believing that disease resulted from both biological and social causes.»

(Dorothy Porter, *Health, civilization and the state*, 2000, p. 84. London: Routledge).

A C. Excerto

A teoria de Thomas McKeown: interpretação "nutricional" do aumento da população desde 1770. (*The modern rise of population*, London: Edward Arnold 1976).

[Segundo McKeown....] «Population growth was due primarily to a decline in mortality from infectious disease. This decline was driven by improved economic conditions that attended the Industrial Revolution, which provided the basis for rising standards of living and, most important, enhanced nutritional status that bolstered resistance to disease. Other variables that may have been operating concurrently – the development of curative medical interventions, institution of sanitary reforms and

other public health measures, and a decline in the virulence of infectious organisms - played at most a marginal role in population change. Put another way, the rise in population was due less to human agency in the form of health-enhancing measures than to largely invisible economic forces that changed broad social conditions.»

James Colgrove (2002) "The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence". *American Journal of Public Health*, Vol 92, No. 5.

Ver também Chloe Gerhardt, in Moon e Gillespie 2002 [1995]: pp 70-71.

Aa. Questões

A 1. Comente a distinção entre duas abordagens à saúde (o modelo médico e o modelo social) com referência ao quadro no livro *Society and Health* (organizado por Moon e Gillespie 2002 [1995]: 83), e ao fragmento de Ken Browne (2003: 94-100) intitulado "The medical and social models of health". (ver A A).

A 2. Procure e descreva sucintamente três exemplos de doenças com causas "both biological and social". Explícite em cada exemplo o aspecto social.

A 3. Analisando o texto relevante no livro *Society and health* (pp. 70-71), explique em que sentido as teorias de Thomas McKeown (ver A C) são uma crítica ao modelo biomédico. Ver também p. 25 do livro de Manuel Villaverde Cabral e Pedro Alcântara da Silva (2009).

A 4. Quais foram os desenvolvimentos sociais após a Segunda Guerra Mundial, que despertaram o interesse pela dimensão social das questões de saúde (ver Villaverde Cabral e Alcântara da Silva 2009, pp. 20-22)?

B. As Ciências Sociais

A Sociologia

A sociologia desenvolveu-se no século XIX, com o surgimento da chamada “modernidade”. Para Max Weber (1864-1920), a modernidade caracteriza-se, entre outros aspetos, pelo “desencantamento do mundo”. A ciência e a tecnologia moderna substituíram as “forças misteriosas e não-calculáveis” que existiam nas visões do mundo pré-modernas.

A sociedade das décadas mais recentes (a partir dos anos 50 do século XX) foi denominada por Ulrich Beck (1986) de “Sociedade de risco” - riscos provocados pelo desenvolvimento tecnológico/ científico: riscos a nível mundial, por exemplo, uma catástrofe nuclear; mudança climática; manipulação genética; *hacking*; etc.

“There used to be the 'external risk' coming from the impact of nature on us. But we have added 'manufactured risks' due to our own impact on the world,” (A. Giddens 1999, http://news.bbc.co.uk/hi/english/static/events/reith_99/week2/week2.htm)

Macrossociologia: a análise em larga escala dos sistemas sociais, como uma empresa, o sistema político ou a ordem económica. A macrossociologia inclui também a análise de processos de mudança a longo prazo.

Microssociologia: o estudo do comportamento quotidiano em situações de interação face a face. (Anthony Giddens [1997] *Sociologia*, p. 142. Lisboa: Fund Gulbenkian (2ª edição)

A Antropologia Cultural

“Cultural Anthropology is the study of human cultures, their beliefs, practices, values, ideas, technologies, economies and other domains of social and cognitive organization. This field is based primarily on cultural understanding gained through first-hand experience, or participant observation within living populations of humans.”

Cultural Anthropology/Introduction

http://en.wikibooks.org/wiki/Cultural_Anthropology/Introduction

Antropologia cultural, *antropologia social*, e *etnologia* são denominações diferentes para essencialmente a mesma disciplina científica.

Etnografia indica a descrição, através da própria observação, de povos/ culturas ou de fenómenos culturais e sociais.

A *antropologia física* é o estudo da biologia humana, tendo em consideração o contexto sócio-cultural. Situa-se, teoricamente e metodologicamente, nas Ciências da Vida.

Nalgumas “escolas”, nomeadamente nos Estados Unidos, a *linguística* e a *arqueologia* são consideradas como sub-áreas da antropologia cultural.

Um método de investigação habitual na antropologia é: etnografia, com observação participante. Exemplos da aplicação do método etnográfico na antropologia (num enquadramento de serviços de saúde) encontram-se em Challinor (2012); Nunes (1997); Chazan e Faro (2016).

A escolha das técnicas de investigação em antropologia e em sociologia depende de vários fatores (teóricos, metodológicos, práticos).

Fundamentais na escolha são os objetivos da pesquisa e os recursos disponíveis.

Algumas das técnicas de recolha de dados:

- Entrevista (em profundidade ou não)
- Inquérito
- Sondagem
- Observação (eventualmente participante)
- Análise de conteúdo
- Pesquisa documental
- e outras...

Seguem-se fragmentos relacionados com a investigação antropológica, aplicando etnografia e/ou observação participante:

B A. Excerto

Sobre a investigação da prestação de serviço de saúde em várias instituições no Rio de Janeiro. Este excerto refere-se a uma maternidade pública:

«O tempo gasto pelos médicos observados, para cada exame, era semelhante. Contudo, a atenção dispensada à gestante diferia radicalmente. No início da observação, a médica mostrou-se relativamente gentil com as gestantes, mas, com o passar do tempo, revelou-se fria e impessoal. Atribuímos essa “evolução” à naturalização da presença da observadora.

Médica: Tira a calcinha e deita com a cabeça para lá, tá? Dobra os joelinhos... [prepara a sonda, com o gel e a camisinha]. Um geladinho, uma pressão, tá? [G. chora muito, surge na tela um saco gestacional com embrião sem batimentos cardíacos, médica olha a imagem, fala olhando para o monitor]. Olha só, o nenenzinho não tá vivo. O coração não tá batendo. [G. soluça, médica parece querer se livrar da situação o mais rápido possível]. Presta atenção... quando é assim é porque o neném tinha algum defeito, defeito no coração, no cérebro... depois você faz outro. Quantos anos você tem?

G.: 23.

Médica: Então! Você é nova. Agora, o mais importante de tudo é resolver isso, isso dá infecção. E enquanto isso estiver aí dentro você não vai poder engravidar. [G. soluça,

médica continua falando e levanta-se.] Passa na sala ao lado e depois vai lá em cima na emergência para resolver isso. [Sai da sala, G. levanta-se da maca chorando muito.] (Notas de campo, maternidade pública X; destaques da falante).»

Lilian Krakowski Chazan e Livi F.T. Faro (2016) “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. *Manguinhas* 23, 1: 57-77. (pp. 67-68.) [palavras realçadas: por Schouten]

B B. Excerto

O fragmento seguinte aborda a dificuldade de uma observação plenamente participante, no caso de pesquisa sobre assuntos médicos:

«A little known but instructive experiment of a simulated patient role in research is reported by French et al. (1972). Using a wheelchair in accordance with his simulated disability, French was admitted to a rehabilitation clinic in the United States. His observations were, among other things, about the intense boredom in the ward, but the emotional stress of being insincere in his role as disabled person becomes more and more dominant in his ‘ethnographic’ notes. No longer able to bear it after five days, he revealed his true identity to the others in the ward, ending his research. His co-patients reacted with indignation. A young woman upbraided him: “Who do you think you are, trying to imitate a cripple. You will never know what it feels like.” Her reproach touched the core of the methodological flaw: a fake illness or disability feels very different than a real one.

My own experiences with illness - fortunately - are very limited, but when I was admitted to a Ghanaian hospital with cholera, I learned a lot about being a patient, even though I was a privileged one. One of my most intensive experiences were the frightening sordid toilets behind the scenes (but they seemed to be much less frightening to my co-patients who gratefully borrowed my luxurious toilet-paper role). Another memorable experience was the religiosity that dominated the atmosphere in the ward. The number of praying and singing people that passed my bed outnumbered that of nurses and doctors. It felt as if the hospital was as much a place of worship as of medical treatment (Van der Geest 2001). I was authentically critically ill, but I realized that my experience was still very different from that of my co-patients, a dominant factor being that I had sufficient money to pay for the treatment: a few days later, I was safely home.»

Sjaak van der Geest (2007) Is it possible to understand illness and suffering? *Medische Antropologie* 19, 1: 15-16.

Bb. Questões

B 1. Quais as semelhanças e as diferenças entre a Antropologia Cultural/ Social e a Sociologia?

B 2. Mencione um tópico de investigação, na área da saúde, que possa exigir tanto uma abordagem macrosociológica como microsociológica. Justifique.

B 3. Descreva algumas técnicas usadas nas ciências sociais para recolha de dados e pense para cada uma num exemplo (tópico) de pesquisa em que possa ser aplicada.

B 4. Apresente um comentário à técnica de observação participante, tendo em consideração o fragmento de Sjaak van der Geest (B B).

B 5. Apresente um comentário ao excerto do artigo de Chazan em Faro (2016) (B A), inclusive a técnica de investigação aplicada. Convém consultar o artigo original.

B 6. Vários cientistas sociais, em relação à sociedade “pós-moderna”, referem o “re-encantamento do mundo”. O que será? Mencione um exemplo. (Ver, por exemplo, o artigo de Benjamin Breen 2015.)

B 7. Mencione um ou dois desenvolvimentos na biomedicina que poderiam servir como exemplo de “riscos” a nível transnacional, segundo a teoria de Ulrich Beck.

C. O conhecimento, a comunicação social e a comunicação no âmbito da prática médica

C A. Artigo:

Iliteracia em Saúde afecta metade dos portugueses
Jornal Médico, 5 de Maio de 2015

«Os resultados de um estudo do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), do ISCTE, revelam que 49% dos portugueses têm um índice geral de literacia em saúde baixo. Iliteracia que se manifesta, entre outras formas, na dificuldade em interpretar bulas de medicamentos, bem como em avaliar informação sobre doenças e sua prevenção, riscos para a Saúde, vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento, vacinas ou recorrer a uma segunda opinião médica. Tendo por base o Inquérito Europeu sobre Literacia em Saúde, que identifica as principais limitações, problemas e entraves da literacia em Saúde na sociedade portuguesa, a equipa de investigadores do CIES apurou que 38% da população tem um nível de conhecimentos “problemático” e 11% têm um nível “inadequado”, o mais baixo da escala. O estudo destaca que dos restantes, com níveis positivos de literacia, apenas 8,6% apresentaram um nível “excelente” de conhecimentos.

No que respeita especificamente aos “cuidados de Saúde”, 45,4% dos inquiridos revelaram um nível de literacia limitado; 10,1% “inadequado” e 35,3%, “problemático”.

No âmbito da “prevenção da doença”, Portugal concentra 45,5% dos inquiridos num nível de literacia com limitações, enquanto no capítulo da “promoção da Saúde”, estas limitações sobem para os 51,1%.

De acordo com a coordenadora do estudo, Rita Espanha, “este pode ser um aspecto preocupante na relação que os portugueses desenvolvem com os prestadores e com o cuidado com a sua própria Saúde e dos seus familiares”, destacando que é possível identificar entre os iletrados em Saúde um grupo mais vulnerável, constituído maioritariamente por idosos e pessoas com menos estudos.

Ora, aponta a investigadora, “os mais baixos níveis de literacia em Saúde encontram-se precisamente entre os mais velhos e os menos escolarizados, o que nos remete também para o reconhecimento de alguns grupos mais vulneráveis que são identificados no estudo como sendo o público-alvo a considerar em termos de políticas públicas no campo da promoção da literacia em Saúde”.

Esse grupo mais vulnerável é identificado por Rita Espanha como sendo o dos indivíduos com 66 ou mais anos, com rendimentos até aos 500 euros, com uma autopercepção de saúde “má”, os viúvos, os operários, pessoas com doenças prolongadas, os reformados, os que frequentaram no último ano seis ou mais vezes os cuidados de saúde primários e os que se sentem limitados por terem alguma doença crónica.

No grupo dos que concentram tanto o melhor nível de literacia (excelente), como o nível considerado adequado (junção dos dois melhores, excelente e suficiente) estão os mais jovens (até aos 45 anos). Uma realidade que não surpreende Rita Espanha, pois confirma a percepção já existente entre a população em geral e a comunidade científica de que os portugueses têm níveis de literacia em Saúde relativamente baixos.

Os resultados alcançados em Portugal não são muito diferentes dos restantes países europeus participantes no estudo (Holanda, Grécia, Irlanda, Áustria, Polónia, Espanha, Bulgária e Alemanha), além de que confirmam a associação entre literacia em Saúde e literacia em termos mais abrangentes. “A literacia em Saúde encontra-se positivamente correlacionada com as práticas de literacia, sejam estas práticas de leitura de diversos materiais, sejam práticas de utilização de tecnologias da informação e comunicação”, sublinha a propósito a investigadora.

A análise dos inquiridos permitiu constatar que as maiores dificuldades dos inquiridos estão relacionadas com a capacidade de acesso a informação sobre “promoção da Saúde no local de trabalho, saúde mental, atividades benéficas para o bem-estar mental, tratamentos de doenças geradoras de preocupação, como tornar mais saudável a zona onde reside e políticas relacionadas com a saúde”.

“Os inquiridos percepcionam dificuldades tanto em identificar temas por desconhecimento dos mesmos, como em procurar e encontrar informação sobre o que os preocupa”, explica Rita Espanha.

Há outros temas relacionados com “práticas específicas de cuidados com a Saúde, que os inquiridos têm dificuldade em as encarar como tal”, tais como a “dificuldade em participar em acções que visem melhorar a comunidade” e “frequentar um ginásio”, acrescenta.»

C B. Excerto

O médico/investigador americano Atul Gawande relata o seguinte episódio, relativamente ao contacto de um médico especialista em medicina interna (dr. Osio) com um utente diabético:

«Osio spent three-quarters of an hour with the man, going over his pill bottles and getting him to explain what he understood about his condition and how to treat it. The man was a blue-collar worker with limited schooling, and Osio discovered that he had some critical misunderstandings. For instance, although he checked his blood-sugar level every day, he wrongly believed that if the level was normal he didn't need to take his medicine. No, Osio told him; his diabetes medication was like his blood-pressure medication – he should never skip a dose unless the home measurements were too low. Osio explained what diabetes is, how dangerous it can be, how insulin works. Then he turned the man over to an office nurse who had taken classes to become certified as a diabetes educator. She spent another forty-five minutes having him practice how to draw up and take his insulin, and how to track his sugar levels in a logbook. She set a plan to call him every other day for a week and then, if necessary, bring him back for another review. This would continue until his disease was demonstrably under control.» (Gawande 2015)

C C. Excerto

«.... Hoje em dia, os pacientes se apresentam menos passivos, mais desafiadores, procurando um diálogo, uma explicação, respostas para o seu mal-estar, a participação

na decisão terapêutica, como nos foi dado a verificar em entrevistas com médicos e doentes do IPOLFG de que apresentamos um extracto:

"Em conversa com ele [o médico] e pelo que li aqui [numa revista ...], como eu não sou de meias medidas, falei p'ros Estados Unidos, p'ro secretário desta sociedade, da internet, que era um rapaz de 40 e tal anos, - este tipo que está aqui [aponta para a revista] - e que me disse que ele próprio tinha sido operado, tinha sido um grande choque mas se considerava um «survivor». Este rapaz que está aqui ..., ele próprio [...] me disse assim: - Porque estás tão preocupado com isso se nem sequer sabes o resultado da biopsia? - Estava a pôr o carro à frente dos bois."

Este é o exemplo extremo do doente que quer estar "super informado" e que é encarado pelos médicos como

"... os piores doentes de todos! O intermédio é o ideal. Isto é como tudo, os extremos são péssimos. Aquele doente que não quer saber nada, é muito mau; porque é um doente que não vai colaborar muito, não quer saber, faz a negação e tudo mais, estes doentes são maus também e hoje em dia praticamente não existem; os doentes hiper, super informados, e que vão à Net e querem descrições pormenorizadas das cirurgias e «o que me pode acontecer?», é péssimo! Porque eles depois não têm noção nenhuma da realidade; aquilo é virtual, eles não sabem, não têm senso clínico, não há associações, não há experiência, não há nada, não é?" (Médico)»

Maria Leonor Sampaio (2006) "A profissão médica no quadro da modernidade reflexiva", *Fórum Sociológico* 15/16: 51-65 (pp 60-61).

C D. Excerto

«A internet disponibiliza diversas oportunidades de assistência em saúde, além de ofertar uma crescente quantidade de informação prontamente acessível. Hoje em dia, usuários podem pesquisar opções de tratamento, consultar-se com seu médico, buscar grupos de apoio, procurar hospitais e unidades de saúde, comprar medicamentos e até mesmo pagar faturas médicas em sistemas on-line (Besset et al., 2002). Cresce o número de instituições públicas e privadas que utilizam a internet para transmitir informação e oferecer serviços em portais e páginas da web que podem ser acessadas pelo usuário quando, onde e como lhe for mais conveniente (Cline, Haynes, 2001). Além de ser uma das temáticas mais pesquisadas na rede, a saúde é uma das áreas na qual há uma crescente e diversificada quantidade de informação sendo disponibilizada, seja em *blogs*, *sites* governamentais, páginas corporativas ou redes sociais (Vanbiervliet, Edwards-Schafer, 2004). A popularização da prática de pesquisar e compartilhar informações sobre sintomas, diagnóstico, profilaxia e tratamento de uma determinada doença entre usuários da *web* contribuiu para a emergência do "paciente informado": um novo ator social que tem interferido na relação médico/paciente e no cuidado em saúde (Garbin, Pereira Neto, Guilam, 2008).

Na última década, a resposta da comunidade médica a esse novo ator social oscilou entre preocupação, hostilidade e celebração. O fato de o paciente procurar e compartilhar informações na internet, independente do médico, transforma e descentraliza a estrutura do poder biomédico. O indivíduo passa a desempenhar um papel proativo no cuidado de sua saúde, tornando-se menos propenso a aceitar ordens

e decisões médicas de forma passiva. A relação médico/paciente vertical, unilateral e cindida tem poucas condições de sobreviver dentro desse quadro. O empoderamento do paciente, derivado do acesso a informações, resultou, principalmente, no debate sobre a preservação ou não da autoridade e do *status* da profissão médica (Kopelson, 2009).

Nos últimos anos, a abordagem apocalíptica sobre a capacidade de o “paciente informado” contribuir para a desprofissionalização do médico diminuiu. A internet passou a ser considerada um fator de ajuda na relação médico/paciente (Ahluwalia et al., 2010; Cabral, Trevisol, 2010). Iniciativas públicas, corporativas e até mesmo individuais esforçam-se em criar *sites* com informações confiáveis, certificadas por agências avaliadoras internacionais. Programas de paciente *expert* (*Expert Patient Programme*) popularizam-se em diversos países, ofertando aos portadores de doenças crônicas um espaço informacional confiável que os ajude a lidar física e emocionalmente com sua condição (Wilson, 2008). Seu objetivo não é tornar o usuário um neurologista ou cardiologista amador, mas desenvolver sua confiança e incrementar sua qualidade de vida pessoal e profissional (Shaw, 2004). Nesse contexto, Fox, Ward, e O’Rourke, (2005, p.1299), em texto clássico, perguntavam: O fenômeno do “paciente informado” promove o empoderamento do cidadão ou amplia a dominação dos saberes biomédicos instituídos?>

André Pereira Neto et al. (2014) O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. *Manguinhos* 22: 1653-1671 (pp. 1655-1656).

C E. Excerto:

Susana Henriques consultou, classificou e analisou uma série de artigos sobre a obesidade:

«Importa [...] referir um conjunto de [...] peças cujo tema central é a obesidade e os seus perigos associados: “Elas [as crianças] estão a ficar gordas”; “Obesidade pode levar à demência”. Nestas peças apresentam-se dados que configuram a construção social “dos problemas do excesso de peso” como um problema de saúde pública, pela sua extensão, e como uma epidemia, tal como foi classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Face a este cenário, há notícias que apresentam iniciativas que vão no sentido de alterar o estado da situação.

Há, no entanto, outras peças em que se desdramatizam as consequências do peso excessivo para a saúde - por exemplo, “Riscos de morte por excesso de peso têm sido exagerados”. Isto é, depois de várias peças em que se descrevem os perigos da obesidade e de outras que apresentam programas que traduzem esforços no sentido de ajudar quem sofre deste tipo de problemas, surge um artigo aparentemente contraditório. Trata-se de um estudo sobre as consequências do excesso de peso a partir da análise das mortes relacionadas, apresentando um número inferior ao das estatísticas oficiais.

Este desfasamento poderá passar: pelas estratégias metodológicas utilizadas; pelo índice de massa corporal considerado; pela avaliação das consequências resultantes para a saúde; pelo aumento da eficácia dos medicamentos no tratamento das doenças associadas, nomeadamente os problemas cardiovasculares.»

Susana Henriques (2008) *Estilos de vida associados à saúde e cuidados corporais na imprensa portuguesa*. Lisboa.

C F. Excerto

«Na pesquisa sobre o acesso dos refugiados à consulta nos centros de saúde, entrevistei vários profissionais de saúde, com especial predominância de médicos, incluindo psiquiatras... Acompanhando uma grávida refugiada da Somália à consulta de rotina no Centro de Saúde, tanto a minha informante como eu própria nos demos conta de que as atitudes da médica eram divergentes quando se dirigia a mim, ou a ela. Sempre que falava com a grávida somali, elevava a voz em tom de reprimenda, quando esta lhe manifestava algum sofrimento ou desconforto perante os exames de diagnóstico, ao mesmo tempo que usava expressões infantis ao recomendar-lhe um certo tipo de cuidados na dieta alimentar, por exemplo, para logo depois se dirigir a mim, exclamando: “Tem que se falar assim com elas, senão vão para casa e fazem tudo ao contrário.” Já fora do consultório, a grávida, sentindo-se humilhada, perguntava-me em inglês: “Why is she talking to me like that? I am a refugee, I’m not stupid or deaf.»
Cristina Santinho (2012) A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Fórum Sociológico*, 22: 73-81.

Cc. Questões

C 1. Quais são, na sua opinião, as diferenças entre informação, conhecimento e compreensão, no caso dos utentes dos serviços de saúde?

C 2. Disserte sobre os eventuais aspetos *etnocêntricos* da discussão sobre iliteracia em saúde. Em relação ao etnocentrismo, considere também texto C F. Pode consultar o artigo de Elizabeth Challinor (2012).

C 3. Enuncie algumas razões porque às vezes surgem, nos média, notícias alarmantes acerca da obesidade, e outras vezes, notícias que contrariam o alarmismo. Comente as explicações apresentadas por Henriques (texto C E).

Compare essa situação com as notícias contrastantes que existem sobre o consumo de vinho. Qual será o efeito para o "leitor" dessas notícias?

C 4. Compara os textos C C e C D, e disserte sobre as várias consequências possíveis para a prática médica das pesquisas na internet efetuadas pelos utentes.

C 5. Descreva um caso (fictício ou real) em que um “comportamento de saúde” é influenciado pela comunicação social, e faça uma análise deste caso. Pode integrar na resposta os conceitos *self-fulfilling prophecy* e *self-defeating prophecy* e o “teorema de Thomas”.

D. Antropologia, Cultura e Corpo

D A. Excerto sobre a Antropologia da Saúde:

«O privilégio pelo *trabalho de terreno* e por *metodologias qualitativas*, a valorização do *ponto de vista do outro* e das *perspetivas holísticas*, e a utilização da *etnografia* conferem uma especificidade à antropologia médica que a destaca de outras investigações sobre as referidas temáticas [doença, saúde, medicina e cura].»

(Pereira 2015: 25) [Itálico de ms]

D B. Cultura

não é inata mas adquirida:

«Humans ... are dependent on learned behavior. In fact, the emergence of the human species and its continuance are dependent upon what is called *culture*.»

Philip L. Stein e Bruce M. Rowe (1989) *Physical anthropology*, pp. 4-5. 4th ed. McGraw-Hill.

D C. Excertos sobre as técnicas do corpo

«For reasons developed by Marcel Mauss [...], fundamental aspects of embodied activity, such as walking, standing or sitting, are social construction. These practical activities require an organic foundation, but the elaboration of these potentialities requires a cultural context. It was for this reason that Mauss talked about "body techniques" which, while depending upon a common organic foundation, are nevertheless both personal and cultural developments.»

Bryan S. Turner (1992) *Regulating bodies: essays in medical sociology*, p. 36. London: Routledge.

«A técnica do corpo é o uso que fazemos dele para atingir uma finalidade pré-estabelecida, seja, nadar, correr, andar, comer, etc. Quando usamos nosso corpo de maneira eficaz, isto é, conseguimos realizar aquilo que foi pensado de antemão, dizemos que o corpo nos serviu de um instrumento para atingir uma finalidade. Cabe dizer que a técnica do corpo, segundo Mauss, é tradicional e eficaz. Tradicional porque segue parâmetros estabelecidos culturalmente dentro de um grupo de indivíduos. Eficaz porque o objetivo proposto é alcançado. A maneira como dormimos, comemos, em geral, movimentos corporais, são apreendidas culturalmente por meio do ensino técnico. A criança ouve o pai dizer: "senta direito menino", "Vê se isso é maneira de comer, fecha a boca". São exemplos de como as técnicas do corpos são interiorizadas pelo sujeito. ..

Para entender as técnicas do corpo é preciso reconhecer que o corpo está condicionado a três forças externas. O social, o fisiológico, o psicológico. Não podemos estudá-lo tendo em conta apenas uma das perspectivas. Isso implicaria um reducionismo. [Segundo] Mauss, "os hábitos variam com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas."

Cada cultura instrumentaliza o corpo a seu modo. E as técnicas são difundidas pela educação.»

<http://www.webartigos.com/articles/9394/1/o-conceito-de-tecnica-do-corpo/pagina1.html>

D D. Citação de Thorstein Veblen,

finais do século XIX, sobre uma forma de mutilação:

«The corset is, in economic theory, substantially a mutilation, undergone for the purpose of lowering the subject’s vitality and rendering her permanently and obviously unfit for work. It is true, the corset impairs the personal attractions of the wearer, but the loss suffered on that score is offset by the gain in reputability which comes of her visibly increased expensiveness and infirmity.»

Thorstein Veblen (1975), *The theory of the leisure class*. New York: Kelley. [1899.] p. 172.

D E. Sobre tipos de mutilação comuns em certas sociedades:

Homens: circuncisão. O jornal *Público*, de 14 de junho de 2015, reportou sobre um transplante de pênis. Uma frase do artigo: “O homem de 22 anos, com nome desconhecido, está entre os 250 sul-africanos que todos os anos perdem o pênis depois de terem circuncisões tradicionais mal feitas.”

Raparigas: «Breast ironing» (nos Camarões) é praticado para retardar o crescimento dos seios, na assunção que violação assim pode ser evitada. «The reason why breast ironing is so rooted in our customs is because mothers tell their children that it is to protect them. They therefore repeat the act to preserve their own daughters. It’s a vicious circle that survives through ignorance more than tradition.»

Nakinti Nofuru <http://www.chimeforchange.org/stories/let-the-breast-grow?pillar=justice> 2013

Sobre MGF (Mutilação Genital Feminina): ver Frade (2007); Villani e Bodenmann (2017).

D F. Excerto sobre atitudes em relação à “dor”:

Martha Nussbaum sobre a recusa (ou não) de analgésicos ou anestesia em certas culturas:

«Yesterday I saw my appendix. It was pink and tiny, quite hard to see, but how interesting to be introduced to it for the first time. In for a routine colonoscopy (my fourth, on account of a family history), I refused sedation as I always do, and I had the enormous thrill of witnessing parts of myself that I carry around with me every day, but never really know or acknowledge. I chatted with my doctor about many things, including the various justices of the Supreme Court, the details of my procedure, and, not least, the whole question of sedation and anesthesia. He told me that 99 percent of his patients have either sedation or, more often now, general anesthesia, since that is increasingly urged by the hospitals. (In Europe, he said, about 40 percent refuse

sedation.) He listed the costs of this trend: financial costs that are by now notorious, lost workdays for both patient and whoever has to drive the patient (whereas a non-sedated patient needs no caretaker and can go right back to work), lost time for nurses and other hospital staff, and, of course, the risks of sedation and the even greater risks of general anesthesia.»

Martha Nussbaum It's Time to Take Back Our Aging, Smelly Bodies. *New Republic* 6 October 2014

<http://www.newrepublic.com/article/119581/against-sedation-and-general-anesthesia-time-take-back-our-bodies>.

E compare com: a *couvade*, hoje na medicina conhecida como *sympathetic pregnancy syndrome* (<http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/expert-answers/couvade-syndrome/faq-20058047>)

Dd. Questões

D 1. Sobre a biomedicina e a etnomedicina: Certos críticos afirmam que antropólogos, quando envolvidos como consultores em campanhas de, por exemplo, a OMS ou a Bill and Melinda Gates Foundation, se associam demasiado com o modelo biomédico, em detrimento do modelo social. Concordam ou discordam? Ver texto de Pedro Pereira (2015).

D 2. Comente a citação D B, enunciando algumas características de “cultura”.

D 3. Apresente dois exemplos demonstrativos de como certas técnicas do corpo (na definição de Marcel Mauss) podem influenciar o estado de saúde de um indivíduo.

D 4. Thorstein Veblen (D D) teceu um comentário irónico acerca do uso do espartilho (corset) como forma de “consumo conspícuo”. Explique o seu argumento, e apresente um comentário à afirmação de Veblen, incluindo uma comparação com certas práticas “mutilantes” dos dias de hoje, na sociedade ocidental e noutros lugares (ver, por exemplo, D E).

D 5. Com referência à “Orientação da Direção-Geral da Saúde”, nº 005/2012, refira como os profissionais de saúde em Portugal, no exercício da sua profissão, podem ser confrontados com a problemática da mutilação genital feminina, e quais as soluções possíveis. Podem também consultar o documento organizado por Alice Frade (2007).

D 6. Como é que o conceito de *relativismo cultural* pode colidir com as formas de mutilação comuns em muitas sociedades/comunidades? A resposta deve incluir um ou dois exemplos.

D 7. Com referência ao número D F, disserte sobre atitudes diferentes em relação à dor em diversas culturas.

E. Ideias e Práticas Tradicionais ou Alternativas e a Atividade Médica - Científica

E A. Notícias:

Antropólogo Aurélio Lopes publica estudo sobre medicina tradicional portuguesa *Jornal Médico*, 6 de Abril de 2015

O antropólogo Aurélio Lopes vai publicar um estudo sobre a medicina tradicional portuguesa, antecedendo a realização, em Setembro, em Lisboa, de um colóquio internacional sobre o tema, organizado pelo Instituto de Estudos de Literatura Tradicional e Património Imaterial.

Aurélio Lopes disse à agência Lusa que o seu estudo, “Ritual e magia nas terapias populares - a ciência da crença e a crença da ciência”, partiu de uma edição do espólio de Michel Giacometti (“Artes de cura e espanta males”), do Instituto de Estudos de Literatura Tradicional e Património Imaterial (IELT) da Universidade Nova de Lisboa, que lhe permitiu o acesso “a alguns milhares de registos”, a que juntou dados de outras proveniências e trabalho de campo que realizou no Ribatejo.

O estudo, disse, “versa as lógicas subjacentes das práticas de medicina popular (ontem e hoje), as suas razões de ser, configurações e explicações”, numa “concepção do mundo holística, empírica e analógica”. Aurélio Lopes procurou descortinar as “maneiras de pensar”, a linguagem, os rituais, o porquê do uso de determinadas plantas, do que está para além da eficácia da cura, ou seja, “as analogias, as configurações, o entendimento do mundo, a noção cíclica do Mundo”.

Uma das questões que se colocou foi por que razão as pessoas continuam hoje a procurar o “curandeiro”, visto como “um membro da comunidade” a que se vai “porque alguém recomenda e lhe reconhece competências também transcendentais”. Ao contrário do médico, a medicina tradicional usa a “sugestão”, pelo que o “curandeiro” tem que “se interessar pelo doente, criar empatia”, disse. Exige uma “perspicácia empírica”, sublinhou, referindo que, se a doença não passa, “nunca a culpa é do curandeiro. Ou é vontade de Deus ou a culpa é do paciente”. A confiança no médico é condicionada pela relação que este estabelece com o doente. Se este “não gostar do médico, não só não acredita nele como não acredita nos medicamentos que ele receita”, afirmou. “O famoso placebo é o que o curandeiro faz há milénios”, disse, realçando que a medicina popular beneficia também de “experiências milenares que se sabe que resultam”.

Aurélio Lopes referiu o facto de outras culturas terem mantido “aspectos essenciais da existência do ritual”, ao contrário da cultura ocidental, marcadamente técnica e científica, quase reduzida à prescrição e “sem muita paciência para aturar” o doente. O seu trabalho procurou olhar a “lógica funcional da medicina tradicional”, as semelhanças práticas com a medicina científica e até que ponto é importante a relação empática com o doente, já presente na moderna medicina humanista. A medicina tradicional, ao contrário da convencional, tem muito presente a importância de o paciente participar no acto de cura - muitas vezes o mal é psicossomático -, e da noção de que o indivíduo deve ser visto como um todo e não como um conjunto de sintomas. São “comportamentos e estratégias que os curandeiros desenvolvem há milénios (e

explicam as suas persistências), tão visíveis na tradição portuguesa, e que a medicina científica (imersa numa lógica quase estritamente tecnológica) só agora está a descobrir”, disse.

E B. Excerto

Sobre Trás-os-Montes rural, nos anos 80 do século XX:

«Um prato muito habitual nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março, são as alheiras com grelos e azeite. Este prato, muito do agrado das pessoas desta região, tem uma grande quantidade de gordura, principalmente porque existe o hábito de regar bem as alheiras com azeite. Os problemas dispépticos daí derivados, são atribuídos aos grelos, sendo uma ideia corrente que os grelos, e por analogia as verduras, "fazem mal ao fígado". A consequência desta crença é a resistência das pessoas de idade em comerem verduras, por temerem que lhes faça mal ao fígado.»

Berta Nunes 1997: 62.

E C. Excerto de entrevista

«[Quanto às medicinas alternativas...,] [T]emos problemas com muitos doentes. Há interações gravíssimas que nos fazem suspender o tratamento por sintomas que põem em risco a vida do doente - que muitas vezes esconde o que toma e é pressionado pela família e amigos a tomar outras coisas. Nas nossas salas de espera comercializam-se estas medicinas alternativas e isto é gravíssimo. Mesmo um regime alimentar pode interagir com alguns fármacos. [...]»

(Dra Gabriela Sousa, Presidente da Sociedade Portuguesa de Oncologia, jornal *Público* 13 de Abril de 2015)

Ee. Questões

E 1. Analise os oito estudos de caso apresentados por Berta Nunes (1997: 181-189). Qual é a sua avaliação/interpretação dos mesmos, e em que medida coincide ou difere esta da interpretação da autora? Na resposta, deve fazer referência aos conceitos de *emics* e *etics* (perspetivas émica e ética).

E 2. Mencione e avalie, de entre zonas de Portugal (ou do estrangeiro) que conhece, etiologias e terapias que são diferentes daquelas da medicina ortodoxa (convencional).

E 3. Em relação ao excerto sobre o trabalho de Aurélio Lopes (2015): Quais as críticas (positivas e negativas) possíveis a este texto?

E 4. Apresente um comentário ao depoimento da Dra. Gabriela Sousa (E C).

E 5. Relacione o texto de Aurélio Lopes com o excerto F B, no capítulo seguinte.

F. A Religião/ Visão do Mundo e a Saúde

F A. Excerto

«A friend of mine who pastors a large church in North Carolina recently totted up the prayer requests he gets from his parishioners. When they ask him for prayer, what do they want him to pray for? In short, healing. He realized what prompts the vast majority of these prayer requests is illness – something like 95 percent of their prayers are for healing, either for themselves or for someone else.»

(review of *Rise and Walk. Suffering, prayer, and divine healing.* by Lauren F. Winner; *Faith in the Great Physician, Suffering and Divine Healing in American Culture, 1860-1900* by Heather Curtis 2007 *Healing in the History of Christianity* by Amanda Porterfield 2005)

F B. Excerto

Relato sobre a Covilhã, anos 30:

«Nas conversas da gente do povo, quando falavam dos azares que lhes caíam em casa, diziam assim:

- Eu estava a ver que me morria, coitadinho(a). Até fui à senhora dona Jozefina que me deu uma colherinha de água de Ludre ...»

Pois era. O médico quase tinha só por função assistir à primeira parte da morte. A certa altura, desenganava a família, retirava-se e entrava o padre com um certo orgulho por mais aquela provada impotência dos homens perante os insondáveis desígnios de Deus. Isto para não falar já dos casos em que o enfermo - o doente, quando estava para morrer era enfermo - melhorava com a extrema-unção.»

António Alçada Baptista (1989) *Tia Suzana, meu amor*, p. 14.

F C. Excerto

José Machado Pais transmite-nos o depoimento de uma doente entrevistada (Sr.^a Florinda):

«Há oito meses estive no Hospital do Desterro e na mesinha-de-cabeceira da enfermaria pôs uma fotografia do “velhinho” (padre Cruz) e do “irmãozinho” (Sousa Martins). Chegou um médico, olhou a fotografia do “irmãozinho” e disse: “Olha, esta também é das tais!” Então, médicos e enfermeiras começaram a tratá-la mal....»

José Machado Pais (1994) *Sousa Martins e suas memórias sociais*. p. 137. Lisboa: Gradiva.

F D. Excerto

sobre “turismo médico” promovido para muçulmanos:

«Muslim tourists have long chosen Malaysia, its beaches and its malls as a holiday destination thanks to cultural affinity. Now the Southeast Asian country, where Muslims make up about 60 percent of the population, wants to parlay its visitor dividend into a bid to overtake its neighbors for the world’s medical tourism crown.

[...] Malaysia is also pursuing a larger share of the Muslim market through halal treatments, which exclude products forbidden under Islamic law, such as those derived from pork. “For example, insulin, a widely used product in hospitals, we are sure which are bovine or porcine based. Where we can help it, we offer patients halal options,” said KPJ’s Amiruddin.

Islam allows for the consumption of non-halal ingredients in matters of life and death, but hospital pharmacies inform patients of products that are gelatin and porcine free. That includes offering the drug Dhamotil as a halal option for diarrhea, instead of the commonly used Imodium.

Hospitals are also using sutures manufactured by a local firm made from lambs slaughtered under Islamic law. Work is underway to produce the world’s first halal vaccines for meningitis and hepatitis by 2017. The target would be Muslim pilgrims going for the Hajj in Saudi Arabia, which requires visitors to be vaccinated for meningitis.

“We realize that if we can come up with halal pharmaceutical products, there’s a big market for it,” said Jamil Bidin, chief executive of Halal Industry Development Corp. “As far as Muslims are concerned, if you have a halal product, there’s no compromise.”»

Trinna Leong, Malaysia Seeks Medical Tourism Crown as Indonesians Fly Over for Care. *The Jakarta Globe*, 30-07-2014

<http://www.thejakartaglobe.com/news/malaysia-seeks-medical-tourism-crown-indonesians-fly-care/> Jul 30, 2014

F E. Artigo de jornal (fragmentos)

Há cada vez mais pais a dizer não às vacinas como forma de prevenir doenças
Público 3 7 2011 <http://m.publico.pt/Details/1501266>

Em Portugal, cerca de 95 por cento das crianças são vacinadas. Em algumas doenças, a taxa é mais alta, o que significa que se ficam pelas três mil por ano as crianças que não são imunizadas, estima a subdirectora-geral de Saúde, Graça Freitas. São poucas e a responsável não sabe quantas são filhas de pais que recusam a vacinação "por motivos filosóficos ou religiosos" e quantos não o fazem por razões de pobreza e marginalização.

Chantal Prudêncio, enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, fala da sua experiência no agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental (Aldoar). Onde exerce, tem os dois extremos da escala social: pessoas de etnia cigana que resistem à vacinação por ignorância são a maioria; e casos pontuais de pais que agora aparecem

e que chama de adeptos "da corrente naturalista". São progenitores a quem pede que assinem um termo de responsabilidade a admitir que foram informados dos riscos. Se em Portugal o número é pequeno, o peso dos grupos antivacinação em países como França e Inglaterra é maior. É mesmo visto pelo Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças como parte da explicação para a descida de taxas de cobertura vacinal que estará na origem do ressurgimento do sarampo na Europa (...), uma doença que devia ter sido erradicada até 2010, mas cuja meta já foi adiada para 2015. O resto do problema reside também em grupos que não vacinam porque estão em situação de exclusão social, escreve o El País. Há quem atribua a força destes movimentos a um artigo publicado em 1998 [*ver NOTA em baixo*] que associava a vacina tripla (sarampo, papeira e rubéola) a casos de autismo. O artigo foi considerado fraudulento, mas os ecos continuaram a fazer-se sentir. Oitenta e cinco das pessoas agora afectadas não estavam vacinadas e, no Reino Unido, muitos dos que adoeceram são hoje jovens e adolescentes que eram os bebés da época. Em Portugal houve apenas dois casos de sarampo notificados este ano. A revista Wired escrevia, num artigo sobre a antivacinação, que é "um produto da era da comunicação instantânea e do acesso fácil à informação. Os cépticos são armados pela Internet".

Apesar de a vacinação não ser obrigatória, é prática corrente a obrigatoriedade de mostrar o boletim de vacinas em dia para que as crianças entrem em creches e escolas. Henrique está à espera de vaga numa creche para o seu mais velho e, para não ser prejudicado numa eventual admissão, admite que não revelou a sua opção.

A ideia de que o sistema imunitário não está formado e as vacinas representam uma sobrecarga é um dos argumentos mais usados por estes pais. Paula Valente, pediatra e membro da Comissão Técnica de Vacinação, diz-se "cansada" de argumentos já rebatidos pela comunidade científica, mas lá responde. Durante os primeiros três meses de vida, as crianças são protegidas por anticorpos do sangue da mãe, mas há falta de protecção entre os três e 24 meses, altura em que o sistema imunitário está completamente desenvolvido, o que torna urgente a necessidade da imunização precoce.

A vacinação é considerada a grande causa da história de sucesso da baixa taxa de mortalidade infantil em Portugal. O plano de vacinação foi introduzido em 1965 e, nos dez anos anteriores, havia 40.175 casos de poliomielite, difteria, tosse convulsa e tétano, e 5271 mortes. Entre 1991 e 2000 houve 468 casos, 117 mortes. Para Manuela Ferreira é também o facto de serem doenças de um Portugal passado que justifica que se deixe de sujeitar as crianças às vacinas. Paula Valente responde que, tal como as pessoas, também as doenças hoje viajam com grande facilidade. Dando só o exemplo da poliomielite, a doença ainda existe em Angola e muitos angolanos vivem em Portugal.

Manuela Ferreira conta que outra forma de passar aos filhos formas de defesa natural é amamentá-los, algo que fez até aos 11 meses. A enfermeira Chantal Prudêncio explica aos pais que a procuram com esse argumento de que "o leite materno é extraordinário, mas não protege contra doenças como a poliomielite". Para Henrique Tabot, há algo irrefutável: as certezas científicas de hoje podem ser mentiras amanhã. Prova disso é a amamentação, há três décadas vista como sinal de atraso e hoje recomendada por todos, que representa um regresso ao que é natural.»

NOTA: consulte também a fonte do Reino Unido sobre esta problemática:

“Lancet retracts 'utterly false' MMR paper” 2010

(<http://www.theguardian.com/society/2010/feb/02/lancet-retracts-mmr-paper?guni=Article:in%20body%20link>)

(ver também <http://www.theguardian.com/society/2013/apr/25/mmr-scare-analysis>)

F F. Excerto

sobre Joana d’Arc e as suas visões

«Where did Joan of Arc’s voices come from? Joan insisted that they were real and that they came to her from God. In a post-Enlightenment world, that does not usually strike us as a plausible explanation. Instead, we reason, they must have been some form of hallucination, generated perhaps by a psychiatric or neurological disorder, such as schizophrenia or epilepsy.

In 1958 John and Isobel-Ann Butterfield proposed a ‘simple medical diagnosis’. Abnormality in the left temporo-sphenoidal lobe of the brain, they said, produces visions and voices that appear on the right side, as Joan claimed hers did. One cause of such brain abnormality is bovine tuberculosis, a disease prevalent in the Middle Ages among those who, like Joan, lived alongside cattle.»

Helen Castor 2014 in *History Today* 64, 11.

Ff. Questões

F 1. Comente e compare os excertos F A, F B e F C, sobre crenças religiosas e a saúde.

F 2. O excerto F F apresenta uma explicação biomédica do caso de Joana d’Arc. Confronte essa abordagem com uma outra que aplica o modelo social.

F 3. Disserte sobre as objeções religiosas, filosóficas ou políticas que podem existir contra a) vacinação; b) transfusão de sangue e outros tipos de intervenção médica.

F 4. Leia o website sobre a recusa de vacinas <http://m.publico.pt/Details/1501266> (ver F F), inclusive os comentários.

Elabore um breve ensaio acerca desta problemática, contemplando os argumentos dos vários atores.

F 5. Analise e comente as exposições de Berta Nunes (1997) sobre crenças populares e saúde (nomeadamente pp. 145-152).

F 6. Quais as razões por que o culto de Sousa Martins é um exemplo adequado da “folk religion”? A resposta deve também referir questões de saúde e doença.

F 7. Quais são os (ou alguns dos) aspetos das seguintes religiões que os profissionais de saúde devem ter em consideração nos atos médicos que envolvem um crente da religião em questão?

1. Hinduísmo;
2. Judaísmo;
3. Catolicismo;
4. Islão;
5. Adventismo do Sétimo Dia;
6. Testemunhas de Jeová.

F 8. A *faith healing* (“cura pela fé”) é um fenómeno existente em muitos enquadramentos religiosos. Limitando-se ao Cristianismo, apresente um comentário sobre os possíveis efeitos na saúde a) em geral: da oração; b) no Catolicismo: das peregrinações, por exemplo a Lourdes e Fátima; c) em vertentes do Protestantismo: de sessões de cura através da fé.

F 9. Explique o conceito de *halal* (F D).

F 10. Leia novamente o fragmento B B (Van der Geest), e comente o papel da religião no hospital no Gana.

G. Estilos de Vida, Condições Sociais e Desigualdades

G A. Excerto

«In a health studies context, lifestyle generally refers to health-related behaviours. A standard analysis sees four such behaviours: eating, drinking, smoking, and exercise. To these are sometimes added health care utilisation behaviour, sexuality and sexual behaviour, and substance misuse. Each "lifestyle" is linked to particular health problems.»

In Graham Moon e Rosemary Gillespie (orgs.) (1995) *Society and Health. An introduction to social science for health professionals*, p. 71. London: Routledge.

G B. Excerto

«As medicine increasingly targets and identifies obesity as a disease, it is important for social and behavioural scientists to participate in the identification of obesity origins which exist outside of the immediate individual in question. ... Empirical studies reveal the allocation of resources and goods such as fresh fruits, vegetables, low fat-high protein foods, exercise opportunity, and education on nutrition, health, and diet are not equally distributed. Moreover, cultural attitudes toward thinness, health, and beauty are not universal but subject to cultural and ethnic interpretation. The unequal and often distinctly different distribution of goods, services, and knowledge has been directly linked to obesity disparity rates by race, social class, and gender.

[A]s new sources of obesity emerge (fast food, foods with high concentrations of trans-fatty acids, and sugar laden products) those with the fewest resources are among the last to realize the health hazards associated with these convenience foods... For developed countries like the United States, obesity is more prevalent among the poor. For poorer countries, it is the wealthy that tend to be overweight or obese.»

Robert L. Peralta (2003) "Thinking sociologically about sources of obesity in the United States", *Gender Issues* 21, 3: 5-16. Pp. 5, 9, 13.

G C. Excerto

sobre a disponibilidade de alimentos frescos nos Estados Unidos:

«According to the magazine [*Newsweek*], most "supermarkets" in rural areas are actually convenience stores low on produce and high on junk food. Many obese Americans in these areas fear going hungry because of poverty and eat what is available to ease stress. Rural Americans are at increased risk of what the government calls "low food security," better understood as fear of going hungry. According to new data from the U.S. Department of Agriculture, more than 35.5 million Americans (not including

the nation's 750,000 or so homeless people) fell into this category last year. The highest food insecurity rates were in states with large rural populations: Mississippi, New Mexico, Texas and South Carolina. Ironically, people with low food security are often hungry – and fat. The reason: they binge on cheap, high-calorie foods that fill them up.» (Elisa, “Many Obese Rural Americans Actually Hungry” 2007 <http://www.mohtertalkers.com/story/2007/12/28/2676>)(<http://www.newsweek.com/id/76929>).

G D. Texto de jornal,

resumindo uma pesquisa sociológica sobre desigualdades socio-económicas e de saúde.

[Ricardo Antunes procurou] "as histórias de vida" através de processos clínicos de uma amostra de 1935 pessoas. O investigador do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), do Instituto Universitário de Lisboa, escolheu pessoas que morreram em 2004, num hospital de Beja e noutra de Lisboa, o que acabou por lhe dar um retrato de uma geração portuguesa que nasceu por volta das décadas de 1920 a 1930 e morreu com cerca de 70 a 80 anos. E as disparidades na doença e na morte são muitas.

A grande conclusão do seu estudo, que foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, é que "a classe é mais importante que a geografia para explicar desigualdades em saúde". Comparando a longevidade dos chamados profissionais técnicos e de enquadramento - categoria que inclui as profissões mais qualificadas e que exigem licenciatura, como professores, advogados, e engenheiros -, com a dos operários, constata-se que a diferença de tempo de vida é, em média, de 13,8 anos em Lisboa e 11,5 em Beja. Isto significa que os mais ricos e qualificados viveram, em média, mais de uma década do que os mais pobres e com menos qualificações. Enquanto os profissionais técnicos e de enquadramento estudados viveram, em média, 82 anos, os operários ficaram-se pelos 68,8 anos.

Por detrás destas disparidades estão desigualdades no acesso à informação e recursos (associados a níveis de escolaridade) para a interpretar, nota Ricardo Antunes, a propósito das conclusões deste estudo. As causas de morte da amostra estudada são as encontradas no país, as doenças cardiovasculares à cabeça, seguidas do cancro. Mas um profissional técnico e de enquadramento que morre de AVC vive, em média, 84,8 anos, ao passo que um operário com a mesma causa de morte se fica, em média, pelos 75 anos.

Enquanto as pessoas de estratos socioeconómicos mais elevados aproveitam a reforma para adoptar comportamentos mais saudáveis e prevenir doenças, os operários tendem a manter os seus comportamentos de risco até ao final da vida. É entre os operários que Ricardo Antunes encontrou hábitos tabágicos que começaram mais cedo, por volta dos 14/15 anos, e são mais frequentes - com consumos iguais ou superiores a dois maços por dia - e um consumo de álcool mais alto.

Nos óbitos prematuros, assim chamados porque ocorreram antes da reforma, 43,6 por cento são de operários. O género tem aqui um papel e as mulheres, mesmo pertencendo a classes mais desfavorecidas, cumprem a regra geral e vivem mais do que os homens do seu estrato social.

O investigador analisou outros grupos sociais, como os empresários, dirigentes e profissionais liberais, uma categoria que é enganadora quanto ao grau de escolarização, baixo nesta faixa etária. Muitos empresários não têm mais do que a quarta classe, explica. Apesar de ser uma classe com recursos financeiros e estes poderem ser transformados em casas mais seguras, por exemplo, com barras para as banheiras, ou mais aquecidas, a adoção de estilos de vida mais saudáveis, traduzidos na alimentação e no exercício físico, é mais frequente em pessoas mais escolarizadas, nota. Ter dinheiro não basta. "É o casamento entre recursos materiais e bons níveis escolares que potencia os resultados bons em saúde", diz o investigador.

O fenómeno das desigualdades na saúde associado a diferenças sociais não é típico de Portugal e tem sido encontrado em muitos outros estudos internacionais, afirma. "Cá são diferentes, comparando com países mais igualitários, como a Suécia ou a Finlândia". Porém, "todas as medidas que combatem desigualdades nos rendimentos têm efeitos na saúde", remata Ricardo Antunes.

Ricos vivem mais dez anos do que pobres - *Público* 07 02 2011

Sobre Portugal: alguns dados (2015)

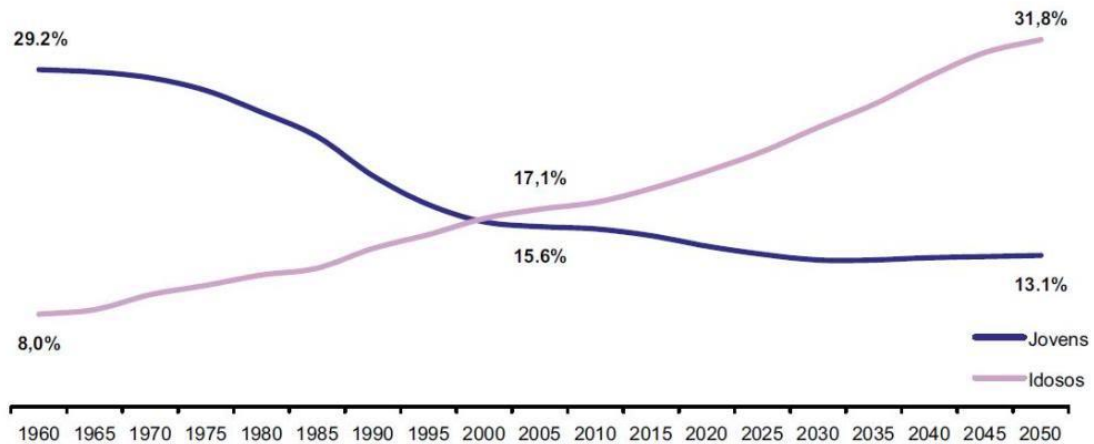
<http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal>

Já conhece o quadro-resumo de Portugal na Pordata?

	1981	2015
População	9,9 milhões	10,4 milhões
Nº de jovens	2,5 milhões	1,5 milhões
Nº de idosos	1,1 milhões	2,1 milhões
Idosos/100 jovens	45,4	143,9
% de imigrantes	0,6%	3,8%
% casamentos não católicos	26%	64,1%
Mortalidade infantil	21,8/1000	2,9/1000
Saldo migratório	8300	-10500

PORDATA
WWW.PORDATA.PT

População de Portugal, prognóstico até 2050:



Fonte: INE, cálculos das autoras a partir dos dados de base (Censos de População, Estimativas e Projeções de População Residente)

Gg. Questões

G 1. Como é que os excertos G A, G B e G C indicam a relação entre o meio social/cultural e o estado de saúde? Compare com o esquema na página 117 de Ken Browne “Cultural and material influences on health”.

G 2. Compare os dois textos sobre a relação entre classe social e alimentação nos Estados Unidos. (G C e G D). Apresente um comentário.

G 3. Comente o texto G E acerca da influência da classe social nas condições da saúde e na longevidade e relacione-o com os esquemas apresentados na obra de Villaverde Cabral e Pedro Alcântara (2009, pp. 22-23) sobre as influências sociais e individuais na saúde.

G 4. Enuncie algumas características demográficas e sociais da sociedade portuguesa e reflita sobre os seus respetivos efeitos nas condições de saúde.

H.A Sociologia da Saúde¹

Contextualização e definições

Os temas da saúde ou da doença não faziam parte dos estudos dos fundadores da sociologia. A institucionalização e o desenvolvimento desta sociologia específica surgiram tarde no panorama da sociologia. Só nos anos 60, nos EUA, passou a ser uma componente específica e formalmente reconhecida no *curriculum* da sociologia. É também por essa altura que passa a incorporar-se no *curriculum* médico.

Mudanças sociais e demográficas tais como mencionadas por Villaverde Cabral e Alcântara da Silva (2009) influenciaram o padrão de saúde e aumentaram o interesse da sociologia para assuntos de saúde, primeiro nos EUA, depois na Europa.

Um marco na história da sociologia da medicina, e provavelmente a principal contribuição teórica para a sua emergência, foi a definição de *sick role*, de Parsons (1951). Esta é a primeira vez que a noção de doença é definida tendo por referência aspetos sociais.

Doença não é considerada como só um acontecimento natural, definido pela biomedicina, é também vista como um desvio dos papéis normais da sociedade, e a medicina como a instituição a quem cabe controlar este desvio e remeter os pacientes à normalidade.

«The historical significance of Parsons's concept ("the sick role") was that it recast the doctor/patient relationship from a therapeutic encounter to an engagement of wider "social control" mechanisms.» (Albrecht 2000: 27).

O monopólio para definir o que é a doença e o que é estar doente tem o médico (*gatekeeper*): só ele pode rotular o paciente como doente. É ele que controla o acesso ao *sick role*. Este papel social implica a existência de direitos e deveres.

Em 1957, Robert Strauss estabeleceu uma dicotomia:

Sociologia na medicina e Sociologia da medicina.

Respetivamente, nas palavras de Cockerham (1998, pp. 12-13)

"applied research and analysis primarily motivated by a medical problem", e

"research and analysis of the medical environment from a sociological perspective."

Esta distinção faz sentido no contexto em que surgiu, uma época em que a sociologia da medicina tentava impor-se como um campo autónomo, e em que o ascendente disciplinar da medicina se fazia sentir sobre essas pretensões. Hoje não é particularmente útil e é uma visão redutora face aos desafios de um conhecimento interdisciplinar.

O termo "Sociologia da Saúde" é menos comprometido com visões particulares, implica autonomia face à perspectiva médica, privilegiando a perspectiva do doente.

Investigações na área da sociologia da saúde têm interesse para outros ramos da sociologia, por exemplo a sociologia do trabalho ou a sociologia da família.

¹ Com contributos de Amélia Augusto.

Hh. Questões

H 1. Enumere os nomes de cinco sociólogos influentes, até agora discutidos, com uma breve caracterização.

H 2. Sobre a teoria de *sick role*, exponha as críticas que a) Moon e Gillespie (1995/2003: 85-87) e b) Ken Browne (2003: 101-104) aduzem nos seus textos, e apresente um comentário, em que são expostos os prós e contras da teoria.

H3. Apresente um comentário sobre a relação entre as desigualdades sociais e as desigualdades na saúde, com referência ao texto de Luísa Ferreira da Silva (2013: 25-29).

I. A medicalização da vida²

É cada vez maior o leque de atividades humanas que são colocadas sob escrutínio médico, resultando naquilo a que Ivan Illich (1976) designou por “medicalização da vida”.

“Assim, as experiências antes vistas como uma parte normal da condição humana, como o parto, a gravidez, a infelicidade, o envelhecimento e a morte, estão agora sob escrutínio e controlo médico” (Augusto 2004).

«Quando uma condição se torna medicalizada, o `sofredor´ aceita as crenças biomédicas sobre a natureza daquela doença e o papel social de pessoa doente (Whiteford e González, 1995: 29)” (Augusto 2004: 51).

As mulheres e os seus corpos são particularmente vulneráveis ao processo de medicalização, em parte devido às ideologias baseadas no género, que vêem as mulheres essencialmente como seres reprodutivos. A medicalização do processo reprodutivo feminino levou a que o corpo feminino fosse visto como “um problema médico do berço até à cova” (Ragoné e Willis, in Albrecht, 2000:309). Em especial neste caso acontece o chamado “regard médical” (Foucault 1963/ 1976).

Sobre Ivan Illich: ver, por exemplo, Moon e Gillespie 1995/2003: 75-77.

Sobre Foucault: Moon e Gillespie 1995/2003.

I A. Excerto

“A definition of iatrogenesis as applied to clinical practice would be when pain, sickness and death result from medical care, but he [Illich] extends this definition so that it encompasses the wider implications of relying on medical solutions to what are, in most cases, social and spiritual problems” (Moon e Gillespie 1995/2003: 75).

É neste sentido que Illich fala em *iatrogenesis* clínica, social e cultural.

I B. Excerto

«Ainda que os processos de medicalização possam ser impulsionados pelos médicos, é necessário que lhes seja reconhecida uma função, que as suas acções sejam validadas. Se o público leigo não aderir a estas funções, não lhes é reconhecida legitimidade para operar. Mas o inverso pode acontecer, a medicalização pode ocorrer por meio da procura. O público faz pressão sobre os médicos para que eles tomem a seu cargo realidades que a sua prática ainda não inclui.» (Augusto 2004: 49).

² Com contributos de Amélia Augusto.

I C. Excerto

A medicalização expandiu-se também como consequência dos «milagres» iniciais dos antibióticos:

«Before the development of antibiotics, the threat of infection was urgent: until 1936, pneumonia was the No. 1 cause of death in the United States, and amputation was sometimes the only cure for infected wounds. The introduction of sulfa drugs, in the nineteen-thirties, and penicillin, in the nineteen-forties, suddenly made many bacterial infections curable. As a result, doctors prescribed the drugs widely – often for sore throats, sinus congestion, and coughs that were due not to bacteria but to viruses. In response, bacteria quickly developed resistance to the most common antibiotics. The public assumed that the pharmaceutical industry and researchers in academic hospitals would continue to identify effective new treatments, and for many years they did.»

(Fragmento de: Jerome Groopman, *Superbugs. The new generation of resistant infections is almost impossible to treat. The New Yorker* 11-8-2008)

I D. Excerto

Sobre um problema do carro, inicialmente não detetável nas oficinas:

«[...] Era o motor do ralenti. Como é uma peça mecânica, o computador não detectava a avaria. E como o computador dizia OK, o carro tinha de estar OK. Felizmente que ainda há mecânicos capazes de fazer diagnósticos de ouvido. Mas foi preciso ir a 4 oficinas da marca e ser um chato para conseguir que alguém concordasse comigo. Um pouco como os médicos que só acreditam nos exames, nos TACs e nas ressonâncias. Se ouvissem os doentes eram capazes de fazer diagnósticos mais rápidos e sem tantas complicações, mas também, doente que se preze, se não faz pelo menos um raio-X ou um TAC, fica desconfiado do médico que o atendeu.»

Jorge Bacelar, *O Interior* 6-4-2003, p. 8

I E. Excerto

Case study: *the medicalization of shyness*

«Shyness is now ‘social phobia’, and dissent is ‘Oppositional Defiant Disorder’.
‘In my mother’s generation, shy people were seen as introverted and perhaps a bit awkward, but never mentally ill.’ So writes the Chicago-based research professor, Christopher Lane, in his fascinating new book *Shyness: How Normal Behaviour Became a Sickness*. ‘Adults admired their bashfulness, associated it with bookishness, reserve, and a yen for solitude. But shyness isn’t just shyness any more. It is a disease. It has a variety of over-wrought names, including “social anxiety” and “avoidant personality disorder”, afflictions said to trouble millions’, Lane continues.

Lane has taken shyness as a test case to show how society is being overdiagnosed and overmedicated. He has charted - in intricate detail - the route by which the psychiatric profession came to give credence to the labelling of everyday emotions as ‘disorders’, a situation that has resulted in more and more people being deemed to be mentally ill.»

(*spiked review of books*, December 2007)

Este fragmento refere-se à prática chamada *Disease mongering*.

Ver *British Medical Journal* 2002; 324:886.1: «Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering.»

I F.

sobre *Medical gaze - regard médical* (Foucault)

Este conceito implica a separação, pelo médico, entre corpo e pessoa durante o encontro terapêutico.

"Product of a dominant discourse in scientific medicine that champions the importance of expert medical practitioners using visual cues to assess and monitor patients' bodies."

Ver este depoimento: «Any patient in a hospital, when we take their clothes away and lay them in a bed, starts to lose identity; after a few days, they all start to merge into a single passive body, distinguishable... only by the illnesses that brought them there.»
Terrence Holt: *Internal Medicine: A Doctor's Stories*. NY: Liveright 2014. P. 59

I G. Excerto sobre *information asymmetry, overtesting, overkill*:

«In 1963, Kenneth Arrow, who went on to win the Nobel Prize in Economics, demonstrated the severe disadvantages that buyers have when they know less about a good than the seller does. His prime example was health care. Doctors generally know more about the value of a given medical treatment than patients, who have little ability to determine the quality of the advice they are getting. Doctors, therefore, are in a powerful position. We can recommend care of little or no value because it enhances our incomes, because it's our habit, or because we genuinely but incorrectly believe in it, and patients will tend to follow our recommendations.

Another powerful force toward unnecessary care emerged years after Arrow's paper: the phenomenon of overtesting, which is a by-product of all the new technologies we have for peering into the human body. It has been hard for patients and doctors to recognize that tests and scans can be harmful.

Overtesting has also created a new, unanticipated problem: overdiagnosis. This isn't misdiagnosis—the erroneous diagnosis of a disease. This is the correct diagnosis of a disease that is never going to bother you in your lifetime.

For instance, cancer screening with mammography, ultrasound, and blood testing has dramatically increased the detection of breast, thyroid, and prostate cancer during the past quarter century. We're treating hundreds of thousands more people each year for these diseases than we ever have. Yet only a tiny reduction in death, if any, has resulted»

Atul Gawande (2015) *Overkill An avalanche of unnecessary medical care is harming patients physically and financially*. www.newyorker.com/magazine/2015/05/11/overkill-atul-gawande

li. Questões

I 1. Existe uma série de condições que determinadas pessoas ou certos grupos definem como problemas médicos.

Enuncie algumas destas condições, esclareça o papel (e os interesses) presentes em determinados setores da sociedade com o processo de medicalização, e mencione também exemplos de medicalização impulsionada pela procura (pelos pacientes).

I 2. A discussão sobre iatrogenesis, de Illich, é uma crítica ao modelo médico e ao modo de atuação da medicina. Até que ponto é que essa crítica será justificada?

I 3. Comente a expressão VOMIT (Victim Of Modern Imaging Technology), e pense nos prós e contras de imaging technology nos casos de a) rastreio de cancro da mama; b) acompanhamento da gravidez. Convém fazer referência ao texto de Chazan e Livi (2016).

I 4. Faça um comentário aos excertos I C, I D, I F e I G, e indique a relação de cada um com o conceito de medicalização e/ou medical gaze.

I 5. Comente o texto da Felismina Mendes (2011), em particular a) a frase: «Este crescimento da medicalização não se consubstancia apenas no aumento do poder médico, mas também no desenvolvimento da indústria biotecnológica e farmacêutica e no aumento da burocratização do complexo médico-industrial» e b) a relação estabelecida, ao longo do texto, com “the sick role”.

I 6. Segundo vários autores, nos dias de hoje observam-se processos de “de-medicalization”, em parte como efeito das críticas à medicalização, em parte devido a uma certa diminuição da autoridade dos médicos. Qual é a sua opinião?

J. A Construção Social da Doença

J A. Definições e exemplo

Social Construction «A major theoretical position in medical sociology which looks at the way in which sociological phenomena (such as health and sickness) are ‘constructed’, that is, created and understood, in the light of the prevailing social standards which themselves generally reflect the standards of the dominant groups within society» (Moon e Gillespie 1995/2003: 92). As características importantes de, por exemplo, a saúde e a doença, são criadas e influenciadas pelas atitudes, ações e interpretações dos membros de uma sociedade.

«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.[....]» (Carapinheiro 1986: 10-11.)

Fragmento: O exemplo de dispepsia:

«In the 19th century, a lot of people cared a lot about dyspepsia because there were a lot of dyspeptics about. Their sufferings were serious, making the worst cases ‘as wretched as human nature can bear and live’. The stomach troubles of some of the century’s great thinkers verged on common knowledge. Thomas Carlyle was advertised as a ‘martyr’ to dyspepsia - there was, he confided, only a small part of his life in which he ‘was not conscious of the ownership of that diabolical arrangement called a stomach’ - and Charles Darwin’s friends understood that his uncontrollable retching and farting seriously limited his public life. Miller writes about the British stomach and makes a case for indigestion in the 19th century as ‘the national disease of Britain’, in a lineage that earlier included ‘biliousness’ and, especially, ‘the English malady’ - ‘melancholy’, ‘hypochondriasis’, ‘lowness of spirits’ - or what tends now to be called ‘depression’ or ‘anxiety’.

The national complaint of the Germans is *Herzinsuffizienz* and the French have the *crise de foie*, both conditions not easily translatable into Anglophone disease categories, though French medical writers often acknowledged a causal link between the states of the liver and stomach.

In the past, a weak stomach and poor digestion was recognised as one of the diseases of philosophers, scholars and the learned.»

Steven Shapin sobre *A Modern History of the Stomach: Gastric Illness, Medicine and British Society, 1800-1950* por Ian Miller - Pickering & Chatto 2011.

J B. As dimensões biomédicas, sociais e psicológicas

Disease: certificação biomédica da doença (aspetos biomédicos).

Illness: doença tal como é vivida pelo doente (aspetos psicológicos).

Sickness: significados da doença - relação com aspetos sociais.

Por outro lado, Peter Aggleton (1999) tem a seguinte formulação:

Disease: presence of some pathology or abnormality in a part of the body;

Illness: subjective experience (when disease causes pain or discomfort)

Sickness: the social aspect (of not feeling well).

Ainda relativamente à “deficiência”, a OMS tem a terminologia seguinte:

Impairment: any loss or abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function.

Disability: any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being.

Handicap: a disadvantage for a given individual that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal.

As traditionally used, impairment refers to a problem with a structure or organ of the body; disability is a functional limitation with regard to a particular activity; and handicap refers to a disadvantage in filling a role in life relative to a peer group.

[World Health Organization (1980) *The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO.]

Jj. Questões

J 1. Tendo por base o texto de Graça Carapineiro (1986:12-15), caracterize a construção social da tuberculose (e da morte por tuberculose) à época a que o texto faz referência. Pode referir na sua resposta a obra *Montanha Mágica* de Thomas Mann (1924).

J 2. Sobre a construção social da saúde: apresente três doenças cujas imagens ou significados eram diferentes, consoante a época ou a cultura.

J 3. Para o termo “deficiência” (mental ou físico) existem em inglês os termos *impairment*, *disability* e *handicap*. Existe um paralelo com as palavras *disease*, *illness* e *sickness*? Será que estas distinções têm uma importância sociológica?

K. Estigma e Identidade

K A. A problemática e algumas definições

Muitas doenças e deficiências evocam e atraem reações sociais negativas. É importante que os profissionais de saúde compreendam o processo social envolvido na criação dessas reações.

“The stigmatizing label defines the person *and* every other defining characteristic she possesses” (Albrecht et al. 2000:34).

Goffman (1963) distingue:

«1. tribal stigmas, which are passed down from generation to generation, and include membership in devalued racial, ethnic, or religious groups,
2. abominations of the body, which are un-inherited physical characteristics that convey a devalued social identity, such as being physically disadvantaged;
3. blemishes of individual character, which are devalued social identities related to one's personality or behaviour, such as prostitutes or homosexuals.»

“Disease diagnosis... constitutes a powerful classificatory tool, and medicine contributes its fair share to the stigmatizing enterprise” (Porter 2003: 63). O diagnóstico do médico (*gatekeeper*), conjuntamente com a reação social, tem um importante impacto na vida e nas circunstâncias de vida dos indivíduos. Depende, entre outros, do tipo de doença e do contexto social e cultural.

Identidade: A identidade pessoal é construída a partir da comunicação inter-pessoal e intra-pessoal. Charles Cooley (1902) introduziu o conceito *looking-glass self* «noting that we see ourselves as we think others see us and judge ourselves in the way we think others judge us.»

Estigma “...reflects social devaluation and negative labelling of individuals (...). A social reaction that spoils an individual's social identity or self-identity; the ways in which society perceives individuals become central to the ways in which they come to see themselves”. (Moon e Gillespie 1995/2003: 89).

“Stigmatizing - the creation of spoiled identity - involves projecting onto an individual or group judgements as to what is inferior, repugnant, or disgraceful. It may thus translate disgust into the disgusting and fears into the fearful, first by singling out difference, next by calling it inferiority, and finally by blaming “victims” for their otherness.” (Porter 2003: 62).

No contexto da saúde, a aquisição de uma identidade desviante (deteriorada) acontece por meio de um duplo processo. Desvio primário implica a colocação do rótulo, e desvio secundário é a resposta da pessoa à reação social negativa provocada pelo rótulo. Quando se dá a aceitação do estigma, a identidade estigmatizada poderá tornar-se na identidade dominante ou primária do indivíduo.

«O facto de se ter incluído a psiquiatria nos hospitais centrais acabou por [...] aumentar o número de diagnósticos, porque contribuiu para a diminuição do estigma e aperfeiçoou a articulação entre os cuidados de saúde primários e a psiquiatria» (Oliveira 2011: 23).

K B. Estigma no dia-a-dia - alguns casos

Nº 1

«Wedding: I am 27 years old and engaged to an amazing guy. When I was a little girl, my dad was involved in a really bad accident and was burned over a large portion of his body. He lost part of one limb and has some serious disfigurement. He has been a great dad and I never think about it. A few weeks ago, my fiancé started acting strange when we talked about the wedding. I asked him what was up and he avoided the question. Then his mom called me out of the blue and told me that she didn't think that my dad should come to the wedding. She thinks that he will upset the guests and "traumatize" any children who might be there. She is suggesting that we have a private family ceremony before the big blowout. I got upset and my mom asked why. When I told her, she said that she and my dad understand, which only makes me feel worse. Maybe my future MIL has a point, but I would really rather disinvite HER than my dad.»
Slate Magazine, 06 08 2013

Nº 2.

«Question: A woman in my new neighborhood has extremely disfiguring scars on her face. When I met her I was startled, then flustered. I managed to have a pleasant chat but am left wondering how/where to look at her next time? I tried to keep my gaze levelled and make direct eye contact, smiled, etc. I want to be sensitive, don't want to avoid her. How do I act normal until I get used to how she looks?
Answer: I'm sure this woman is used to seeing eyes wander over her scars and seeing the reaction on other people's faces to her face. You've gotten a good look, so there's nothing more to do but treat her like anyone else because she is like anyone else. You look at people's faces when you talk to them to read their expressions, so do that with her. If you find yourself staring at her scars, stop. And do not ask her what happened. If you get to know her well enough, she might bring it up. If she doesn't, you can understand why she chooses not to talk about it.»
Slate Magazine, 10 11 2014.

K C. Excerto: Estigma e cuidados médicos

«Several reasons explain why stigma is such an important consideration for health policy and clinical practice. It adds to the illness burden in various ways, and it may delay appropriate help-seeking or terminate treatment for treatable health problems. For diseases and disorders that are highly stigmatized, the impact of the meaning of the disease may be as great or a greater source of suffering than symptoms

of the disease. For example, paucibacillary leprosy may present at an early stage as a painless depigmented or anaesthetic patch; hearing the diagnosis is likely to be more troubling than these symptoms.

The emotional impact of such illness meanings indicates the various ways by which stigma operates. Social science research on stigma regards it fundamentally as a problem arising from social interactions. But Goffman and other researchers have also recognized self-perceived stigma, which may be as troubling whether or not it arises from an actual interaction, and whether or not this perceived stigma accurately reflects the critical views of others. In either case, stigma may impair the quality of life from concerns about disclosure, and effects on work, education, marriage, and family life. Although its impact is likely to be overlooked in the calculation of Disability-adjusted life-years (DALYs), stigma contributes to what a WHO fact sheet identifies as the hidden burden of mental illness (WHO 2001), and it constitutes a hidden burden for other stigmatized conditions as well. In addition to the suffering it brings, research also shows that stigma and labelling may affect the course of recovery (Link et al., 1991; Wahl 1999)

The stigmatization of HIV/AIDS and specific groups at risk, such as men who have sex with men and injection drug users, interferes with voluntary testing, counselling and treatment. Timely treatment benefits the individual and society, inasmuch as it reduces suffering, improves health and productivity, and limits opportunities for spread (Chesney and Smith, 1999).

The distressing prospect of having a stigmatized condition, which is further associated with stigmatized status in society, may be an inducement to ignore or conceal it and forego the kind of help that one might readily acknowledge as useful if the condition were affecting someone else. Although denial may relieve the anxiety that follows from stigma, denial is a problem when a treatable condition remains untreated and progresses to cause avoidable suffering. Leprosy, which has long been the gold standard of stigmatized diseases, may progress later in its course to preventable deformities. Tuberculosis not only becomes more serious for the infected individual, but also poses a threat for contacts and further spread. People with untreated mental health problems may endure an avoidable progression of symptoms that may also make their condition more difficult to treat. For diseases that require a long course of treatment, or chronic disorders that require chronic treatment, like epilepsy, stigma constitutes an obstacle to remaining in treatment.»

De: Mitchell G. Weiss e Jayashree Ramakrishna, "Stigma interventions and research for international health", *The Lancet* 2006.

Kk. Questões

K 1. Descreva duas situações, não necessariamente relacionadas com questões de saúde, em que pessoas são estigmatizadas, e analise estas situações recorrendo ao livro de Erving Goffman que tem o subtítulo *Spoiled Identity* (“identidade deteriorada”).

K 2. Apresente exemplos de

- a) estigma desacreditado;
- b) estigma desacreditável;
- c) estigma de cortesia (*courtesy stigma*);
- d) estigma tribal;
- e) estigma auto-percebido (*self-perceived stigma*);
- f) estratégias usadas para proteger a identidade (*stigma management*).

K 3. Explique como a Doença Machado-Joseph significa para os pacientes uma rutura com o quotidiano e também uma alteração da sua identidade (Soares 2008).

K 4. Responda à questão em Moon e Gillespie (1995/2003: 93): “To what extent might the actions of health professionals to reduce the visibility of a stigmatising condition, for example, through the use of prostheses, reinforce negative connotations or stigma associated with certain conditions?”

K 5. Na secção K B existem algumas situações de estigma. Formule uma resposta adequada à pergunta no caso nº1; e até que ponto concorda com o conselho dado no caso nº2?

K 6. Em relação ao fragmento K C, explique como o estigma “adds to the illness burden in various ways, and... may delay appropriate help-seeking or terminate treatment for treatable health problems.”

L. O estado e a saúde³

L A. Condições de saúde e o Estado até 1910

Bibliografia aconselhada: Maria Antónia Almeida (2014).

Excerto 1, sobre a oposição às leis «higienistas», no século XIX:

«Quando os ânimos já estavam muito irritados, as novas leis de saúde, publicadas em 26 de Novembro de 1846, obrigando ao enterro nos cemitérios, provocaram, especialmente no Minho, a «ebulição de atavismos ancestrais".»
(Peres 1925) citado por Fátima Bonifácio 2011 (2007) *D. Maria II*. p 192. ed Temas e Debate

Excerto 2, sobre a saúde pública no Porto:

A transição epidemiológica era, em parte “[r]esultado, no meio urbano, de políticas de intervenção sanitária por parte das autoridades municipais, observável no rechaçar das doenças transmissíveis através da água e dos alimentos... O processo de industrialização, aliado a um crescimento rápido da concentração demográfica, favoreceu a propagação de doenças infecciosas.... O Porto do século XIX partilha com as suas congéneres europeias as características acima referidas, só que o seu «*handicap* urbano» não será resolvido na viragem do século, mas apenas cinquenta anos depois. As taxas de mortalidade do Porto manter-se-ão bem acima da média nacional até finais da década de 60 do nosso século. Mesmo quando estes indicadores se aproximarem dos existentes na cidade de Lisboa, a partir de 1965, observa-se que a taxa de mortalidade infantil do Porto será dupla da lisboeta.”

“... difteria, objecto de intervenção por parte da CM do Porto, que criou um serviço antidiftérico em 1894, no âmbito do qual se iniciou o primeiro posto de desinfecção do país, graças aos esforços do higienista Ricardo Jorge. ...

Ainda nos anos 90 do século passado, a Repartição Municipal de Saúde iniciou um plano de vacinação antivariólica que permitiu, sem dúvida, reduzir a incidência dos surtos epidémicos que ocorreram, nomeadamente, em 1894, 1898 e 1902, tendo-se então aumentado o número de vacinações e de revacinações de 4760 em 1898 para 6497 em 1902. Isto mau grado a resistência oferecida pela população, a qual, mal informada, inclusivamente, chegou a refugiar-se nos barcos do rio para não ser vacinada.”

“... A evacuação dos detritos em fossas fixas e a multiplicação anárquica de condutas particulares acabaram por transformar a cidade num autêntico depósito de excrementos.”

“.. O abastecimento de água potável era, por seu turno, efectuado por poços abertos muitas vezes paredes-meias com as fossas fixas, e, na ausência de qualquer tipo de impermeabilização, as suas águas eram facilmente inquinadas pelos dejectos.”

José João Maia (2000) “Transição epidemiológica, infra-estruturas urbanas e desenvolvimento: a cidade do Porto”, *Análise Social* 156: 583-604. (pp. 584, 585, 586, 587, 588).

³ Com contributos de Amélia Augusto.

L B. O Estado e a saúde - séculos XX e XXI

Contextualização, definições, percurso histórico:

- Estado-Providência

"O tipo de estado que aplica sistemas de protecção social ou medidas de política social com a intenção de reduzir as desigualdades económicas e sociais." (Pité 1997: 50).

Ações (possíveis) do Estado-Providência:

«Em matéria de *políticas de serviços sociais e bens públicos*, [...] uma estrutura de fornecimento de serviços, cobertura de riscos e redistribuição dos rendimentos, nas seguintes áreas:

a) sistema de segurança social, universal, uniforme e centralizado, abarcando situações de risco, incapacidades físicas e etárias várias, seguros de desemprego, vários tipos de reformas e pensões, etc.;

b) sistema de provisão de serviços sociais, institucionais e directos, tais como saúde, educação, formação profissional, investigação e desenvolvimento, equipamentos sociais básicos;

c) sistemas de transferências sociais de benefícios monetários de dimensões diversas, tais como abonos de família, subsídios ao nascimento e assistência aos filhos, subsídios à maternidade, comparticipação nos medicamentos e tratamentos de saúde, atribuição de subsídios para a reconversão profissional, abonos complementares, educação especial, [...];

d) sistemas de assistência e de acção social, encaminhados para cobrir as categorias de cidadãos socialmente necessitados, tais como os indivíduos em situação de doenças físicas mentais, de incapacidade física por deficiência, sectores desprotegidos da terceira idade, grupos marginalizados em consequência da desagregação das estruturas sociais.

e) sistemas específicos não estruturais de atribuição de benefícios sociais e monetários indirectos, tais como deduções fiscais [...] subsídios à investigação, formação académica e profissional [...]

(Juan Mozzicafreddo, *Estado-providência e cidadania em Portugal* Oeiras: Celta 1997, pp. 10-11.)

Medidas de Política Social "abrangem benefícios fiscais, prestações familiares, leis que favorecem a conciliação entre o trabalho e a família, criação de infra-estruturas para apoiar os dependentes, legislação sobre casamento, divórcio."

(Sílvia Portugal "Retórica e acção governativa na área das políticas de família desde 1974", *Revista Crítica de Ciências Sociais* 56 (2000): 81-98. p. 84).

As atuais políticas de saúde surgem no âmbito das políticas sociais emanadas do Estado-Providência (em Portugal, só depois de 1974).

Em 1976, o despacho Arnaut abriu acesso aos postos de previdência social (mais tarde segurança social) a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva.

Constituição de 1976: o artigo 64º consagra o direito à saúde; decreta a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), universal, geral, gratuito. A sua implantação só ocorreria em 1979.

Mudanças nos serviços de saúde pública, internacionalmente, desde os anos 1960. (No caso do NHS, Reino Unido):

«Did anyone then foresee that the containment of costs would become the major focus of health policy, that bioethics would loom so large in public discussion, that market competition would be reintroduced into such advanced welfare bureaucracies as the British National Health Service, or that doctors would be increasingly subjected to lay managements, whether of hospitals or of insurance schemes?»

(Roy Porter (ed.) (2009) *Cambridge illustrated history of medicine*. Cambridge University Press, p 304 [1988.]

Ver também C. Sakellarides (2001)

LI. Questões

L 1. Relacione o conceito de transição epidemiológica com o de transição demográfica (ver UP 1 e também Browne pp. 107-110).

L 2. Apresente uma definição alternativa de um Estado-Providência (ou “Estado Social”). Até que ponto considera Portugal um Estado-Providência?

M. Organizações na área da saúde; as profissões

M A. A organização formal do hospital: Excerto:

«Smith [1970] considera que a hierarquia de autoridade no hospital inclui uma linha de autoridade que desce da administração ao pessoal hospitalar colocado na base da pirâmide hierárquica, fixando-se de uma forma mais ou menos explícita a autoridade e a responsabilidade atribuídas a cada nível da hierarquia e os respectivos sistemas de comunicação. No entanto, numa análise mais atenta e minuciosa da organização quotidiana do hospital, emerge uma segunda linha de autoridade, com origem no poder carismático que os médicos detêm, pelo facto de possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e na competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos [privilégios dos] profissionais no interior do hospital. Assim conclui, coexistem na mesma instituição, numa relação de conflito, dois princípios de autoridade, como foram definidos por Weber. Um cuja natureza se aproxima da autoridade racional-legal, - a da administração, e outro que se aproxima da autoridade carismática, - a que emana do corpo médico.» (Nogueira 1999: 135).

M B. A instituição total (Goffman):

ver Carapinheiro 1993: 54-57; Moon e Gillespie 133-140.

"A total institution may be defined as a place of residence and work where a large number of like-situated individuals, cut off from the wider society for an appreciable period of time, together lead an enclosed, formally administered round of life." (Goffman (1970 [1962]): 11).

As instituições totais, segundo Goffman, apresentam as seguintes características:

- Totais: o indivíduo num mesmo espaço e sob um mesmo sistema de autoridade, concretiza a sua globalidade existencial, a qual no exterior se repartia por vários locais enquadrados, muitas vezes, por padrões normativos distintos;
- Segregativas: porque se acentua a dicotomia dentro e fora, quase sempre privando o internado do contacto com o mundo exterior, impondo uma cisão estrutural entre os funcionários e os internados;
- Homogeneizantes: os indivíduos estão sujeitos ao mesmo regime e ficam sujeitos às mesmas regras;
- Normalizantes: todos os aspetos são regulamentados pertencendo a uma sub-cultura dominante;
- Estigmatizantes: os indivíduos são rotulados negativamente pela sociedade ou são eles próprios a assumirem essa diferença face às pessoas normais.

«Assim, em princípio, o hospital parece apresentar a maioria dos traços estruturais que caracterizam as instituições totalitárias, como o isolamento do doente em relação ao mundo exterior, a promiscuidade na organização do agrupamento físico dos doentes,

o cumprimento de um regulamento hospitalar que programa a sua vida quotidiana e a apreciação do comportamento dos doentes a partir da referência única a uma ideologia centrada na doença/cura.» (Carapinheiro 1993: 56).

M C. Excerto

Sobre os hospitais psiquiátricos no Reino Unido:

«The 1930 Mental Treatment Act [UK] had legally replaced [the term «asylums»] with ‘mental hospital’ to signal that the Victorian model, in which inmates were ‘put away’ for life in crowded backyards, had been replaced by the treatment of mental disorders as diseases of the brain, using the latest discoveries in medical science. Accordingly, the Act had also substituted the term ‘lunatic’ with ‘patient’. Powell’s rhetoric collapsed such distinctions by presenting the mental hospital as a continuation of the asylum.

In 1961, too, Goffman published *Asylums*, the fruit of his research at St Elizabeth’s Hospital in Washington DC, a vast mental institution with more than seven thousand patients. His study of ‘inmate culture’ and ‘the inmate world’ drew parallels with prisons, conscript armies and concentration camps. Inmates became, in Goffman’s enduring coinage, ‘institutionalised’: they conformed to the system, avoided attention, and in the process lost their life-skills and ultimately their identities. The asylum was supposed to be a staging post to recovery and a return to normal life but in reality it was the opposite.»

‘I’m not signing’, Mike Jay in *London Review of Books* 8-9-2016
[<http://www.lrb.co.uk/v38/n17/mike-jay/im-not-signing>]

M D. Conceitos relativos a organizações:

Burocracia - (Weber) "defined rights and duties, [...] in written regulations; authority relations between positions ordered systematically; appointment and promotion based on contractual agreements and regulated accordingly; technical training or experience as a formal condition of employment; fixed monetary salaries, strict separation of office and incumbent in the sense that the official does not own the means of administration and cannot appropriate the position, and administrative work as a full-time occupation," R. Bendix 1972 206. ("Bureaucracy", in: David L. Sills (org.), *International encyclopedia of the social sciences*, vol. 1, pp. 206-219. New York: MacMillan/ Free Press.)

Ver também Graça Carapinheiro p. 46, nota 1.

Tipos de autoridade: burocrática (ou: legal); tradicional; carismática (Weber);

Ver também Graça Carapinheiro 1993, p. 47, nota 3.

A divisão de trabalho: baseada numa solidariedade mecânica ou orgânica. O sociólogo que desenvolveu estes conceitos foi Émile Durkheim.

O estatuto ou *status*.

“O tamanho do prestígio ou importância social que uma pessoa tem nos olhos de outros elementos dum grupo ou sociedade”.

Distinguem-se

- *achieved status* (estatuto alcançado) pelo esforço do indivíduo.

- *ascribed status* (estatuto atribuído) o que uma pessoa recebe «à nascença».

M E. Excerto

«Não é por acaso que os juizes usam becas e os polícias usam fardas. O objetivo é despersonalizá-los. É sentirmos que a sua autoridade não depende das suas idiossincrasias pessoais, mas do poder abstrato da lei. É sabermos que, ao ver aquela roupa, nos esperam comportamentos mais ou menos previsíveis. O que distingue um corpo de polícia de uma milícia popular é a lei, a previsibilidade e a autoridade que garantem. Poder sobre os outros tem qualquer troglodita que pegue num bastão de aço. Autoridade é outra coisa. No caso das forças policiais, reside no facto de o Estado ter o monopólio da violência e na forma ordenada como a usa [.....] .»

Daniel Oliveira, *Expresso*, 23- 5-2011

M F. Abordagens sociológicas das profissões:

"As profissões são consideradas como uma espécie particular de ocupação, distinguindo-as o facto de constituírem comunidades unidas por valores e a mesma ética de serviço à comunidade, cujo estatuto resultaria de um saber científico e prático aplicado na identificação e resolução de problemas. Tais comunidades (entendidas como grupos reais) seriam sustentadas por estruturas constituídas por instituições de formação de nível superior, por associações de pares e por sistemas de credenciais."

[As profissões estão] ...constituídas por grupos que obtiveram, por estratégias diversas, uma posição de força (monopólio e exclusividade) sobre o mercado de trabalho, posição essa que lhes permite maximizar vantagens económicas e sociais."

Maria de Lurdes Rodrigues, *Sociologia das profissões*. Oeiras: Celta 2002, pp. 131-132.

...A educação médica tem um forte poder socializador, e é fundamental para a profissão e para a aquisição de atitudes e valores que conduzam à adopção de uma postura de "preocupação desinteressada" (Fox):

«um balanço entre uma atitude ética de preocupação com as questões da remissão da doença e da luta contra a morte e a objectividade necessária para o não envolvimento emocional com estes fenómenos.» (Carapinheiro 1993: 167).

Um livro de referência sobre a socialização médica: Howard Becker et al. *Boys in White* (1961).

... ".. a notoriedade e o reconhecimento sociais atribuídos aos universos da Medicina e do Direito, o que os coloca no topo da hierarquia cultural e da autoridade científica." (Bourdieu 1984 citado in Marques 2004: 34).

Ler: Moon e Gillespie 137-140; Browne 104-106.

Desafios ao poder da profissão:

- o movimento do consumidor;
- os movimentos de saúde das mulheres;
- tendências para o auto-cuidado;
- crescimento da indústria lucrativa da saúde;
- crescentes esforços dos governos para regularizar e burocratizar a medicina
- grandes mudanças na gestão nos cuidados de saúde.

Mm. Questões

M 1. Relacione o conceito de “instituição total”, de Goffman, com um excerto da obra de Graça Carapineiro (1993: 104) e identifique elementos que permitam conceber o hospital como uma instituição total (poderá ainda recorrer a: Carapineiro, 1993: 54,55; Moon and Gillespie, 1995: 133,134).

M 2. Comente as mudanças do século XX nos hospitais psiquiátricos do Reino Unido, referindo a conceitos como estigmatização; instituição total; desinstitucionalização; medicalização (M C).

M 3. Analise e comente o excerto de Daniel Oliveira (M - E), procurando exemplos de: diversas formas de autoridade; poder; símbolos; sistema burocrático; papel do estado.

M 4. Existem atitudes e valores a serem transmitidos na educação médica e que é suposto os estudantes adquirirem. Explique a “gestão da incerteza” (*tolerance for uncertainty*), a “preocupação desinteressada” (*detached concern*) e a orientação para a cura em detrimento do cuidado (*curing [rather than] caring*), bem como as estratégias usadas para as adquirir e as possíveis consequências da sua adoção.

M 5. Comente o fragmento sobre a profissão médica, in Browne pp 104-106. Existirá, em Portugal, uma «erosão do poder do médico»? Se sim, em que aspetos?

N. Homens, mulheres e saúde

Bibliografia fundamental, sobre o género:

Augusto, Amélia (2013) Género e saúde, in: Fátima Alves (org.) *Saúde, medicina e sociedade. Uma visão sociológica*. Pp. 29-34. Lisboa: Pactor.

Rodrigues, Elisabete (2011) Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: um retrato nacional. *Saúde e Tecnologia* Novembro. Pp. 24-31.

N A. Género e profissões - excertos:

"Men chose the public, intellectual, scientific and, after the advances of hospital and laboratory medicine, the financially lucrative world of doctoring. Women were limited by social role to the private domestic role of caring and hygiene maintenance." (In: Moon e Gillespie (orgs) p. 61)

"A separação clara entre os universos doméstico e de trabalho, apenas admissível aos cirurgiões ... produz um efeito paradoxal no caso das cirurgiãs: se, por um lado, se espera que consigam um desempenho e uma disponibilidade semelhantes aos homens, por outro, ao serem avaliadas e caracterizadas como pessoas-mulheres, o seu papel doméstico é levado em conta, nomeadamente a sua função maternal." (Marques [2004] sobre as conclusões de Cassell 2000, nos EUA.)

"... A feminização desta profissão (medicina] tem dado lugar a novos arranjos, nomeadamente na hierarquização das especialidades, e que esta hierarquia não assenta exclusivamente na predominância numérica de um ou outro sexo, antes se legitima através do recurso aos significados de género para estabelecer a diferenciação entre especialidades.....

A (sobre) visibilidade tem a ver com a excessiva atenção da maioria sobre a minoria e o conseqüente excesso de desempenho com que os membros do grupo minoritário reagem à pressão exercida pela percepção de «terem todos os olhos postos neles» (sem que isto signifique necessariamente maior sucesso, podendo mesmo implicar menor sucesso devido ao excesso de trabalho)."

.. não parecem, no entanto aplicar-se ao caso dos homens na enfermagem"
(Simões e Amâncio 2004: 72, 73)

N B. Género e profissões

Escobar, Lucília (2004) *O sexo das profissões. Género e identidade socioprofissional em enfermagem*. Porto: Afrontamento.

Why are there so few men in nursing? 3 March, 2008

<http://www.nursingtimes.net/why-are-there-so-few-men-in-nursing/849269.article>

Abstract nº 1:

O'Connor, Tom: Men Choosing Nursing. Negotiating a Masculine Identity in a Feminine World. *The Journal of Men's Studies* 2015.

In the nursing profession across the Western world, women outnumber men by a ratio of 10 to 1. The profession is often seen as being synonymous with being female and with femininity. This study aimed to illustrate the gendered aspects of career choice for men who choose to nurse and how a masculine identity can be negotiated within the profession. Using a qualitative interpretive approach, interviews were carried out with 18 male nurses. The findings indicate contradictions and difficulties for men in identifying with the profession and as men. Little encouragement is given to men to join the profession, and for men who have chosen to nurse, there is an attempt to distance themselves from traditional motivations for choosing nursing such as caring and vocationalism. This has implications for the recruitment and retention of men into the profession and also points to a need to examine the relationship of nursing to gendered concepts.

Abstract nº 2

[Medicine is not gender-neutral: influence of physician's sex on medical care].
[Article in Dutch] Lagro-Janssen, A.L. 2011

Many studies have shown that men and women differ in communication styles. The question is whether these differences also play a role during medical consultation. Potential differences between male and female physicians that have been investigated, are differences in doctor-patient communication, the diagnostic process and treatment. The communication style of female physicians is more patient-oriented than that of male physicians. Male and female physicians differ in their use of additional tests; notably, intimate examinations, such as prostatic or vaginal examinations, are performed less frequently for patients of the opposite sex. Male physicians prescribe medication more frequently; notably sedatives are prescribed more often by male physicians to female patients. Therefore, whether medical care is provided by a male or a female physician makes a difference: the professional role of the physician is not gender-neutral. Within the medical profession, male and female medical students are socialised differently, and professional socialisation does not overcome differences in gender roles. Patients are generally more satisfied with

female physicians than male physicians. Knowledge of and insight into these processes is essential for improving the quality of care.

N C. Texto

Género e as profissões médicas

Do livro *Uma Sociologia do Género*

(por Maria Johanna Schouten, Famalicão 2011. Pp. 93-95)

Até ao período em que a ciência e o mercado começaram a caracterizar os serviços médicos na Europa, estes foram, em grande parte, do domínio de mulheres (..) Frequentar um curso académico, seja em medicina, seja em qualquer outra área era impensável para as mulheres até meados do século XIX. A insistência de algumas jovens e das suas famílias resultou numa eliminação parcial dos entraves. Muitas das primeiras médicas distinguiram-se pela sua atenção especial a causas de mulheres: condições de trabalho, saúde reprodutiva e saúde materno-infantil. A admissão de mulheres nas faculdades de medicina foi, aliás, em parte motivada pelo pudor que as doentes femininas tinham face a um médico homem. Por outras palavras, as autoridades pensavam que o recurso feminino aos serviços médicos seria aumentado pela presença de mulheres médicas.

Quase todas as primeiras médicas batiam-se pelos direitos cívicos das mulheres. Em Portugal foram exemplo disto Domitila de Carvalho, Carolina Beatriz Ângelo e Adelaide Cabete e, na Holanda, Aletta Jacobs e Catharina van Tusschenbroek.

Actualmente, entre os estudantes de medicina nos países ocidentais, as mulheres estão em maioria. Várias razões para tal situação têm sido indicadas, nomeadamente por Machado (2003), mas acrescenta-se aqui a sugestão de uma correspondência das actividades (para-) médicas com noções de feminilidade, ou seja, como afirmado por um académico inglês: “Working with animals and people is more feminine than working with minerals and math”. A genderização tem também expressão nas opções da especialização clínica, como por exemplo a prevalência de homens entre os cirurgiões, facto que Marques (2004) relaciona com a cultura ocupacional, ao passo que o estatuto superior dessa especialidade também tem influência. Neste campo, os *nimble fingers* das mulheres por enquanto não têm sido uma vantagem.

A modificação da cultura de trabalho é uma das preocupações dos homens que criticam a (futura) preponderância feminina na profissão médica (ou seja, a *pink-collar medicine*, segundo Heru 2005). Celeumas provocaram as dúvidas pronunciadas pelo ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, em Junho de 2004, sobre o empenho das futuras médicas, que segundo ele seria prejudicado pela combinação do trabalho com a maternidade. Aparentemente, para este representante do XV Governo Constitucional, a articulação entre família e emprego era um problema que não tocava aos homens-pais.

A actividade do cuidar dos doentes, ou seja, a enfermagem, tem sido rotulada de “feminina”, correspondendo com as supostas qualidades “maternas” de qualquer mulher. Uma das pioneiras neste campo, Florence Nightingale, procurou dar mais dignidade e eficácia a esta ocupação, no entanto, encarou-a como uma vocação

sagrada, exclusivamente para mulheres não casadas e de comportamento impecável (Nightingale 1997). Foi também graças a outras vanguardistas que se realizou, nos finais do século XIX, uma profissionalização e o direito a remuneração para este trabalho. Mais recentemente, cresceu o número de enfermeiros masculinos (em proporções variadas conforme o país, a área de especialização e a categoria). Esta evolução atípica de homens que invadem um campo profissional tradicionalmente feminino foi analisada por Simões e Amâncio (2004), inclusive as consequências (positivas, ao contrário do que se passa com mulheres em profissões masculinas) que a sua “sobrevisibilidade” tem para estes homens.

O mundo do trabalho parece passar por um processo de “feminização”, termo que pode, segundo Bradley (2000: 73-79) indicar várias tendências, a saber: o aumento da proporção de mulheres no mercado de trabalho; o ingresso de mulheres em ramos de trabalho antes (quase) exclusivamente masculinos; a modificação do trabalho em si para adequá-lo mais ao modo de trabalhar das mulheres.

No entanto, há que ter em conta que a maior parte das jovens ainda caminha para estudos e profissões “tradicionalmente femininos”, que também incluem ocupações tais como amas e empregadas domésticas. Com efeito, é um paradoxo que a crescente ocupação por mulheres de postos bem qualificados promova a actividade de outras mulheres em postos “domésticos”. Por outras palavras, se por um lado a ocupação das mulheres em posições antigamente exclusivamente masculinas quebra estereótipos, o facto de estas mulheres contratarem, quase sempre, mulheres para executar tarefas domésticas, reproduz o estereótipo. Deste modo, as mulheres bem-sucedidas no mercado de trabalho reproduzem na sua própria casa as noções tradicionais dos trabalhos femininos.

Amâncio, Lígia, Manuela Tavares, Teresa Joaquim, Teresa Sousa de Almeida (orgs.) (2007) *O longo caminho das mulheres. Feminismos 80 anos depois*. Lisboa: Dom Quixote.

Greenfield, S. (2007) “The crazy attitudes that push women out of science”, *The Observer* 01-07.

Heru, A.M (2005) Pink-collar medicine: women and the future of medicine, *Gender Issues* 22 /1: 20-34.

Jacobs, Aletta (1978) *Herinneringen*. Nijmegen: SUN. [1924.]

Johannisson, Karin (1996) *Het duistere continent. Dokters en vrouwen in het Fin-de-siècle*. Amsterdam: Van Gennep.

Machado, Maria do Céu Soares (2003) “A feminização da medicina”, *Análise Social* 166: 127-137.

Marques, António Manuel (2004) “Os trabalhos da masculinidade. Culturas ocupacionais sob hegemonia masculina”, in: Lígia Amâncio (org.), *Aprender a ser homem*. Construindo masculinidades, pp. 29-50. Lisboa: Livros Horizonte.

Nightingale, Florence (1997) Florence Nightingale; *Letters from the Crimea 1854-1856*. Edição organizada por Sue M. Goldie. Manchester: Mandolin. [1854-56.]

Nunes, Berta (1997) *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim do Século.

Simões, Joaquim e Lígia Amâncio (2004) “Género e enfermagem: Um estudo sobre a minoria masculina”, *Sociologia, Problemas e Práticas* 44: 71-81.

Witz, Anne (1992) “Gender and professional projects in the medical division of labour”, in *Professions and patriarchy*, pp. 71-210. London: Routledge.

Nn. Questões

N 1 Mencione algumas diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito à mortalidade e à morbidade (e as suas causas), em várias sociedades.

N 2 Apresente comentários sobre os dois abstracts, em N B.

N 3 Reflita sobre o papel da família nos cuidados médicos. Pode ser relacionado, por exemplo, com o fragmento do livro de Moon e Gillespie: *Beyond acute care; beyond the doctors*, - e/ou com fragmentos do livro de Berta Nunes.

N 4 Reflita sobre a problemática da conciliação entre a vida familiar e a vida profissional, no caso de profissionais de saúde.

N 5 Para finalizar este módulo:

O artigo de Elizabeth Challinor (2014) contém vários fenómenos discutidos ao longo deste módulo. Procure, explique e comente os seguintes conceitos :

Emics and etics;

Cidadania

Etnografia // método etnográfico

Iliteracia em saúde

Health systems literacy

Relativismo cultural

Poder dos médicos

Authorative knowledge

Competência intercultural

O objeto de estudo da antropologia cultural

Anexo 1: Aspetos formais e organizacionais dos trabalhos práticos

Tutorias

Cada um dos 6 grupos será dividido em 4 sub-grupos de 5 até 7 discentes. Este agrupamento é definido no primeiro dia de aulas. Uma posterior mudança de grupo ou sub-grupo não é permitida.

Aos subgrupos serão atribuídas questões relativamente à matéria (geralmente, estas questões constam do caderno) que devem ser preparadas de antemão e apresentadas para debate, durante as sessões tutoriais. Posteriormente as fichas devem ser enviadas à docente.

Dimensão máxima das fichas: 500 palavras.

Workshop

Organização: o trabalho relativo a um tema será realizado em grupos de 4, 5 ou 6 discentes. A composição dos grupos é organizada pelos próprios alunos.

O tema a ser desenvolvido deve ser escolhido da listagem apresentada no anexo 1 deste caderno. Este tema deve ser problematizado, não só com referência à matéria do módulo mas também com referência a textos adicionais (no mínimo quatro).

Aspetos formais

Trabalho escrito:

800-1000 palavras + um *abstract* de 50-60 palavras

Letra trebuchet, 11.

A ser enviado por email e entregue em papel.

Apresentação oral:

Duração máxima: 15 minutos.

Todos os elementos do grupo devem participar.

Com recurso a powerpoint.

Após as apresentações seguem Q&A.

Critérios de avaliação abrangem:

- evidência de domínio da matéria relevante;
- coerência;

- originalidade;
- aplicação correta de conceitos;
- referência adequada à matéria do módulo;
- ortografia;
- apresentação correta das referências bibliográficas;
- evidência de cuidado em todos os aspectos;
- a apresentação oral: clara, sucinta, manifestando preparação adequada.

Prazos: a definir.

Formação de grupos e escolha do tema:

Deve ser entregue ou enviada uma listagem indicando 3 temas por ordem de preferência, e os nomes e números de matrícula de todos os elementos do grupo.

A docente decide sobre a atribuição, tendo em conta a ordem de preferência e a data de entrega da listagem.

Os discentes que dentro do prazo não estarão incluídos num dos grupos serão agrupados pela docente.

Anexo 2: Tópicos para ensaios (workshops)

1. A «epidemia de fitness» *versus* a «sedentary death syndrome» (Lees e Booth 2004).
2. A relevância dos vários tópicos abordados por Buss e Filho (2007) para a análise de determinantes sociais de saúde em Portugal.
3. Padrões e tendências demográficas: as consequências para a saúde pública.
4. Desigualdades sociais em Portugal.
5. Comportamentos de risco de jovens portugueses.
6. Desporto, vida social e saúde.
7. Mudanças no aumento da altura média de uma população: causas e consequências, numa perspetiva sociocultural.
8. Hábitos alimentares e diversidade cultural.
9. O relativismo cultural e a prática médica.
10. Religião como fator na prevenção de doença.
11. Uma abordagem sociológica-antropológica às razões pela recusa da vacinação.
12. Repensar a «maternidade» à luz das novas técnicas de reprodução assistida.
13. A medicalização da gravidez, do parto e do pós-parto.
14. Prós e contras da amamentação, da perspetiva da mãe e do filho.
15. Mudanças na vida social de indivíduos que se sujeitaram à cirurgia bariátrica.
16. O turismo médico: aspetos sociais e culturais.
17. Uma abordagem sociológica à incidência de acidentes de trabalho.
18. As redes sociais (por exemplo facebook e grupos whatsapp) e a sua função na prevenção ou no tratamento de doenças.
19. Medicina e eugénica: os contextos sociais e culturais.
20. Uma comparação entre as abordagens de Ivan Illich e Ervin Goffman em relação à medicalização.
21. A política relativamente ao consumo de drogas em Portugal.
22. A prostituição e os serviços de saúde.
23. As mulheres em profissões ou atividades médicas: uma perspetiva histórica
24. A influência de «celebridades» na prevenção ou no tratamento de doenças: o «efeito Angela Jolie» e o «efeito Jade Goody».
25. Razões sociais e culturais para «não dizer toda a verdade» no encontro terapêutico.
26. Cirurgia plástica e estigma.
27. Estigma social no caso de três das seguintes condições: psoríase; orelhas salientes; incontinência urinária; síndrome de La Tourette; afasia.
28. A influência dos horários laborais e/ou escolares no estado de saúde, em Portugal.
29. Prós e contras de institucionalização de pessoas com doença mental.
30. Pressão de tempo para os profissionais de saúde.
31. Cuidados de saúde para imigrantes.

32. A tecnologia como ajuda nos cuidados domiciliários.
33. A telemedicina.
34. A formulação dos textos nos folhetos informativos de medicamentos e o conceito de literacia em saúde.
35. Os papéis de género na enfermagem.
36. A possível influência do género na escolha da especialidade médica.
37. A informática e a medicina: vantagens e desvantagens para os profissionais de saúde.
38. Prós e contras de rastreios
39. Tendências nas notícias (na imprensa escrita ou na rádio/televisão) sobre questões de saúde - uma apreciação.
40. O desenvolvimento de fármacos anti-envelhecimento.
41. A violência doméstica e os serviços de saúde.
42. Transgéneros e transsexuais: o papel dos profissionais de saúde.
43. Comentando as «consultas médicas» efetuadas por profissionais de saúde em programas de televisão.
44. O Mercado da Medicina: *Healer shopping* e *healer hopping*.
45. O movimento «New Age» e a saúde.
46. «Doenças da moda», a internet e a comunicação social.
47. De «contested disease» à «accepted disease».
48. Uma abordagem sociológica-antropológica às razões pela recusa da vacinação.
49. Uma abordagem sociológica à incidência de acidentes de trabalho.
50. Uma visão histórica sobre o desenvolvimento do *technological imperative*.

Anexo 3: A Calendarização 2016-2017 (consultar também plataforma moodle)

6.1 Parte curricular

6, 7 e 8 de março: seminário; tutorias.

13, 14 e 15 de março: seminário; tutorias.

20, 21 e 22 de março: seminário; tutorias.

27, 28 e 29 de março: seminário; tutorias; avaliação formativa.

Envio das fichas das tutorias: cada semana até 5^a feira, 10h00.
(schouten@ubi.pt).

Atendimento individual ou para grupos: 6, 13, 20 de março, 14-17h00.

Esquema:

6 de março:

- Definição da constituição dos sub-grupos nas tutorias*⁴;
- Indicação pela docente das tarefas a realizar (questões a elaborar) em preparação das tutorias.
- Orientação pela docente no que diz respeito à escolha do tema para workshop.
- Outras situações.

13 de março:

- Discussão das fichas entregues na semana anterior*.
- Indicação das tarefas a realizar (questões a elaborar) em preparação das tutorias*.
- Orientação relativamente à preparação dos trabalhos para o workshop.
- Outros assuntos.

6.2 Fase de apresentações / workshops

Apresentações pelos discentes: 5, 6 e 7 de abril.

Entrega e envio dos ensaios: até 3 de abril, 10h00

6.3 Avaliação integrada; Exame final: exame de recurso: ver plataforma moodle.

*⁴ De cada sub-grupo, pelo menos um elemento deve estar presente.

Anexo 4: Lista de termos e autores (não exaustiva)

Sociologia
Antropologia
Antropologia cultural
Antropologia física
Etnografia // o método etnográfico
Etnomedicina
Couvade
Magia
Cultura
Sociedade
Estado
Socialização
Aculturação
Normas
Anomia
Valores
Símbolo
Reprodução social
Secularização
Modernidade
Pós-modernidade
«Sociedade de risco»
«Sociedade líquida»
Emics (abordagem émica)
Etics (abordagem ética)
Macrossociologia
Microsociologia
Etnocentrismo
Relativismo cultural
Desencantamento do mundo (Entzauberung der Welt)
Reencantamento
«New Age»
Cidadania
Literacia em saúde
Health systems literacy
De-medicalization
Medicina alternativa
Technological imperative
Competência intercultural
Técnicas do corpo.
Mutilação/ MGF

Naturalização e desnaturalização
Metodologias qualitativas
Metodologias quantitativas
Bias
Publication bias
Efeito Hawthorne
Interpretação seletiva
Memória seletiva
Quadro de referência
Authorative knowledge
Triangulação
Análise de conteúdo
Teorema de Thomas
Self-fulfilling prophecy
Self-defeating prophecy
Consumo conspícuo
Folk religion (religião popular)
Halal
Haram
Kosher
Estilo de vida
Castas
Healer hopping / healer shopping.
Pluralismo médico
Paradigma
Food insecurity (insegurança alimentar)
Gini index
Medical students' syndrome
Demografia
Índice de envelhecimento
Envelhecimento demográfico
INE
Gatekeeper
Sick role
Medicalização
Medical gaze / regard medical / olhar clínico
Iatrogenese (social)
Disease mongering
Contested illness
Construção social
Victim blaming
Estigma desacreditado, desacreditável, de cortesia,
Self-perceived stigma (auto-percecionado)

Re-formulação identitária
Desvio secundário
Looking-glass self
Teoria de miasma
Higienistas
Estado social
Estado-providência
Equidade
Igualdade
Assistencialismo
Caridade
Instituição total
Desinstitucionalização
Anulação / mortificação do Eu
Institutional underlife
Hospitalocentrismo
Preocupação desinteressada (detached concern)
Gestão da incerteza (management of uncertainty)
Solidariedade mecânica
Solidariedade orgânica
Hierarquia
Burocracia
Poder e autoridade
Estatuto alcançado
Estatuto atribuído
Bases de autoridade (tradicional, legal/administrativa, carismática)
Mother blaming
Masculinidade hegemónica

PESSOAS

William Thomas
Marcel Mauss
Ulrich Beck
Zygmunt Bauman
Anthony Giddens
Pierre Bourdieu
Rudolf Virchow
Thorstein Veblen
Archibald Cochrane
Max Weber
Émile Durkheim
Vicente Navarro
Talcott Parsons
Erving Goffman
Michel Foucault
Ivan Illich
Anthony Giddens
Boaventura Sousa Santos
Ricardo Jorge
Rudolf Virchow
Florence Nightingale
Ann Oakley
Howard Becker
Thomas Szasz
Thomas McKeown
W.H.R. Rivers

Anexo 5: Bibliografia geral

- Aboim, Sofia (2010) Homossexualidade e bissexualidade: práticas, atracção e orientação sexual, in: Cabral, Manuel Villaverde & P.M. Ferreira, *Sexualidades em Portugal. Comportamentos e Riscos*, pp 147-200. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Aggleton, Peter (1999) *Health*. London: Routledge. [1990.]
- Albrecht, G.L., R. Fitzpatrick e C. Scrimshaw (2000) *Handbook of social studies in health and medicine*. London / New York: Sage.
- Almeida, Maria Antónia Pires de (2014) As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 21, 2: 687-708.
- Alternative Medicine or Witchcraft? Europeans Cast Critical Eye on Homeopathy. By SPIEGEL Staff July 16, 2010. <http://www.spiegel.de/international/germany/alternative-medicine-or-witchcraft-europeans-cast-critical-eye-on-homeopathy-a-706971.html>
- Alvares, Cláudia (2015) Entre o social e biológico: Repensando a maternidade à luz das novas técnicas de reprodução assistida. *Revista Lusófona de Estudos Culturais* 3, 1: 99-110.
- Alves, Fátima (coord.) (2013) *Saúde, medicina e sociedade. Uma visão sociológica*. Lisboa: Pactor.
- Anderson, Warwick (2006) *Colonial pathologies: American Tropical Medicine, race, and hygiene in the Philippines*. London and Durham, NC: Duke University Press.
- Antunes, Ricardo e Tiago Correia (2009) Sociologia da saúde em Portugal. Contextos, temas e protagonistas, *Sociologia, Problemas e Práticas* 61: 101-125.
- Areosa, João e Tom Dwyer (2010) Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica *Configurações* 7: 107-128.
- Ariès, Ph e A. Béjin (orgs.) (1983) *Sexualidades Ocidentais*. Lisboa: Contexto. [1982.]
- Atkinson, Jane (1997) *The clinical experience*. Aldershot: Ashgate.
- Augusto, Amélia Maria Cavaca (2004) *Infertilidade e reprodução medicamente assistida em Portugal: Dos problemas privados aos assuntos públicos*. Tese de Doutoramento em Sociologia, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Augusto, Amélia (2006) Infertilidade e reprodução medicamente assistida: definição de contextos e produção de significados, in: Graça Carapinheiro (org.) *Sociologia da saúde. Estudos e perspectivas*, pp. 47-76. Coimbra: Pé de Página.
- Augusto, Amélia (2013) Género e saúde, in: Fátima Alves (org.) *Saúde, medicina e sociedade. Uma visão sociológica*, pp. 29-34. Lisboa: Pactor.
- Baptista, António Alçada (1989) *Tia Suzana, meu amor*. Ed. Presença.
- Barros, Pedro Pita (2013) *Pela sua saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barroso, Margarida Martins (2015) Trabalho e saúde na Europa: um retrato por país e profissão. *Forum Sociológico* 26: 31-42.
- Barry, Anne-Marie e Chris Yuill (2012) Concepts of health and medicine. In: *Understanding the sociology of health*. Pp. 20-30. London: Sage.
- Bastos, Cristiana (2001) Doctors for the Empire: The Medical School of Goa and its narratives, *Identities* 8, 4: 517-548.
- Bastos, Cristiana (2001) The inverted mirror: Dreams of imperial glory and tales of subalternity from the Medical School of Goa, *Etnográfica* 6, 1: 59-76.

- Bastos, Cristiana (2002) *Ciência, poder, acção: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bastos, Cristiana (org.) (2011) *Clínica, arte e sociedade. A sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bastos, Cristiana e Teresa Levy (1987) Aspirinas, palavras e cruces: práticas médicas vistas pela antropologia, *Revista Crítica de Ciências Sociais* 23: 221-231.
- Baumann, Zygmunt (2000) *Liquid modernity*. Cambridge: Polity.
- Beck, Ulrich (1986) *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a/M: Suhrkamp. Traduzido como *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage. 1992. [traduzido como *La sociedad del riesgo. En camino hacia otra sociedad moderna*, Barcelona: Paidós, 1998.]
- Becker, Howard S. et al. (1961) *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Berger, Peter e Thomas Luckmann (1971) *The social construction of reality*. Harmondsworth: Penguin [1966.] [Traduzido para o português como *A construção da realidade social*, Petrópolis: Editora Vozes, 1985.]
- Blanc, Marie-Ève, Laurence Husson e Évelyne Micollier (orgs.) (2000) *Sociétés Asiatiques face au Sida*. Paris: L'Harmattan.
- Boulis, Ann K. e Jerry A. Jacobs (2008) *The changing face of medicine: Women doctors and the evolution of health care in America*. Ithaca NY: Cornell University Press.
- Bradley, Harriet (1996) *Fractured identities - changing patterns of inequality*. Cambridge: Polity Press.
- Braverman, Irus (2010) Governing with Clean Hands: Automated Public Toilets and Sanitary Surveillance. *Surveillance & Society* 8, 1: 1-27.
- Breen, Benjamin (2015) «Into the mystic» <http://aeon.co/magazine/culture/the-high-tech-resurgence-of-new-age-beliefs/>
- Brown, Phil e Stephen Zavestoski (orgs.) (2005) *Social movements in health*. Oxford: Blackwell.
- Browne, Ken (2003) Health, in: *Introducing sociology for AS level*. Pp. 91-137, Oxford: Polity Press.
- Brundtland, Gro Harlem et al. (2002) Globalización, exclusión social y salud, in: Pilar Estébanez (org.) *Exclusión social y salud*, pp. 23-51. Barcelona: Icaria editorial.
- Brussa, Licia (org.) (1999) *Health, migration, sex work. The experience of TAMPEP. Transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe*. Amsterdam: Tampep.
- Bryson, Bill (2010) *At home. A short history of private life*. London: Doubleday.
- Bury, Michael (1997) *Health and illness in a changing society*. London: Routledge.
- Bury, Michael e Jonathan Gabe (orgs.) (2004) *The sociology of health and illness. A reader*. London: Routledge.
- Buss, Paulo Marchiori e Alberto Pellegrini Filho (2007) A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva* 17, 1: 77-93
- Cabral, Manuel Villaverde (coord.), Pedro Alcântara da Silva e Hugo Mendes (2002) *Saúde e doença em Portugal. Inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, Manuel Villaverde e Pedro Alcântara da Silva (2009) *O estado da saúde em Portugal. Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema*

- de saúde - evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, Manuel Villaverde e P.M. Ferreira (2010) *Sexualidades em Portugal. Comportamentos e Riscos*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Caldeira, Paulo (1995) Identidades dos portadores do vírus da Sida - Reconstrução das identidades sociais e formas de inserção social dos portadores do VIH, *Sociologia, Problemas e Práticas* 17: 75-95.
- Caplan, Pat (org.) (1997) *Food, health and identity*. London: Routledge.
- Capucha, Luís *et al.* (2002) Vulnerabilidade à exclusão social, in: *Portugal 1995-2000. Perspectivas da Evolução Social*, pp. 215-251. Oeiras: Celta.
- Carapinheiro, G. (1986) A saúde no contexto da sociologia. *Sociologia, Problemas e Práticas* 1: 9-22.
- Carapinheiro, Graça (1993) *Saberes e poderes no Hospital. Uma sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Cardoso, Sónia (2002) *Representações sociais dos distúrbios alimentares: estudo empírico junto a ex-pacientes, familiares e técnicos de saúde*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Carmo, Renato do e André Barata (orgs.) (2014) *Estado social, de todos para todos*. Lisboa: Tinta da China.
- Carvalho, Dina (2004) *Cuidar e prevenir. Os saberes familiares, tradicionais e medicinais acerca da saúde e da doença*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português e Sociologia, Braga.
- Carvalho, Sérgio Luís de (1995) *Assistência e medicina no Portugal medieval*. Lisboa: Comissão Comemorações dos Descobrimentos.
- Cascais, António Fernando (2001) A cabeça entre as mãos: Egas Moniz, a psicocirurgia e o prémio Nobel, in: João Arriscado Nunes, Maria Eduarda Gonçalves (orgs.) et al.: *A sociedade portuguesa perante os desafios da globalização*. Pp. 291-359. Porto: Afrontamento.
- Castor, Helen (2014) *Joan of Arc*. London: Faber & Faber.
- A century of trends in adult human height (2016) DOI: 10.7554/eLife.13410.001
- Challinor, Elizabeth (2012) Cidadania médica, culturas e poder nos cuidados perinatais e pediátricos de imigrantes, *Saúde e Sociedade*, 21, 1: 76-88.
- Chazan, Lilian Krakowski e Livi F.T. Faro (2016) “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 23, 1: 57-77.
- Chudakova, Tatiana (2017) Caring for Strangers: Aging, Traditional Medicine, and Collective Self-care in Post-socialist Russia. *Medical Anthropology Quarterly* 31, 1: 78-96.
- Clinton, Hillary Rodham (2004) Health care, in *Living History*, pp. 187-203. London: Headline.
- Coburn, David e Evan Willis (2000) The medical profession: Knowledge, power, and autonomy, in: G.L. Albrecht et al., *Handbook of social studies in health and medicine*, pp. 377-393. London / New York: Sage.
- Cockerham, William C. (1998) *Medical sociology*. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall. [1978.]
- Colgrove, James (2002) The McKeown Thesis: A historical controversy and its enduring Influence. *American Journal of Public Health*, 92, 5.
- Comar, Philippe (1993) *Les images du corps*. Paris: Gallimard.

- Comelles, Josep M. (N.D.) From superstition to folk medicine. The transition from a religious to a medical concept. *Medicine Anthropology Theory* 3, 2: 269-305.
- Cortes, Maria (2016) Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas* 80: 117-143
- Correia, Tiago (2009) A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 85: 83-103.
- Cortes, Maria (2016) Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas* 80: 117-143.
- Coutinho, José Pereira (2014) Religião e juventude. Os novos carismáticos. *Sociologia, Problemas e Práticas* 74: 147-181.
- Couto, Márcia e Suellen Dantas (2016) Género, masculinidades e saúde em revista. A produção da área na revista Saúde e Sociedade. *Saúde e Sociedade* 25, 4: 857-868.
- Crespo, Jorge (1990) *A História do Corpo*. Lisboa: Difel.
- Crisóstomo, Sofia (2016) O artigo 64.º da constituição da república Portuguesa. *Sociologia, Problemas e Práticas*, número especial: 33-48.
- Croll, Elisabeth (2000) *Endangered daughters. Discrimination and development in Asia*. London: Routledge.
- Cunha, Manuela Ivone e Jean-Yves Durand (orgs.) (2011) *Razões de saúde: poder e administração do corpo. Vacinas, alimentos e medicamentos*. Lisboa: Fim do Século. <http://www.yumpu.com/pt/document/view/12573246/razoes-de-saude-intro-cunhadurandpdf-universidade-do-minho>
- Curtis, Heather (2007) *Faith in the Great Physician. Suffering and Divine Healing in American Culture, 1860-1900*. Baltimore: Johns Hopkins University Press,
- DeVries, Raymond, e outros (2001) *Birth by design. Pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe*. New York / London: Routledge.
- Dodier, Nicolas, Agnès Camus (1997) Sociologie de l'hôpital. *Annales* 52, 4: 733-764.
- Douglas, Mary (1966) *Purity and danger*. Harmondsworth: Penguin. Traduzido como *Pureza e perigo. Ensaio sobre as noções de poluição e tabú*. Lisboa: Edições 70.
- Driessen, Henk (1992) Drinking and masculinity. Alcohol and gender in Andalusia, in: Dimitra Gefou-Madianou (org.), *Alcohol, gender and culture*, pp. 71-79. London: Routledge.
- Drulhe, Marcel (2002) Les inégalités sociales de santé: quelles intelligibilités?, in: Maria Engrácio Leandro, Maria Marta Lobo de Araújo e Manuel da Silva e Costa (orgs.), *Saúde: As teias da discriminação social*, pp. 21-30. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.
- Edmonds, Alexander (2009) Beauty, health and risk in Brazilian plastic surgery. *Medische Antropologie* 21, 1: 21-38
- Encontro Nacional de Sociologia da Saúde na Universidade da Beira Interior. Práticas em debate. *Sociologia on-line* 2011 <http://revista.aps.pt/?cad=REV4e65fc7f29f64&tipo=TAR4b223cfff053b&art=ART4e663562f0538>
- Escobar, Lucília (2004) *O sexo das profissões. Género e identidade socioprofissional em enfermagem*. Porto: Afrontamento.
- Estébanez, Pilar (org.) (2002) *Exclusión social y salud*. Barcelona: Icaria editorial.
- Evans-Pritchard, E.E. (1937) *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.

- Fainzang, Sylvie (2010) Patient information between public space and anthropology: ethnography's contribution to the debate. *Etnográfica* 14, 1: 97-114.
- Fainzang, Sylvie (2015) *An anthropology of lying: information in the doctor-patient relationship*. Farnham: Ashgate.
- Falcão, Ana Mafalda (2012) *Panorama da sociologia da saúde em Portugal: Avanços teóricos, problemáticas e domínios cruzados*. Lisboa: CIES e-working paper nº 140.
- Feijó, Rui, Hermínio Martins e João Pina Cabral (1985) *A morte no Portugal contemporâneo. Aproximações sociológicas, literárias e históricas*. Lisboa: Editorial Quercus.
- Female genital cutting: Ending a brutal practice, *The Economist* 10-6-2010. pp 69-70. http://www.economist.com/node/16329452?story_id=16329452
- Fernandes, Ana Alexandre, Maria João Guardado Moreira e Teresa Rodrigues Veiga (2004) Transição demográfica e transição epidemiológica. O modelo de mortalidade no contexto das transformações sociais e políticas da sociedade portuguesa. *Fórum Sociológico* 11/12: 75-104.
- Ferreira, Carlos Miguel (1999) Da tísica à tuberculose: Um percurso de uma construção social da doença. *Fórum Sociológico* 1/2: 107-130.
- Ferreira, Claudino (1995) Estilos de vida, práticas e representações sociais dos termalistas. O caso das Termas da Curia. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 43: 93-122.
- Figueiredo, M.H. (2003) *Representação social da doença e o seu efeito nas práticas familiares*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Flacke, Marie-Louise (2011) Communicating with patients. How can information leaflets for medicines be made more readable? *Medische Antropologie* 23, 2: 265-273.
- Fontes, Fernando (2009) Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal : Da caridade à cidadania social, *Revista Crítica de Ciências Sociais* 86: 79-93.
- Food insecurity - How hungry Americans make food last, *The Atlantic* 2014 <http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/08/the-only-food-poor-americans-can-afford-is-making-them-unhealthy/378774>
- Foucault, Michel (1961) *La folie et la déraison. Histoire de la Folie à l'Âge classique*. Paris: Plon.
- Foucault, Michel (1976) *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. London: Tavistock. [primeira edição: *Naissance de la clinique*, 1963]
- Frade, Alice (org.) (2007) *Por nascer mulher. Um outro lado dos direitos humanos*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. www.acidi.gov.pt/_cf/109458.
- Gaudenzi, Paula e Francisco Ortega (2016) Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 21, 10: 3245-52.
- Gawande, Atul (2014) *Being mortal. Medicine and what matters in the end*. New York: Holt.
- Gawande, Atul (2015) Overkill. *The New Yorker* 11-05-2015. www.newyorker.com/magazine/2015/05/11/overkill-atul-gawande
- Giddens, Anthony (1998) *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (2ª ed.)
- Giraldes, Maria do Rosário (1996) *Desigualdades socioeconómicas e seu impacto na saúde*. Lisboa: Estampa.
- Giraldes, Maria do Rosário (2002) Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal. *Análise Social* 164: 939-947.

- Godinho, Rute (2004) Saúde e género: mortalidade feminina no Brasil, in: Anne Cova, Natália Ramos e Teresa Joaquim (orgs.) *Desafios da comparação. Família, mulheres e género em Portugal e no Brasil*, pp. 193-206. Oeiras: Celta.
- Goff, Jacques le (1997) *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar (2ª ed.)
- Goffman, Erving (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice-Hall. Traduzido para o português como *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- Goffmann, Erving (1968) *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin Books. [1961.]
- Gonçalves, António Custódio (1992) *Questões de antropologia social e cultural*. Porto: Afrontamento.
- Gonçalves, Valéria Portugal e Francisco Ortega (2013) Uma nosologia para os fenómenos sobrenaturais e a construção do cérebro 'possuído' no século XIX *Manguinhos* 20, 2: 373-389.
- Groopman, Jerome (2008) Superbugs. The new generation of resistant infections is almost impossible to treat. *The New Yorker* August 11.
- Guirimand, Nicolas (2005) De la réparation des «gueules cassées» à la «sculpture du visage». La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005/1 n° 156-157: 72-87.
- Hardey, Michael (1999) *The social context of health*. Buckingham: Open University Press.
- Henriques, Susana (2008) *Estilos de vida associados à saúde e cuidados corporais na imprensa portuguesa*. Comunicação no VI Congresso Português de Sociologia, Lisboa.
- Hespanha, Maria José Ferros (1987) O corpo, a doença e o médico - representações e práticas sociais numa aldeia. *Revista Crítica das Ciências Sociais* 23: 195-209.
- Hespanha, Pedro, et al. (2012) *Doença Mental, Instituições e Famílias. Os desafios da desinstitucionalização em Portugal*. Coimbra: Almedina
- Holt, Terrence (2014) *Internal Medicine: A Doctor's Stories*. New York: Liveright.
- Jaisson, Marie (2002) La mort aurait-elle mauvais genre? *Actes de la recherche en sciences sociales* 143: 44-52.
- Joaquim, Teresa (1983) *Dar à luz. Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Dom Quixote.
- Joaquim, Teresa (2000) Saúde das mulheres. Cuidar das outras, cuidar de si. *ex aequo* 2: 191-204.
- Jorge, Ricardo (1899) *Demografia e saúde na cidade do Porto - clima, população, mortalidade*. Porto: CMP.
- Jose, Kim et al. (2017) Understanding the gendered nature of weight loss surgery: insights from an Australian qualitative study. *Health Sociology Review* 26, 2: 113-127.
- Kaufmann, Jean-Claude (1995) *Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus*. N.p., Nathan.
- Knipper, Michael (1996) *Schmerz im medizinischen Alltag*. N.d.
- Knipper, Michael e Yasar Bilgin (2009) *Migration und Gesundheit*. Sankt -Augustin/ Berlin: Konrad Adenauer-Stiftung.
- Kuehlein, Thomas et al. (2009) Quarternary prevention: a task of the general practitioner. http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_engl.pdf. Ver também: Prevenção Quaternária: Antes de mais nada, não prejudicar. http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_po.pdf
- Lages, Mário (2007) Os comportamentos de risco dos jovens portugueses e a sua mortalidade. *Análise Social* 183: 395-418.

- Lameiras, M. et al. (2011) Evaluación del uso del preservativo femenino promovido desde un programa de educación para la salud: un enfoque cualitativo. *Saúde e Sociedade* 20, 2: 410-424.
- Lee, Christina (1998) *Women's health. Psychological and social perspectives*. London: Sage.
- Leong, Trinna (2014) Malaysia seeks medical tourism crown as Indonesians fly over for care. *The Jakarta Globe*, 30-07-2014.
- Lobo Antunes, João (1999) *Numa cidade feliz*. Lisboa: Gradiva.
- Lopes, Noémia Mendes (2001) Automedicação: Algumas reflexões sociológicas, *Sociologia, Problemas e Práticas* 37: 141-165.
- Lopes, Noémia Mendes e Carla Rodrigues (2015) Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança. *Sociologia, Problemas e Práticas* 78: 9-28.
- Macedo, Ana Paula (2010) Compreendendo duas organizações - Escola de Enfermagem e Hospital - num contexto de supervisão de estágios. *Configurações* 7: 129-154.
- Mackenbach, Johan e Martijntje Bakker (2002) *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge.
- Maher, Vanessa A. (1992) *The anthropology of breast-feeding*. Oxford: Berg.
- Maia, José João (2000) Transição epidemiológica, infra-estruturas urbanas e desenvolvimento: a cidade do Porto. *Análise Social* 156: 583-604.
- Maia, Marta (2015) Adesão terapêutica, relação médico-paciente e vivência da doença crónica, in: Marta Maia e Fernando Bessa Ribeiro (orgs.), *VIH/Sida: Experiências da Doença e Cuidados de Saúde*, Pp. 35-46. Vila Nova de Famalicão, Húmus.
- Maia, Marta e Camila Rodrigues (2014) Civil society organizations in the prevention of sexually transmitted infections among female sex workers, in Portugal, *Saúde e Sociedade*, 23, 1: 50-62
- Mann, Thomas (1924) *Der Zauberberg*. Berlin: Fischer. (16. Auflage 2004). Traduzido para o Português como *A Montanha Mágica*.
- Marçal, David (2014) *Pseudociência*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marinho, Sandra, et al. (2015) O erro médico na imprensa portuguesa: quando os pacientes fazem parte da notícia. *Saúde e Sociedade* 24, 4: 1362-1376.
- Marmot, Michael (2005) Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 365: 1099-104.
- Marmot, Michael (coord.) (2010) *Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: VSSP. http://www.ncb.org.uk/media/42195/marmotreview_vssbriefing.pdf
- Marques, António Manuel (2004) Os trabalhos da masculinidade. Culturas ocupacionais sob hegemonia masculina, in: Lígia Amâncio (org.), *Aprender a ser homem. Construindo masculinidades*, pp. 29-50. Lisboa: Livros Horizonte.
- Marr, David G. (1987) Vietnamese attitudes regarding illness and healing, in: Norman Owen (org.), *Death and disease in Southeast Asia: Explorations in social, medical and demographic history*. Singapore: Oxford University Press for Asian Studies Association of Australia.
- Marvasti, F.F. e R.S. Stafford (2012) From sick care to health care: re-engineering prevention into the US system. *New England Journal of Medicine* 367, September, 6.
- Matos, Alice Delerue e Maria Johanna Schouten (orgs.) (2012) *Saúde: sistemas, mediações e comportamentos*. Famalicão: Editora Húmus.

- Mauss, Marcel (1950) *Les techniques du corps*, in : *Sociologie et anthropologie* pp. 363-386. Paris: Presses Universitaires de France. [*Journal de Psychologie* 13, 1936]
- McCourt, Christine (org.) 2009 *Childbirth, midwifery and concepts of time*. Oxford: Berghahn.
- McDaniel, Susan (2011) *Health and Illness*. Sociopedia.isa.
- McElroy, Ann e Mary Ann Jezewsky (2000) "Cultural variation in the experience of health and illness", in: Albrecht, Gary L., Ray Fitzpatrick e Susan C. Scrimshaw (orgs.), *The handbook of social studies in health and medicine*, pp. 191-209. London: Sage.
- McKeown, Thomas (1976) *The modern rise of population*, London: Edward Arnold.
- McLaren, Angus (1997) *História da contracepção. Da antiguidade à actualidade*. Lisboa: Terramar. [1990]
- Mendes, Felismina (2011) Medicalização: A cada um o seu diagnóstico. *Barómetro Social*. 1 de Março. <http://www.barometro.com.pt/2011/03/01/medicalizacao-a-cada-um-o-seu-diagnostico/>
- Miller, Ian (2011) *A modern history of the stomach: gastric illness, medicine and British Society, 1800-1950*. London: Pickering & Chatto.
- Ministério de Saúde, INE, Observatório Nacional de Saúde. *Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999*. Lisboa: INE.
- Monteiro, Maria Helena (2008) A telemedicina como um vector de profunda transformação no espaço da saúde e do bem-estar. *Actas VI Congresso Português de Sociologia*, Lisboa.
- Monteiro, Nuno Gonçalo (org.), José Mattoso (dir.) (2011) *História da vida privada em Portugal. A Idade Moderna*. Lisbon: Círculo de Leitores.
- Moon, Graham e Rosemary Gillespie (2002) *Society and Health. An introduction to social science for health professionals*. London: Routledge. [1995.]
- Moreira, Catarina Frade e Tânia Correia (2002) "Corpos velados - uma abordagem à mutilação genital feminina", in: Maria Engrácia Leandro et al. (orgs.), *Saúde. As teias da discriminação social*, pp. 91-111. Braga: Universidade do Minho, ICS.
- Moura, Erly et al. (2017) Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de género, Brasil, 2014. *Ciência & Saúde Coletiva* 22,1: 291-300.
- Mozzicafreddo, Juan (2000) *Estado-providência e cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta.
- Namora, Fernando (1978) *Retalhos da vida de um médico*. 2 vols. Amadora: Livraria Bertrand.
- Nascimento, Dilene Raimundo do e Diana Maul de Carvalho (orgs) (2003) *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo.
- Neto, André Pereira et al. (2014) O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 22, supl.: 1653-1671.
- Neto, Cecília e Fátima Alves (2012) A experiência subjetiva com a doença mental. O caso da depressão. *Sociologia, Problemas e Práticas* 70: 111-129.
- Nettleton, Sarah 1995/2006 *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nichter, Mark e Margaret Lock (org.) (2002) *New Horizons in Medical Anthropology; Essays in Honour of Charles Leslie*. London: Routledge.
- Nightingale, Florence (1997) *Florence Nightingale. Letters from the Crimea 1854-1856*. Edição organizada por Sue M. Goldie. Manchester: Mandolin.
- Nogueira, Fátima (1999) Dos lugares da cura: A perspectiva sociológica na organização hospitalar. *Fórum Sociológico* 1/ 2: 131-37.

- Nogueira, H. e Paula Remoaldo (2010) *Olhares geográficos sobre a saúde*, Lisboa: Colibri.
- Nogueira, Roberto Passos (2003) A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface* 7, 12: 185-190.
- Nossa, Paulo Nuno S. (2001) *Geografia da Saúde. O caso da Sida*. Oeiras: Celta.
- Nunes, Berta (1997) *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim do Século.
- Nunes, João Arriscado (2006) *A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Nunes, João Arriscado (2009) Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 87: 143-169.
- Nunes, João Arriscado (2011) Os mercados fazem bem à saúde? O caso do acesso aos cuidados. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 95: 137-153.
- Oliveira, Joel (2011) *Exclusões sociais na doença mental: o caso da esquizofrenia e da depressão*. Dissertação de Mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais. Covilhã: UBI.
- Oliveira, Joel e Amélia Augusto (2012) A doença mental enquanto vulnerabilidade à exclusão social, in: Alice Delerue Matos e Maria Johanna Schouten (orgs), *Saúde: sistemas, mediações e comportamentos*, pp. 29-49. Vila Nova de Famalicão: Húmus.
- Orwell, George (1962) *The road to Wigan Pier*. Harmondsworth: Penguin. [1937.]
- Osborn, Sally (2014) Gout gets even. *History Today* 64, 4.
- Ostlin, Pirooska (2002) Gender perspective on socioeconomic inequalities in health, in: Mackenbach, Johan e Martijntje Bakker (orgs.), *Reducing inequalities in health. A European perspective*, pp. 315-324. London: Routledge.
- Oudshoorn, Nelly (1998) Hormones, techniques et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1948). *Annales* 53: 775-794.
- Owen, Norman (org.), *Death and disease in Southeast Asia: Explorations in social, medical and demographic history*. Singapore: Oxford University Press for Asian Studies Association of Australia.
- Pais, José Machado (1994) *Sousa Martins e suas memórias sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Pais, José Machado, Manuel Villaverde Cabral (org.) et al. (2003) *Condutas de risco, práticas culturais e atitudes perante o corpo. Resultados de um inquérito aos Jovens Portugueses*. Oeiras: Celta.
- Parsons, Talcott (1939) Professions and social structure, *Social Forces* 17: 457-467.
- Parsons, Talcott (1951) *The social system*. Glencoe: Free Press.
- Peralta, Robert L. (2003) Thinking sociologically about sources of obesity in the United States. *Gender Issues* 21, 3: 5-16.
- Pereira, Pedro (2015) Antropologia da saúde: um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde. *Revista de Antropologia Experimental* 15, 3: 23-46.
- Perez, Rosa Maria (1996) Corpos impuros. Mulheres e intocáveis na Índia, in: Almeida, Miguel Vale de (org.), *Corpo presente. Treze reflexões antropológicas sobre o corpo*, pp. 45-53. Oeiras: Celta.
- Platt, Stephen, et al. (org.) (1993) *Locating health. Sociological and historical explorations*. Aldershot: Avebury.
- Porter, Dorothy (1999) *Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge.
- Porter, Roy (1999) *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present*. London: Fontana [1997.]

- Porter, R.S. (1999) Western medicine and pain: historical perspectives, in: R.S. Porter e J.R. Hinnells (orgs.), *Religion, Health and Suffering*, pp 364-380. London: Kegan Paul.
- Porter, Roy (2003) *Madness. A brief history*. Oxford: Oxford University Press.
- Porter, Roy e Mikulas Teich (orgs.) (1994) *Sexual knowledge, sexual science. The history of attitudes to sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Portugal, Sílvia (2005) “*Quem tem amigos, tem saúde*”: O papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. Oficina do CES, Coimbra <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/235.pdf>
- Prazeres, Vasco (2004) Tratar da vida, tratar do corpo: masculinidades e políticas de saúde, in: Lígia Amâncio (org.), *Aprender a ser Homem. Construindo masculinidades*, pp. 121-141. Lisboa: Horizonte.
- A problemática da deficiência. Um olhar a partir da Beira Interior* (2003). Covilhã: Universidade da Beira Interior
- Quintela, Maria Manuel (2002) Banhos que curam: Práticas termiais em Portugal e no Brasil. *Etnográfica* 7, 3: 171-185.
- Ragoné, Heléna e Sharla K. Willis (2000) Reproduction and assisted reproductive technologies, in: G. Albrecht et al., *Handbook of social studies in health and medicine*, pp. 208-322. London / New York: Sage.
- Ramdas, Sahiensehadebie, Sjaak van der Geest, e Henk D.F.H. Schallig (2016) Nuancing stigma through ethnography: the case of cutaneous leishmaniasis in Suriname, *Social Science & Medicine* 151: 139 -146.
- Raposo, Hélder (2009) Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna. *Análise Social* 193: 747-765.
- Raposo, Hélder, et al. (2008) *Medicamentos e pluralismo terapêutico: reflexões metodológicas*, comunicação no VI Congresso Português de Sociologia, Lisboa.
- Raupp, Luciane e Rubens Adorno (2015) Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúde e Sociedade* 24, 3: 803-815.
- Reis, Maria de Lourdes Lourenço dos (2004) *Representação social do enfermeiro especialista em saúde comunitária no Hospital Amato Lusitano*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Universidade da Beira Interior.
- Rivers, W.H.R. 2001. *Medicine, magic and religion*. London: Routledge. (Routledge Classics) [Original: Fitzpatrick Lectures 1915.]
- Rocha, Rita Godoy, Débora Pereira & Thaísa Dias (2013) O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. *Saúde e Sociedade* 22, 2: 554-565.
- Rodrigues, Elisabete (2011) Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: um retrato nacional. *Saúde e Tecnologia*, Novembro. Pp. 24-31.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (2002) *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta [1997.]
- Saberes Médicos e práticas terapêuticas nos espaços de colonização portuguesa. (2004) *Manguinhos* 11, Suplemento 1. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz.
- Sachs, Oliver (1985) *The man who mistook his wife for a hat*. London: Picador.
- Sacramento, Octávio e Fernando Bessa Ribeiro (2016) *Planeta SIDA. Diversidade, Políticas e Respostas Sociais*. Famalicão: Húmus.
- Sakellarides, C. (2001) De Alma Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Cuidados de Saúde Primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático nº 2: 101-108.
- Sampaio, Maria Leonor (2006) A profissão médica no quadro da modernidade reflexiva. *Fórum Sociológico* 15/16: 51-65.

- Santana, Paula (1992) Sistemas de saúde na Europa; Estudo comparativo em oito países da Comunidade Europeia. *Cadernos de Geografia* 11: 93-105.
- Santinho, Cristina (2012) A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Fórum Sociológico* 22: 73-81.
- A Saúde em diagnóstico. *Fórum Sociológico* 11-12. Lisboa: Universidade Nova 2004.
- Schiebinger, Londa (1994) Mammals, primatology and sexology, in: Roy Porter e Mikulas Teich (orgs.) *Sexual knowledge, sexual science. The history of attitudes to sexuality*, pp. 184-209. Cambridge University Press.
- Schlumbohm, Jürgen (2002) Comment l'obstétrique est devenue une science. La maternité de l'Université de Göttingen, 1751-1830. *l'Homme* Junho: 18-30.
- Schlumbohm, Jürgen (2012) *Lebendige Phantome. Ein Entbindungshospital und seine Patientinnen, 1751-1830*. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Schouten, Maria Johanna (2011) *Uma sociologia do género*. Famalicão: Húmus.
- Schouten, Maria Johanna (2012) Stress e uso do tempo no espaço doméstico, in: Alice Delerue Matos e Maria Johanna Schouten (orgs), *Saúde: sistemas, mediações e comportamentos*, pp. 91-108. Famalicão: Húmus.
- Schwartz, Howard D. (1994) *Dominant issues in medical sociology*. McGraw-Hill.
- Shlomowitz, Ralph (1997) Height, health and history. *Itinerario* 21: 158-159.
- Silva, Carlos Alberto da (2002) A problemática dos domiciliados crónicos e sua acessibilidade à prestação de cuidados de saúde, in: Maria Engrácia Leandro et al. (orgs.), *Saúde. As teias da discriminação social*, pp. 35-46. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.
- Silva, Carlos Alberto Borges da e Maria da Penha Vasconcellos (2013) Da doença ao milagre: etnografia de soluções terapêuticas entre evangélicos na cidade de Boa Vista, Roraima. *Saúde e Sociedade* 22, 4: 1036-1044.
- Silva, Filipe Carreira da (org.) (2013) *Os portugueses e o Estado-Providência*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Silva, Luísa Ferreira da (2012) O destino como projeto? Racionalidades leigas de promoção da saúde. *Fórum Sociológico* 22.
- Silva, Luísa Ferreira da e Fátima Alves (2002) A saúde das mulheres em Portugal, in: Maria Engrácia Leandro et al. (orgs.), *Saúde. As teias da discriminação social*, pp. 165-179. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.
- Silva, Maria Carreira da (1996) O suq das vaidades. Escolhas e performances corporais femininas em Marrocos, in: Miguel Vale de Almeida (org.), *Corpo presente. Treze reflexões antropológicas sobre o corpo*, pp. 54-71. Oeiras: Celta.
- Silva, Mariana Vieira da (2012) Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas* 69: 121-128.
- Silva, Luísa Ferreira da (2013) Desigualdades sociais e saúde. In: Fátima Alves (coord.) *Saúde, medicina e sociedade. Uma visão sociológica*. Lisboa: Pactor. pp. 25 - 29.
- Silva, Pedro Alcântara da (2004) Os mass media como elemento central nas políticas de saúde. *Forum Sociológico* 11-12: 47-74.
- Silva, Pedro Alcântara da (2011) *Saúde nos Mass Media*. Lisboa: Mundos Sociais.
- Silva, Pedro Alcântara da e Manuel Villaverde Cabral (2010) *A Adesão à Terapêutica em Portugal Atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

- Simões, Joaquim (2001) *Género e enfermagem. Da tradição no feminino ao presente no masculino*, dissertação de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, não publicada. Universidade Aberta.
- Simões, Joaquim e Lígia Amâncio (2004) Género e enfermagem: Um estudo sobre a minoria masculina., *Sociologia, Problemas e Práticas* 44: 71-81.
- Smith-Rosenberg, Carroll and Charles E. Rosenberg (1999) The female animal: medical and biological views of Woman and her role in nineteenth-century America, in: Judith Walzer Leavitt (org.) *Women and health in America*, pp. 111-130. Madison: University of Wisconsin Press.
- Soares, Daniela (2008) *Ser portador da doença Machado-Joseph: Análise de um estigma*. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia, FCSH, Universidade Nova de Lisboa, Junho de 2008.
- Sobral, José Manuel et al. (2009) *A pandemia esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Sontag, Susan (1977) *Illness as metaphor*. New York: Allen Lane.
- Sontag, Susan (1988) *AIDS and its metaphors*. Harmondsworth: Penguin. [em português: *A doença como metáfora e a Sida e as suas metáforas*, Quetzal 1998.]
- Stein, Philip L. e Bruce M. Rowe (1989) *Physical anthropology*. 4th edition. McGraw-Hill.
- Stevens, Trudy (2009) Time and midwifery practice, in Christine McCourt (org.), *Childbirth, midwifery and concepts of time*, pp. 104-125. New York/Oxford: Berghahn.
- Strathern, Marilyn (1991) Parentesco por iniciativa: a possibilidade de escolha dos consumidores e as novas tecnologias da reprodução. *Análise Social* 114: 1011-1022.
- Stronks, Karien (2002) The Netherlands, in: J. Mackenbach e M. Bakker (orgs.) *Reducing inequalities in health. A European perspective*, pp. 249-261. London: Routledge.
- Taubes, Gary (2007) Do we really know what makes us healthy? *The New York Times* 16-09.
- Thiaudière, Claude (2002) *Sociologie du sida*. Paris: Éditions La Découverte.
- Toledo, Lidiane et al. (2017) À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social - uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* 22,1: 31-42.
- Torres, Eduardo Cintra (2013) Representações das demências na imprensa, *Sociologia Problemas e Práticas* 73: 9-33.
- Trakas, Deanna J. (2009) The belly beautiful: Unveiling the pregnant body. *Medische Antropologie* 21,1: 53-73.
- Turner, B.S. (1992) *Regulating bodies: essays in medical sociology*. London: Routledge.
- Valentim, Artur (1998) Droga e toxicodependência nas representações de párocos e médicos. *Análise Social* 145: 55- 90.
- Van der Geest, Sjaak (2007) Is it possible to understand illness and suffering? *Medische Antropologie* 19, 1: 9-21.
- Vaquinhas, Irene (2000) "Senhoras e mulheres" na sociedade portuguesa do Século XIX. Lisboa: Colibri. ["Alguns aspectos da elegância e da beleza femininas nos finais do século XIX", pp. 53- 79.]
- Vaz, Júlio Machado (1997) Antropologia médica: Guarda avançada ou guardiã do templo? in: Vítor Oliveira Jorge e Raúl Iturra (orgs.), *Recuperar o espanto: O olhar da antropologia*, pp. 53-65. Porto: Edições Afrontamento.
- Veblen, Thorstein (1975) *The theory of the leisure class*. New York: Augustus M. Kelley. [1899.]
- Veloso, Carlos (1992) *A alimentação em Portugal no século XVIII*. Coimbra: Minerva.

- Vieira, Cristina e Luísa Ferreira da Silva (2002) "Práticas quotidianas de alimentação", in: Maria Engrácia Leandro et al. (orgs.) *Saúde. As teias da discriminação social*, pp. 113-117. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.
- Villani, Michela e Patrick Bodenmann (2017) FGM in Switzerland: between legality and loyalty in the transmission of a traditional practice. *Health Sociology Review* 26, 2: 160-174.
- Walker, Tim 2015 The Bad American Habits I Kicked in Finland *The Atlantic* 4.2.2015 <http://www.theatlantic.com/international/archive/2015/02/five-bad-american-habits-i-kicked-in-finland/385140/>
- Weber, Max (1922) *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr. [1905-1919].
- Weiss, Gregory e Lynne E. Lonnquist (1996) *The sociology of health, healing, and illness*. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall.
- White, Joanna e Maria Johanna Schouten (2014) Normal birth as a cultural phenomenon. *Normal Birth: Experiences from Portugal and Beyond / O Parto Normal: Experiências de Portugal e Além-fronteiras*. Braga: CICS e Lisboa: CRIA. http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/view/132
- White, Joanna e Maria Johanna Schouten (orgs.) (2014) *Normal Birth: Experiences from Portugal and Beyond / O Parto Normal: Experiências de Portugal e Além-fronteiras*. Braga: CICS e Lisboa: CRIA. http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/view/132
- Witz, Anne (1992) Gender and professional projects in the medical division of labour, in *Professions and patriarchy*. London: Routledge.
- World Health Organization (1980) *The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO.