

\* Artigo Original

## **Protagonismos alternativos em saúde – contexto teórico de uma pesquisa compreensiva**

### **Rosário Rosa**

Investigadora no CEMRI – Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais/FCT/UAb e ONVG/FSCH-UNL, Portugal.  
rosarior@netcabo.pt

### **Fátima Alves**

Professora na Universidade Aberta e Investigadora do CEMRI – Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais/FCT/UAb, Portugal.  
fatimaa@univ-ab.pt

### **Luisa Ferreira da Silva**

Professora no ISCSP-UTL e investigadora do CAPP – ISCSP e FCT, Portugal.  
luisafs@iscsp.utl.pt

DOI:10.3395/reciis.v5i4.554pt

### **Resumo**

A emergência de sistemas de saúde alternativos dá lugar ao pluralismo de cuidados que corresponde a construções reflexivas de percursos que estão para lá da normatividade da medicina. Essas escolhas leigas correspondem a racionalidades distantes da razão da ciência ao constituírem-se como sistemas explicativos complexos que se referem à experiência subjetiva. Este artigo problematiza o fenómeno 'protagonismos alternativos nas trajetórias de saúde' entendido como as atitudes ativas de construir a própria saúde com recurso a abordagens que não se incluem na biomedicina. O que leva os indivíduos a procurar sistemas 'alternativos' para promover a saúde e lidar com a doença? Como integram esses sistemas no seu cotidiano e como os articulam com o sistema biomédico? Quais as racionalidades leigas que privilegiam na sua configuração explicativa e interventiva os sistemas alternativos? Sendo este fenómeno relativamente recente na sociedade portuguesa e praticamente não analisado sociologicamente, interessa-nos situar os pilares analíticos que baseiam a sua compreensão. Nesse sentido, retomamos as dicotomias clássicas que têm marcado o debate sobre a produção do conhecimento, nomeadamente sobre saúde/doença – diálogos entre ciência e senso comum; entre natureza e cultura; entre racionalidades médica e leigas.

**Palavras-chave:** Saúde; racionalidades leigas; medicinas alternativas; promoção da saúde

### **Introdução**

A saúde passou de algo que era recebido, quase uma herança familiar, para algo que se constrói no cotidiano. Na modernidade, a saúde adquire um valor e importância crescentes, em virtude da secularização da sociedade que faz com que os indivíduos, distantes das crenças religiosas de outros tempos que lhes prometiam a vida eterna, centrem as suas vidas no "aqui e agora" e se enfoquem na saúde como o meio privilegiado de prolongarem e de se relacionarem com a vida e com o bem-estar (Giddens, 2001; Turner, 1995). É fortemente valorizada nos discursos políticos e profissionais, bem como nos discursos leigos em que aparece imbricada na vida cotidiana individual como um "dever" de responsabilidade pelo estilo de vida (Herzlich e Pierret, 1991). A saúde impregna todas as dimensões da vida individual e coletiva - bem-estar, trabalho, vida familiar, cuidados com o corpo etc. - delineando relações intrincadas, enunciativas da complexidade das interações modernas entre estrutura e acção, objetividade e subjetividade.

As sociedades modernas exigem uma saúde reflexiva a ser projetada no seio de uma diversidade de referenciais sociais e culturais que se cruzam na construção das percepções, representações, atitudes e práticas. Na vida moderna, imbuída do biopoder como sistema de pensamento incorporado, a saúde é um espaço social de expressão da volatilidade pós-moderna, sujeita que está à reflexividade geradora de sensibilidades plurais com que os indivíduos negociam a construção da experiência. A expansão da tecnologia médica que permite antecipar estados de doença e monitorizar os riscos sobre a saúde, produziu um controlo acrescido, ao mesmo tempo que gera novas oportunidades para a acção e novos dilemas e escolhas conflitantes (Beck e Beck-Geinsheim 2002; Mendes 2007).

Nas últimas décadas emergiu o debate em torno de um novo estado de crise paradigmática na ciência, com as crescentes críticas e suspeições relativas aos riscos e aos benefícios dos progressos científicos e tecnológicos e situando a problemática das pontes entre o conhecimento científico e o conhecimento leigo (Bourdieu 2001; Berthelot 2000; Nunes 2002). No campo da medicina afirmam-se no espaço público organizações de leigos que questionam a racionalidade médica – umas a partir do interior do paradigma médico (associações de doentes e de usuários e outras que dele se afastam, orientando-se para paradigmas alternativos. No cruzamento da racionalidade científica biomédica que baseia o anúncio, a decisão e a avaliação das práticas, com as racionalidades leigas que apreendem a informação e a negociam com os constrangimentos sociais e culturais, encontramos um espaço amplo e plural de representações e práticas de saúde, impregnado de referenciais, constrangimentos e aparentes incoerências.

É no diálogo que põe em confronto os discursos estruturais de regulação oficial dos comportamentos de saúde com os discursos alternativos, que a agência individual constrói a saúde. Os posicionamentos dos atores, circulando entre os vários sistemas, são reveladores das racionalidades que baseiam as suas escolhas.

A nossa pesquisa tem como ponto de partida a distinção entre três tipos de racionalidades leigas de saúde: saúde – bem-estar passivo; saúde – comportamentos saudáveis; e saúde – construção (Silva 2008). Elegemos esta última categoria - a saúde entendida como autoconstruída - para aprofundar a compreensão sobre os sentidos plurais da agência leiga que protagoniza a construção da sua própria saúde. É no interior da saúde-construção que se situam os protagonismos alternativos como novas inscrições sociais que, na esfera das percepções e vivências da saúde, correspondem a atitudes e ações reflexivas.

Este texto corresponde ao enquadramento teórico da possibilidade do conhecimento dos protagonismos alternativos nas trajetórias de saúde. Está organizado em três partes que configuram três eixos analíticos: o primeiro dá conta das dicotomias entre ciência e senso comum, a fim de problematizar os 'novos' diálogos entre saberes na construção da saúde; o segundo problematiza as dicotomias entre natureza e cultura acentuando a procura e construção de saúdes holísticas; por fim, o terceiro enfoca o diálogo que socialmente se vem impondo entre a racionalidade médica (medicina enquanto instituição e não apenas profissão) e as racionalidades leigas que configuram escolhas alternativas.

### **Ciência e senso comum: novos diálogos entre saberes na construção da saúde**

A ciência constitui o principal alicerce do discurso social dominante, assente na "ideologia da competência" capaz de objetivar a realidade e reduzir o debate público (Gonçalves, 2000). Mas a ciência é também entendida como parte do problema, surgindo na comunidade científica e nos *media* a ideia de crise da ciência, através do reconhecimento dos riscos e das fragilidades a ela associados. A saúde já não se situa hoje apenas na relação médico - doente, mas cada vez mais numa construção subjetiva dos indivíduos a partir da pluralidade de discursos e da multiplicação de produtos disponíveis em que ciência e senso comum esbatem fronteiras num diálogo subjetivo, reflexivo, construído pelos próprios indivíduos na determinação das suas opções de cuidados de saúde.

O questionamento da ciência é acentuado pela massificação de acessos e consumos (Costa, 2002) próprios do pós-materialismo e que trouxe à ciência (e a biomedicina é um excelente exemplo disso) o debate entre as altas expectativas criadas e as crescentes suspeitas relativamente aos riscos/efeitos que ela comporta, ou ainda entre as suas capacidades de acção e a previsão das consequências de tais acções (Santos, 2000). Ao nível da ciência médica, a perda de poder regulador e normativo é consequência da exposição do risco e da incerteza médica, das expectativas a que não conseguiu corresponder e da distância do discurso médico assente numa atribuição de poder e autoridade que enfrenta crescentes resistências em tempos de crescente democratização (Lupton, 1994; Sharma, 1992; Siahpush, 2000; Webster, 2002)

Souza e Luz (2009) referem-se a este cenário como a " 'crise da medicina' [que] constitui um conjunto de fatores atuantes em diversos planos de significação, tanto em termos socioeconômicos como culturais, a saber: 'corporativo, pedagógico, ético, institucional, da eficácia institucional médica, do saber médico e da racionalidade médica'"(p.398) , que tem vindo a acontecer na medicina moderna pela coexistência contraditória de uma tripla divisão: entre ciência das doenças e arte de curar; entre diagnose e terapêutica; e no interior do agir clínico, da unidade relacional médico/paciente (Souza e Luz, 2009).

A medicina moderna ocidental, ao valorizar os saberes científicos sobre a doença que a objetivam,

reproduz as separações produzidas pela sua racionalidade, deixando espaço para a procura de outro tipo de racionalidades que legitimam a presença no espaço social de saberes alternativos – alternativos no sentido de sistemas e práticas não subordinadas ao paradigma biomédico e secularmente excluídas pelo sistema hegemônico que, só recentemente, começa a liquefazer as fronteiras da sua exclusividade.

As transformações no campo da saúde refletem a fragmentação da experiência, o consumismo, o individualismo e a esteticização da vida social pós-moderna. Aí se integra a expansão de muitas práticas médicas, espirituais e de relaxamento, que promovem um discurso de saúde com foco na ideia de um bem-estar global, positivo, mais próximo da natureza e da subjetividade do indivíduo. Estas práticas têm vindo a conquistar públicos outrora exclusivos da medicina tradicional (estima-se que entre 1/5 a 1/2 da população da Europa já tenha recorrido a este tipo de práticas (Fisher e Ward in Saks, 2001) . Ao contrário do conhecimento médico que se baseia exclusivamente na legitimidade da ciência, o saber leigo aceita também a autoridade da experiência (Robinson e Cooper, 2007:133).

As escolhas leigas alternativas são escolhas informadas com assento numa diversidade de fontes de informação (médicos e farmacêuticos, profissionais 'alternativos', redes sociais e bases eletrônicas, livros de autoajuda etc). Na crescente reflexividade das sociedades modernas, os indivíduos tornam-se mais informados e críticos dos saberes especializados, procurando, em alguns casos de forma ativa, alternativas para os seus cuidados de saúde.

### **Natureza e Cultura: a procura de uma saúde holística**

A emancipação em relação à natureza constituiu um elemento fundamental do projeto moderno de indivíduo, cuja racionalidade foi assumida como instrumento de corte e de distanciamento do mundo natural e do senso comum. O processo civilizador que marca a modernidade caracteriza-se pela negação da dimensão instintiva do homem, através da emergência da necessidade de autocontrole como meio eficaz de regulação da vida social (Elias, 1991). A razão assumiu, assim, o papel de garante da emancipação dos indivíduos relativamente à desordem da natureza. Na saúde, este processo de racionalização emancipadora expressa-se na afirmação da medicina moderna que excluiu as crenças (místicas, populares e religiosas) sobre a saúde e a doença, normalizando e regulando conhecimentos e disciplinando comportamentos e práticas (Foucault, 1976). Nas últimas décadas, este paradigma assente numa racionalidade cognitivo-instrumental tem sido crescentemente questionado, fazendo emergir perspectivas alternativas que tentam interligar os mundos da ciência com o dos saberes leigos, populares, incorporando a natureza e cultura, a emoção e a razão, num novo conhecimento emancipatório, ou novo senso comum (Santos, 2000).

No campo específico dos protagonismos alternativos de saúde, a literatura organiza-se em torno de dois eixos complementares. O primeiro eixo centra-se na ideia de um movimento cultural de distanciamento dos valores modernos, como o autocontrole e a racionalidade, com expressões de retorno ao que é percebido como natural e integral, questionamento das formas de autoridade clássicas e rejeição do que surge associado à "artificialidade" (Taylor, 1984). A popularidade atual das medicinas alternativas insere-se num movimento cultural mais amplo que, emergente na década de 1960, fundou uma corrente cultural que engloba práticas de saúde "new age" e afirmam uma nova versão de pessoa, mais próxima da natureza e das preocupações ambientais, capaz e responsável por manter, por si, a sua saúde física e mental perfeita. A procura das medicinas alternativas inscreve-se num contexto de transformações sociais mais amplas, de contracultura (de que fazem parte também os movimentos ecológicos e ambientalistas, e os movimentos feministas), sendo expressões de um distanciamento ou mesmo de uma rejeição de algumas das características dominantes nas sociedades ocidentais como o individualismo, a mecanização do corpo, a artificialidade, a poluição, ou mesmo a urbanização (Luz, 2005). As ideias de 'holismo', 'tratamento natural e a 'não-toxicidade', são atrativos importantes na procura e uso das medicinas alternativas (Bishop et al., 2007). Apesar das limitações na investigação empírica nesta temática, Siahpush (2000) realizou um trabalho importante de sistematização do estado da arte da Sociologia das medicinas alternativas, conseguindo sintetizar as principais razões de uso das medicinas alternativas: insatisfação com a medicina ortodoxa; insatisfação com a relação médico/doente; satisfação com a relação com os terapeutas das medicinas alternativas; emergência de novas filosofias ligadas a valores 'pós-modernos'; heterogeneidade das redes sociais dos utilizadores das medicinas alternativas; resposta a necessidades psicológicas/individuais.

O segundo eixo organiza-se em torno de um movimento de incorporação e reprodução dos ideais da cultura de consumo, valorizando uma noção de saúde associada ao bem-estar que privilegia a atividade, a conectividade, a reflexividade e a agência (Sointu, 2005). A procura das medicinas alternativas justifica-se por razões diversas (de tipo espiritual ou de cuidados com o corpo) mas com referência a uma atitude comum de "cuidar de si". A saúde é conceitualizada, por um lado, como o

estado natural do ser humano, um estado de harmonia e comunhão com a natureza e com o ambiente que se identifica com o bem-estar caracterizado por um sentimento de autoconforto. É acentuada a interdependência dos elementos (corpo, mente, tempo, ambiente, natureza) numa perspectiva próxima do que Luz tipifica como “paradigma da utopia da saúde”, um paradigma universalista e fragmentário, que abriga os paradigmas clássico e da vitalidade, numa utopia de saúde capaz de gerar movimento no individualismo (Carvalho e Luz, 2009:322 e 323).

As concepções do corpo surgem nos utilizadores de medicinas alternativas como holísticas, unindo corpo, mente e muitas vezes espírito. A saúde holística refere-se não apenas à saúde fisiológica do corpo mas também à experiência subjetiva que inclui a agência e o ‘empoderamento’ na relação com o corpo nas diversas situações da vida (Sointu, 2006). O entendimento holístico do sujeito procura respostas de saúde que concebiam e tratem dos corpos de forma *doce*, não invasiva, massificada ou fragmentária. A subjetividade do sujeito corporiza-se na identidade do corpo que procura um tratamento contextualizado dos seus modos de ser, de existir e de sentir. Nas medicinas alternativas os corpos são entendidos como capazes de capturar e expressar sentimentos e, deste modo, contar histórias diferentes daquelas que podem ser verbalizadas ou explicadas enquanto relatos de sintomas, como acontece na medicina convencional.

Na relação natureza/cultura, outra dimensão de problematização dos protagonismos alternativos de saúde é a vivência do tempo e das temporalidades. Fox (1999) foi um dos autores que se destacou na análise das temporalidades na saúde. Recorrendo a autores como Weber e Foucault, que associam a racionalização à história do capitalismo moderno, afirma a relevância do tempo e da temporalidade no controle dos indivíduos, pela “*imposição da cultura sobre a natureza desorganizada*” (p:10) e refere o sistema de saúde moderno como sendo equivalente a uma linha de montagem em que o doente é a matéria-prima, e o indivíduo curado, o produto.

As medicinas alternativas, ao distanciarem-se do processo de cura, desviam-se deste tempo *monocrônico*, focando os sujeitos nos seus contextos de vida e respeitando o seu tempo *poli-crônico*. No período moderno, o tempo *monocrônico* é prejudicial à saúde por ser linear, absoluto e restritivo (Hellman, *apud* Fox 1999). O tempo, um elemento estruturador e definidor das vidas dos indivíduos, é um recurso subjetivo que se pode constituir em instrumento de poder.

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

Com a proliferação das medicinas alternativas que efetuam um descentramento da ‘eficácia médica’ característica da medicina, para o foco na ‘satisfação do usuário’, a saúde ganhou espaço e ampliou a doença, tornando-a não localizável, extensiva a todos os espaços, físicos, metafísicos e mesmo virtuais. Os produtos de consumo e as práticas associadas às medicinas alternativas (óleos de massagem, fragrâncias, suplementos alimentares, produtos de limpeza ecológicos, produtos de higiene relaxantes e terapêuticos, almofadas ergonômicas) transformaram os espaços domésticos (cozinhas, casas de banho, frigoríficos, quartos), alterando as ‘geografias da saúde’ e ‘dos consumos de saúde’ (Doel e Segrott, 2003).

### **Objetividade e subjetividade: racionalidades em confronto**

Por racionalidades leigas entendemos as lógicas ‘práticas’ - no sentido de teoria da prática de (Bourdieu 2002) - de organização do pensamento que dão significado e sentido aos fenômenos da experiência, tendo como referência a ordem social e cultural e convocando as múltiplas dimensões onde a vida se desenrola (o natural, o mágico-religioso, o sócio-político, etc.).

É do ponto de vista da construção de significados simbólicos que o conhecimento leigo se opõe diametralmente ao conhecimento científico. A ciência, na procura da certeza objetiva e neutra, reduz os fenômenos às dimensões que consegue controlar, separando do seu campo analítico os contextos e os significados culturais. As racionalidades leigas tomam a saúde e a doença como fenômenos totais (Maus, 1985) e constituem-se em sistema de conhecimento que integra saberes provenientes de uma pluralidade de fontes, numa concepção holística que contrasta com o paradigma biomédico. A saúde leiga é uma saúde subjetiva que incorpora a informação científica, particularmente no que respeita à sua tradução em normatividade sobre as práticas, mas que se distancia dessa informação,

na medida em que a adapta às realidades contingenciais e estruturantes do mundo da vida (Silva, 2008).

Os processos de percepção, expressão e vivência da relação com o corpo são eminentemente sociais e culturais, refletindo a posição na estrutura social e as aprendizagens da socialização, condicionantes da interpretação que se faz da situação, bem como dos percursos e das acções que se decidem e encetam (Zola 1966; Silva 2008). Neste processo está implicada a reflexividade da experiência que utiliza múltiplas informações, incluindo o conhecimento científico, atualizadas nas interações sociais em que se negociam e discutem os percursos e as estratégias para promover a saúde e prevenir a doença (Lopes, 2007). Os itinerários protagonizados pelos indivíduos são assim significantes das concepções leigas em matéria de saúde.

Efetivamente, as configurações reveladas pela pesquisa atestam a irredutibilidade do saber leigo ao saber científico e suas produções, nomeadamente do ponto de vista da normatividade reguladora dos comportamentos (Silva 2008). A posição hegemônica que a biomedicina conquistou na luta com os outros sistemas interpretativos e terapêuticos, impõe-se como referência mas não eliminou esses outros sistemas de cuidados (Clamote 2006).

As relações entre conhecimento científico – feito de racionalidade linear - e conhecimento leigo – feito de racionalidades plurais - são relações de competição pelo poder de controlar versus expressar as emoções e a subjetividade cultural. É fundamental ter em conta, no entanto, que essa competição está marcada pela desigualdade do estatuto conferido ao conhecimento leigo pelas hierarquias de poder instituídas, que o relegam para a classificação discriminatória de crença, superstição ou ignorância. Os saberes leigos – populares ou profissionalizados – têm assim vivido numa semiclandestinidade que contribui ao silêncio acrescido sobre o recurso que a eles se faz. Na sociedade portuguesa, altamente estratificada e com um poder médico fortemente corporativo, esta questão é particularmente relevante.

Os sistemas de cuidados leigos alternativos, populares e profissionais, ganharam, no final do século XX, novas visibilidades e novos públicos. A agência leiga articula-os, no seu uso, com o sistema biomédico, apesar da oposição mais ou menos aberta da instituição que só lentamente abre mão do poder de exclusividade de cuidados que lhe foi reconhecido, fazendo uso de inúmeras estratégias para manter o controle. Na prática, os indivíduos recorrem quer aos profissionais da medicina, quer aos profissionais ‘alternativos’, quer aos que ‘têm dons e virtudes’, construindo itinerários plurais onde os diversos sistemas são convocados, não em oposição excludente, mas em complementaridade (Carapinheiro 2001; Lopes 2010; Alves 2010).

Interessa-nos portanto dirigir o olhar para as configurações de relações múltiplas e interdependentes que se traduzem em trajetórias de saúde e expressam as lógicas de produção de sentidos pelo conhecimento leigo. Lógicas que são plurais, ou seja, admitem várias possibilidades de relação entre causas e efeitos; são complexas pois convocam várias dimensões em simultâneo; e são influenciadas pela subjetividade que resulta da interiorização da cultura (Silva 2008; Alves 2011). O estudo das racionalidades leigas é o instrumento privilegiado de acesso à compreensão dos protagonismos alternativos de saúde.

### **Síntese conclusiva**

A saúde é uma realidade complexa e multidimensional que, na experiência quotidiana dos indivíduos, mobiliza referenciais plurais na construção das percepções, representações, atitudes e práticas. Não é apenas a instituição médica científica que comanda a produção de sentido, nas acções e interações em torno da saúde e da doença. Os sujeitos são agentes que interpretam o mundo social, sobre ele refletem e nele intervêm. No campo da saúde, a agência social tem retirado protagonismo à medicina ao mesmo tempo que afirma outras abordagens ‘alternativas’ da saúde.

A pesquisa sobre a saúde embate na dificuldade que é o silêncio do objeto. Ao contrário da doença, ou de outras dimensões da vida social que se projetam na organização social pela materialização da sua ação, pela sua dinâmica, pelo seu “acontecimento”, a saúde individual existe numa dimensão privada, frequentemente silenciosa, que apresenta resistências à verbalização, escondendo-se ora na expressão da ausência de sintomas de doença, ora na amplitude das percepções de felicidade e de bem-estar.

Outra dificuldade da abordagem sociológica da saúde relaciona-se com a sua diversidade, ou seja, com as possibilidades prismáticas da focagem do objeto. Não há uma definição universal de saúde: cada um de nós quer fazer qualquer coisa da sua vida e necessita para isso de uma saúde que lhe é particular (Dubos, 1963).

A Sociologia tem desenvolvido poucos estudos focados na perspectiva leiga da relação com a saúde, nomeadamente do ponto de vista da agência activa que afirma conscientemente a saúde como um projeto. Mais especificamente, está pouco explorado o significado do recurso às medicinas alternativas numa perspetiva de construção da saúde e não meramente de luta contra a doença.

No entanto, há que reconhecer que a maioria dos estudos sobre medicinas alternativas referenciados na literatura sociológica internacional (majoritariamente de origem anglo-saxônica) é de natureza teórica e os poucos que têm vindo a investigar empiricamente esta temática são majoritariamente estudos descritivos sobre os usos, consumos e perfis dos seus utilizadores, frequentemente circunscritos ao universo dos doentes com uma determinada patologia (Broom e Tovey , 2007; Tovey e Adams, 2003).

É no sentido de contribuir para colmatar essa falha no conhecimento da saúde como projeto moderno que constituímos como objeto de estudo os protagonismos leigos alternativos de construção da saúde enquanto fenómeno capaz de evidenciar os significados das racionalidades leigas enquanto saberes práticos construtores de sentidos subjetivos da saúde.

A reflexão sobre esse objeto delimitou como eixos de análise as problemáticas de: a) os novos saberes que se afirmam na construção da saúde b) a subjetividade da relação com a saúde que se constrói e c) a produção de sentido cultural como fundamento das racionalidades leigas de saúde. Neste quadro, os protagonismos alternativos de saúde anunciam-se como um movimento de síntese entre sistemas de valores e disposições culturais incorporadas, estruturadas e estruturantes (no sentido do *habitus* de Bourdieu) e tendências socializadoras mais marcadas pela contestação desses mesmos valores e pela abertura à multiplicidade capaz de integrar a dimensão subjetivo-cultural.

## Referências bibliográficas

ALVES, F. Racionalidades Leigas sobre Saúde e Doença Mental - um estudo no Norte de Portugal, In: FONTES, B. e col. (org) **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**, Recife, Editora Universitária UFPE, 2010. p. 25-69.

ALVES, F. **A Doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas de saúde e doença mental**, Porto, Afrontamento, 2011.

BERTHELOT, J.M. Os novos desafios epistemológicos da sociologia, **Sociologia, Problemas e Práticas**, 33, pp. 111-131, 2000.

BECK, U.;BECK-GEINSHEIM, E. **Individualization, Institutionalized Individualism and its social and Political Consequences**, Sage Publications, 2002.

BISHOP, F.L.;YARDLEY, L.;LEWITH, G.T. A Systematic Review of Beliefs Involved in the Use of Complementary and Alternative Medicine, **Journal of Health Psychology**; 12; 851, 2007.

BOURDIEU, P. **Esboço de Uma Teoria da Prática**, Oeiras, Celta, 2002

BOURDIEU, P. **Science de la Science et Réflexivité**, Paris, Raisons d'Agir, 2001.

BROOM,A.;TOVEY,P. The dialectical Tension Between Individuation and Depersonalization in Cancer Patients' Mediation of Complementary, Alternative and Biomedical Cancer treatments, **Sociology**, vo.4 (6):1021-1039, Sage Publications, 2007.

CARVALHO,M.C.V.S.;LUZ,M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação, **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.29, p.313-26, abr/jun, 2009.

CARAPINHEIRO, G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajectórias sociais e realidades formais, **Etnográfica**, v.V, n.2, p.335-358, 2001.

CLAMOTE,T. Pluralismo medico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais.In: CARAPINHEIRO, G. (Org.)**Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas**, pp: 197-240, Lisboa, Pé de Página Editores, 2006.

CORNWELL, J. **Hard-earned lives**, London, Tavistock Publications, 1984.

COSTA, A. F; Ávila, P.; Mateus, S. **Públicos da Ciência em Portugal** , Lisboa, Gradiva,2002.

DOEL, M.A.; SEGROTT, J. Beyond belief? Consumer culture, complementary medicine, and the dis-

- ease of everyday life, **Environment and Planning D:Society and Space**, vol.21, p.739-759, 2003.
- DUBOS, R. La santé et la condition humaine, **Prospective** nº 10, Dez., p.35-56, 1963.
- ELIAS, N. **La Société des Individus**, Paris, Fayard, 1991 (ed. francesa).
- FOUCAULT, M. **Histoire de la Sexualité, 1. La Volonté de Savoir**, Paris, Gallimard, 1976.
- FOUCAULT, M. **Naissance de la Clinique**, Paris, P.U.F., 1963
- FOX, N.J. Os Tempos dos Cuidados de Saúde, Poder, controlo e resistência, **Sociologia – Problemas e Práticas**, nº29, pp.9-29, 1999.
- GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade Pessoal**, Oeiras, Celta, 2ª edição, 2001 (1991 1ªed.)
- GONÇALVES , M.E. (org.) **Cultura Científica e Participação Pública**, Oeiras, Celta, 2000.
- HERZLICH, C. ; Pierret, J. **Malades d'hier, malades d'aujourd'hui**, Paris, Payot, 1991 (1ª ed. 1984).
- LOPES, N. M. Automedicação: algumas reflexões sociológicas, **Sociologia - Problemas e Práticas** (37): 141-165, 2007
- LOPES, N. M.(Org.) **Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e lógicas sociais em mudança**, Biblioteca das Ciências Sociais/Sociologia/78, 2010.
- LUPTON, D. Doctors in the news media: lay and medical audiences' responses, **Journal of Sociology**; 34; 35, 1994.
- LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do séc.XX, **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro 15 (suplemento): 145-176, 2005.
- LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**, São Paulo, Hucitec, 2003.
- MAUSS, M. **Sociologie et anthropologie**, Paris, PUF Quadrige, 1985.
- MENDES, F. R. P. **Futuros antecipados - Para uma sociologia do risco genético**, Porto, Afrontamento, 2007.
- NUNES, J. A. Risco e incerteza na Biomedicina e na saúde: uma biopolítica para o século XXI? In: E. M. (org.) **Ciencia y Tecnologia de Portugal y España ante el Tercer Milenio** Madrid, Nuevo Milenio: 387 – 390, 2002
- ROBISON, A.; COOPER,S. Trusted Information Sources: The Preferred Option for Complementary and Alternative medicine Users, **Complementary Health Practice Review**, vol.12, nº2, Abril, 2007.
- SAKS, M. Alternative Medicine and the Health Care Division of Labour: Present Trends and Future Prospects, **Current Sociology**, vol.49 (3), Sage Publications, pp.119-134, 2001
- SANTOS, B S. **A Crítica da Razão Indolente. Contra o Desperdício da Experiência**, Porto, Afrontamento, pp. 53-110, 2000.
- SHARMA, U. **Complementary medicine today: Practitioners and patients** . London: Routledge, 1992.
- SIASHUP, M.. A critical Review of the Sociology of Alternative medicine: Research on Users, Practitioners and the Orthodoxy, **Health** (London); 4; 159, 2000.
- SILVA, L.F. **Saber Prático de Saúde, As lógicas do saudável no quotidiano** Porto, Afrontamento, 2008.
- SOINTU, E. Healing Bodies, Feeling Bodies: Embodiment and Alternative and Complementary Health Practices, **Social Theory &Health**, 4, 203-220, 2006a.
- SOINTU,E. The rise of an ideal: tracing changing discourses of wellbeing, **The editorial Board of the Sociological Review**, 2005.
- SOUZA ,E.F.A.A.; LUZ,M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas, **História**,

**Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, abr-jun, p.393-405, 2009.

TAYLOR, R.C.R. Alternative medicine and the medical encounter in Britain and the United States. In: J.W. Salmon (Ed.), **Alternative medicines: Popular and policy perspectives**, pp. 191-228. New York: Tavistock, 1984.

TOVEY, P.; ADAMS, J. Nostalgic and Nostophobic Referencing and the Authentication of Nurses' Use of Complementary Therapies', **Social Science and Medicine** 56: 1469-80, 2003.

TURNER, B.S. **Medical Power and Social Knowledge**, Londres: Sage Publications, 1995.

WEBSTER, A. Innovative Health Technologies and the Social: redefining Health, Medicine and the Body, **Current Sociology**, vol.50 (3):443-457, Sage Publications, 2002.

ZOLA, I. K. Culture and symptoms - an analysis of patients' presenting complaints. **American Sociological Review**, v.31, n.5, p.615-630, Nashville, 1966.