



SOCIEDADE  
CRISE E RECONFIGURAÇÕES

# VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde

---

“TER SAÚDE” NA ÚLTIMA FASE DA VIDA: LÓGICAS DO SABER LEIGO

---

GOMES, Inês

Mestre em Saúde Pública

Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa

inesgomes@fcsh.unl.pt

---

MARQUES, António Manuel

Doutorado em Psicologia Social

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

antonio.marques@ess.ips.pt

---

FERNANDES, Ana

Doutorada em Sociologia

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa

ana.alexandre@iscsp.utl.pt

---



## Resumo

O mundo contemporâneo da saúde reúne características que permitem a produção de contextos sociais plurais, por vezes com elementos contraditórios entre si. Nestes, cada indivíduo constrói o seu espaço singular face à saúde, apropriando-se e recriando no seu quotidiano o material social que lhe é mais significativo. Esta acção criativa expressa um território de decisão e transformação importante, a que acresce ainda a diferença de expressão da saúde por associação a cada etapa do trajecto de vida. Cada tempo social de vida confere um pano de fundo único na compreensão das lógicas que movem as práticas e o pensar sobre a saúde individual. Na velhice, a leitura realizada sobre as mudanças fisiológicas ocorridas determina a progressiva alteração de necessidades, do tipo de problemas que podem surgir, assim como a percepção que cada indivíduo desenvolve sobre a sua condição, recursos necessários e estratégias de actuação adequadas. Nesta fase, ocorrem igualmente significativas mudanças ao nível da estrutura familiar, actividade económica e redes sociais, com potenciais efeitos na saúde, assim como no tipo de utilização dos recursos sociais disponíveis. O ter saúde é uma noção subjectiva em permanente mudança, construída no confronto dinâmico entre as disposições sociais dominantes ou mesmo residuais sobre o significado de ser saudável. Constitui assim um elemento micro de leitura das lógicas sociais que estabelecem a condição pessoal perante a saúde num certo tempo da vida, num determinado tempo sócio-histórico. Por outro lado, o progressivo aumento da esperança de vida tem vindo a permitir o aparecimento de uma última idade temporalmente mais longa, com a possibilidade de ser vivida com mais saúde. Esta expectativa social permite o desenvolvimento de novas lógicas em torno da noção de saúde pessoal, que importa analisar. Com base na realização de entrevistas junto de mulheres e homens em idade mais avançada, procurou-se apreender e explorar as lógicas que suportam à construção das suas noções pessoais de saúde no seu tempo actual de vida.

## Abstract

Presently, the social dimension of health presents characteristics that allow the creation of social contexts that are plural, due to their wider social diversity and sometimes even conflicting elements. Each individual has to deal with this social plurality in his everyday life, as a result of the complex dynamics between the social structures and the individual agency. Health practices and representations present multiple and different levels of intensity, frequency and meaning. Also, the different stages of the life course add cultural and social specificities that influence the way each individual builds his own health living. At old age, the social and cultural understanding of the inner physiological, psychological, functional and social changes influences the social problems' perception, the practices, as well as the individual concept of what is to be healthy. Also, important social changes happen at this stage in life, mainly at the family structure, economic activity and social support, with probable consequences on the health self-perception. Therefore, the self-perception of health is a dynamic social construction. It is grounded on a specific context and it is culturally bounded. The increasing life expectancy also brought important social changes. The enlargement of human life allows people to live more and with better health. Therefore, understanding the way people conceive their own health condition is crucial to reveal the different social logics that support the individual action. Through the conduction of in-depth interviews with elderly women and men, the communication aims at apprehending and analysing the social rational that supports the personal notions of "being healthy".

Palavras-chave: Percepção subjectiva de saúde, saber leigo, velhice, entrevista  
Keywords: Self-perception of health; lay knowledge, elderly, interview

PAP0474



## **Introdução**

Actualmente na discussão sobre saúde e envelhecimento, em especial em encontros científicos no campo da saúde, é frequente depararmo-nos com comunicações que referem pessoas que, apesar de clinicamente doentes, muitas vezes com severidade, afirmam ter “uma boa saúde”.

Socialmente, esta “contradição” é apreciada; valoriza-se a pessoa que, em idade avançada, afirma um olhar positivo, ou mesmo optimista, sobre o seu estado de saúde. Este afirmar chama mais a atenção do que aquele em que o indivíduo, ao experienciar vários problemas, refere uma má saúde ou, não tendo problemas de maior, reporta uma boa saúde.

Para além da curiosidade que é demonstrada pelo referido paradoxo, igualmente resulta claro no discurso médico um maior interesse pela avaliação leiga do que seja o estado de saúde. Este foi o ponto de partida para o presente trabalho, no qual se procurou reflectir sobre a percepção subjectiva da saúde no período da velhice na sua ligação com a estrutura social contemporânea, em especial com aquela que permite e incentiva essa mesma expressão subjectiva.

Com base em entrevistas a mulheres e homens que se encontram no período da velhice procurou-se analisar os dados obtidos sobre o auto-conceito de saúde à luz dos movimentos sociais que enquadram a pós-modernidade. As entrevistas foram realizadas na cidade de Lisboa, a utilizadores de um centro de dia que proporciona actividades recreativas e de lazer, em Maio de 2010. Foram realizadas no âmbito de um estudo exploratório que tinha como objectivo apoiar a clarificação da problemática de investigação<sup>1</sup>. Essencialmente, pretendia-se aceder a narrativas sobre a experiência de saúde na velhice que informassem as dimensões de leitura do problema de investigação, pelo que se optou por um entrevista não-directiva (Ruquoy, 2005). A narrativa sobre o estado de saúde e os respectivos ambientes de influência surgiu, por isso, de forma espontânea, não correspondendo a dados obtidos de forma sistematizada junto dos participantes. Não obstante, o interesse da informação obtida desafiou à reflexão sobre a mesma, pelo ensaio de hipóteses de ligação com alguns aspectos da estrutura social contemporânea.

Assim, inicia-se com uma breve resenha das condições sociais e políticas que permitiram o aparecimento e o desenvolvimento da expressão subjectiva sobre a saúde, para depois procurar ligar este tema com características sociais actuais da geração mais velha.

### **I. Conceito de saúde e subjectividade**

Saúde e doença são conceitos contextuais, ou seja, influenciados por múltiplos factores de contexto (Lawton, 2003), surgindo interligados no seu desenvolvimento sócio-histórico.

Um dos factores que mais terá contribuído para o desenvolvimento de um olhar pessoal sobre a saúde foi o aparecimento de outros modelos de entendimento sobre a saúde e sobre a doença, para além do modelo biomédico. Este último, ao considerar a definição de saúde e de doença exclusivamente por parâmetros objectivamente verificáveis, de que é exemplo a famosa expressão de Boorse: “a avaliação sobre a doença é valorativamente neutra” (Boorse, 1977, p. 542), afasta a possibilidade de expressão subjectiva nestes domínios ou, pelo menos, não a incentiva ou lhe reconhece utilidade. O fenómeno da medicalização que define e acompanha o período moderno (Frank, 1995) e que marca indelevelmente a relação dos indivíduos com a saúde, homogeniza a experiência individual em categorias, sintomas e sinais, retirando espaço à subjectividade, ou seja, à individualidade e unicidade do sentir. O fenómeno da medicalização cria assim desincentivos à expressão do saber leigo, afastando-o progressivamente dos palcos principais, como seja a relação médico-doente. Perante esta perspectiva, o estado de saúde ou de doença de cada um é definido externamente, por apelo a critérios muitas vezes não acessíveis ou compreensíveis para os próprios. De facto, e no período moderno, a versão da doença e da saúde que triunfa sobre todas as outras é a narrativa médica (Frank, 1995). Para este autor, as restantes narrativas são analisadas por confronto com esta, surgindo assim a narrativa leiga num plano claramente secundário.

O desenvolvimento da noção de saúde enquanto direito, em especial na segunda metade do séc. XX, cria um contexto que fomenta a proximidade social ao tema. O alargamento da intervenção pública na saúde das populações e a defesa do carácter universal e equitativo da sua distribuição social consagra a saúde, inequivocamente, como um bem comum (Resende, 2005), com um sentido conquistado de democraticidade. Em reflexão, os níveis de análise e exigência sociais face ao comportamento governamental nesta matéria crescem e complexificam-se. A saúde pessoal torna-se uma exigência perante as oportunidades e os recursos que uma sociedade tem para oferecer, mas não só. Torna-se também um dever (Adam & Herzlich, 1994) a que indivíduos e grupos devem responder; a saúde desenha-se como um recurso que deve ser protegido e promovido, multiplicando-se as propostas de estilos de vida a isso conducentes. A saúde torna-se um campo de forte escolha e interpretação individual.

A forma como a saúde foi ganhando expressão nos domínios público e privado não seguiu, contudo, o mesmo passo. O aparecimento e desenvolvimento dos sistemas sociais no pós-segunda guerra, assente na crença primeira de que estes teriam capacidade suficiente para resolver os problemas de saúde das populações, concentrou as atenções sobre os mesmos. As ciências sociais investem na análise dos sistemas de saúde, sobressaindo os aspectos mais sociais da saúde (Herzlich, 2004). Este enfoque esbate-se com o contínuo revelar da desigualdade social face à saúde nas suas mais diferentes formas (Herzlich, 2005; Lucas, 1987). As fortes críticas sociais ao funcionamento dos sistemas de saúde, traduzidas em inúmera investigação neste campo, mudam o enfoque, abrindo espaço a um olhar privado sobre a saúde e a doença (Herzlich, 2004). As narrativas leigas de saúde ganham um contexto mais promotor do seu desenvolvimento.

A progressão para a ideia da inexactidão da ciência no último terço do século XX vem revolucionar a base social de entendimento na área da saúde (Drusini, 2006). A aceitação de um conhecimento inexacto permite desbloquear o positivismo anterior, criando espaços no tecido social de interpretação, escolha e mesmo imprevisibilidade. No quotidiano individual, esta tendência é também ela incontornável. Os indivíduos confrontam-se com uma vida social aberta, com uma pluralização de contextos de acção e com diversas autoridades (Giddens, 1994), pelo que o que se escolhe para integrar o quotidiano tem uma importância crescente no encontro da identidade pessoal. Neste jogo, ocorrem alterações na forma como cada pessoa olha a sua própria saúde, criando-se caminho para a experiência e afirmação de uma maior subjectividade.

A integração de dimensões subjectivas na forma de conceptualizar a saúde implica considerá-la como uma característica subjectiva, ou seja, ser saudável é – antes de tudo – *sentir-se* saudável (Ide, 2002). Para o citado autor, o sentir-se saudável não se define pela negativa, ou seja, por não se sentir perturbação, mas sim quando alguém se sente bem, em paz, preparado para agir, com um corpo que responde sem queixa. A experiência actual do corpo é assim determinante no que possa ser a percepção subjectiva de cada um. De acordo com esta perspectiva, denominada de biopsicosocial, o conceito de saúde possui historicidade. Para além de um tempo e de um espaço, que lhe conferem especificidade cultural, aquilo que cada indivíduo já viveu influencia a forma como vai sentir e agir perante as suas experiências futuras (Ide, 2002), não existindo pois, retornos puros ao estado anterior, mas antes a reconstrução da identidade, pela integração da experiência e construção de novas práticas, saberes e expectativas. A relação médico-doente apresenta progressivamente mudanças, numa procura da qualidade nos cuidados em saúde que passa, entre outros aspectos, pelo respeito da especificidade sócio-cultural da pessoa doente. O cuidado adequado é defendido como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (Ayres, 2004, p. 22).

A experiência pós-moderna da doença começa quando a pessoa doente reconhece que algo mais está envolvido na sua experiência do que somente a história médica (Frank, 1995). Para o referido autor, a maioria das pessoas permanece disposta a executar o seu papel de paciente de acordo com as regras da modernidade, ou seja, de acordo com a perspectiva biomédica, contudo existem pessoas que reclamam o seu lugar não apenas enquanto corpos clínicos, mas com voz. Por outras palavras, e para Frank (1995) os tempos pós-modernos acontecem quando as pessoas reclamam a capacidade de contar a sua própria história. A

narrativa sobre a doença alarga-se. Nos principais meios de comunicação assiste-se a uma diversidade de testemunhos que dão corpo à experiência de cada um, sobretudo na área da doença crónica. Estas histórias saem do privado, modelam formas de pensar, acrescentam sentido. A *história de si* permite testemunhar algo que não é narrado pelo registo médico, mas que incontestavelmente existe para a pessoa. Estas pessoas procuram não tanto interpretar a história médica ou recontá-la em novos termos, mas sim colocaram-se fora de uma visão uniforme (Frank, 1995), frequentemente estigmatizante. Para que isto aconteça, e para o mesmo autor, uma noção de profunda responsabilidade individual necessita surgir. Perante a doença, a sociedade moderna requeria ao indivíduo que fizesse o desejável esforço para ficar bem. Este reduzia-se a uma pontual e correcta adesão ao tratamento, ao que se poderia apelidar de bom paciente. Na sociedade pós-moderna, a pessoa doente assume a responsabilidade de definir o que é que a doença significou na sua vida, por isso, recusar a exclusividade ou mesmo a predominância da narrativa médica é, para o autor, um exercício de responsabilidade. Assim, e para o grupo de pessoas que deseja assumir essa responsabilidade, a saúde será “a movable place that anybody can find in experiencing his own disease and pain” (Drusini, 2006, p. 19) e, por isso, um espaço ontológico.

No campo da saúde, a análise da narrativa leiga tem sido maioritariamente realizada sobre a doença e, neste domínio, sobre a doença crónica (Lawton, 2003; Pierret, 2003). A mesma situação é reportada na experiência da sociologia da saúde realizada em Portugal (Antunes & Correia, 2009), ou seja, um maior domínio de estudos sobre a doença do que sobre a saúde. Não obstante, o interesse pela narrativa leiga ganha pertinência pela capacidade que possui de revelar as interrelações existentes entre a agência individual e a estrutura social (Popay, Williams, Thomas, & Gatrell, 1998), situação nem sempre atingível quando da realização de análises de carácter quantitativo. Assim, a auto-percepção de saúde é uma medida amplamente reconhecida como sensível ao ambiente cultural (Charles & Walters, 1998; Jylhä, Guralnik, Ferrucci, Jokela, & Heikkinen, 1998), afirmando-se como um tema relevante para futuras agendas de investigação (Lawton, 2003).

## **II. Auto-percepção de saúde e velhice. Uma ligação com identidade própria**

Quando afirma que na contemporaneidade “o *self* é visto como um projecto reflexivo, pelo qual o indivíduo é responsável”, Giddens (1994, p. 67) transporta para diferentes áreas da vida, uma das quais a saúde, um sentido acrescido de responsabilidade individual face àquilo que ocorre. O indivíduo já não é um ente passivo, que acolhe os eventos e as circunstâncias sem sentido de controlo, mas antes um construtor da sua própria realidade, pela capacidade (e pelo imperativo) de realizar escolhas, às quais confere um conjunto de lógicas. No mundo sociopolítico da saúde, a direccionalidade da acção é clara. Pessoas e grupos devem encetar todos os esforços possíveis com vista a proteger e promover a sua saúde. Adam & Herzlich (1994) falam de um “dever de saúde” actual, de uma imposição social sobre a conduta individual, direccionando-a para determinados resultados pessoais e, em última instância, para a prossecução de objectivos colectivos. A natureza tanto social como privada da saúde confere-lhe características muito próprias (Herzlich, 2004). A forte expressão de expectativas sociais de saúde sobre o campo da vida privada influencia a forma como cada indivíduo se posiciona na relação com os outros e com os serviços de saúde, de que a afirmação daquilo que seja o seu estado de saúde é um exemplo. Em última análise, esta revela-se uma área de comparação social, pela utilização de padrões contextualmente normalizados. Assim, estudos sobre a narrativa leiga determinam o processo de envelhecer como mais ou menos regular pela proximidade na comparação com os pares (Lalivie d'Epinay, 1991).

De forma semelhante, a percepção subjectiva do estado de saúde constroi-se na comparação com os outros, pela identificação de padrões de normalização face à deterioração da saúde ou ao aparecimento da doença (Charles & Walters, 1998), como o seguinte excerto parece revelar:

*“A maior parte dos idosos não são doentes. São velhos! Como eu sou! Agora estava aqui uma senhora a queixar-se: “Ah... tu caminhas tão bem e eu não caminho porque tenho varizes”. Então e eu não tenho varizes? Eu tenho tanta coisa! Já fiz sete operações grandes, grandes, grandes.”* (Madalena, 77 anos, Lisboa).

Se certos padrões de normalização social desempenham um papel importante na forma de definir o estado de saúde, há que considerar o efeito também de padrões mais extremados, ou seja, de mais saúde ou de mais doença.

*“Mas enfim, eu não serei o único, se fosse o único...O que me vai realmente dando uma certa fé é que há sempre pior que nós, não é? Há sempre muito pior que nós. Eu, por exemplo, tive uma ocasião em que me sentia muito em baixo, mas mesmo em baixo, psicologicamente, com dores e o diabo a sete. E sabe o que é que eu fiz? Fui visitar o hospital de oncologia. E sabe o que é que me fez? Fez-me verificar que aquilo que eu tinha, comparado com aquilo que as pessoas sofrem, os males que têm nesse hospital, afinal de contas sou um felizardo.”* (Fernando, 75 anos, Lisboa).

Se a construção de um sentido pessoal na experiência de saúde ou de doença depende, para alguns, de encontrarem outros em circunstâncias avaliadas como piores, dificilmente se poderá ter esta situação como inócua. A segurança ou o conforto transmitidos pela existência de outros em pior estado que nós cria condições para uma maior depreciação social das suas posições, com as inerentes consequências na sua integração social.

*“Não aceitam [os pares], por exemplo, que eu com esta idade – alguns! Não são todos! – me sente dentro de um carro e que vá para Ferreira do Zêzere sozinha. Dizem: “Vai porque tem muita saúde, se não tivesse saúde, não ía!”. E não é. Eu faço esta vida com muita dificuldade, mas queria fazer isto até morrer. Manter a minha cabeça a trabalhar.”* (Madalena, 77 anos, Lisboa).

Ambas as narrativas parecem sugerir que, na velhice, e para alguns, a experiência da saúde se assemelha à gestão social de um bem exíguo. A crescente falta desta leva à criação de novas estratégias como forma de socialmente ultrapassar a situação, tornando-se este um campo social de tensão. Perante aquilo que percebe como uma avaliação ao seu presente e à sua trajectória passada, o indivíduo necessita compor “um sentimento de identidade coerente e recompensador” (Giddens, 1994, p. 67), por forma a lidar com eventuais sentimentos de censura ou merecimento. Assim, perante condições de saúde tecnicamente tidas como menos favoráveis, o indivíduo ultrapassa este conhecimento dito objectivo, ao acrescentar um sentido positivo, de valor, subjectivamente percebido.

Outros preferem aproximar-se às noções objectivadas pela relação com os profissionais de saúde e com o exame do corpo proporcionado pela técnica, quer este seja globalmente percebido como de mais saúde ou de mais doença. Se predominantemente se fala do modelo biomédico como orientativo da prática médica, julgamos ser útil referi-lo face à construção da auto-percepção de saúde. Para muitas pessoas, esta decorre estritamente das perícias e diagnósticos sobre si realizados – o que poderíamos chamar de *paciente biomédico*-, sem acrescento de sentido significativo, num posicionamento que revela dificuldade perante um mundo de escolhas e resignificações, muitas vezes gerador de angústia. Perante a “falta de saúde” a pessoa reduz drasticamente a sua capacidade de se reafirmar, reduzindo as suas oportunidades de “ter saúde” a um corpo ausente de doença e de desconforto físico, quase clinicamente verificados.

O actual padrão de doenças crónicas dominante contribuiu para o desenvolvimento de novos significados face à noção de ter saúde. Se os avanços na qualidade de vida das populações e da ciência médica e farmacológica, assim como o desenvolvimento de políticas de saúde no pós-segunda guerra, criaram uma sociedade onde as doenças não-transmissíveis de tipo crónico são maioritárias, aquilo que na velhice é vivido são estádios de saúde-doença-saúde. A este respeito Frank (1995) fala-nos de uma “sociedade remissiva”, de um tempo em que as sucessivas vitórias sobre a doença, criam a experiência individual da doença latente, que regressa em episódios ou manifestações de limitação perante circunstâncias concretas, mas que, no geral, permanece socialmente invisível no dia-a-dia da pessoa, conforme ilustra o seguinte testemunho:

*“Vou-lhe começar por dizer que durante 55 anos fumei. Dos 13 aos 68. Agora estou com 83. E por causa desse hábito, desse vício, como lhe chamam, tive problemas vários. O primeiro dos quais foi um enfarte do miocárdio quando tinha 68 anos. Reduzi o consumo, por indicação do cardiologista. Reduzi o consumo, mas não parei, quando ele me disse que o ideal era parar. Parar de fumar e o ideal seria não conduzir. (...) Um belo dia tive um problema de ordem respiratória. Então o que é que fiz? Assustei-me! E por livre arbítrio toca de pôr o cigarro de parte definitivamente. Consegui. Consegui, mas com uma dificuldade enorme! Seguidamente, passados uns anitos, tive um AVC. Seguiu-se a consulta ao cardiologista. (...) Comecei a ser acompanhado em Santa Marta. Um dia, num decurso de uma prova de esforço, foi-me dito que tinha de ser operado de urgência. Porquê? Porque tinha uma veia bloqueada a 90%. Assim foi! Fiz o bypass. (...) Esta situação ficou resolvida. Posteriormente – e já quando não fumava – tive um AVC. Tive um AVC e fiquei mesmo bloqueado do lado esquerdo. Estive dois dias internado, mas recuperei bem, sem sequelas.” (João, 83 anos, Lisboa).*

Viver mais tempo irá requerer um esforço continuado de adaptação identitária, assim como de compreensão do ambiente social e das suas mudanças (Fernandes, 2004). A convivência quotidiana com a doença, característica do período moderno, transforma a noção subjectiva de saúde, pela necessária resignificação do que é estar doente. Para Frank (1995), o que no campo da saúde distingue a contemporaneidade é a experiência individual, auto-consciencializada, do que é viver com doença num lato período de tempo. Hoje, assistimos a autênticas epopeias de sobrevivência, em especial por uma geração que não nasceu no apogeu da técnica e que por isso, e neste campo, apresenta características de transição cultural (Drusini, 2006). Contudo, o progressivo aumento da esperança de vida tem vindo a permitir o aparecimento de uma última idade cada vez mais longa, com a possibilidade de ser vivida com melhor qualidade de vida. Hoje, assiste-se a uma realidade de doença vivida *com saúde* (Silva, 2008), porque capaz de integrar as duas realidades. Passou a ser possível à pessoa com doença normalizar a sua vida, permanecendo activa nos seus diferentes papéis sociais.

Se *“aquilo em que o indivíduo se torna depende dos esforços reconstitutivos em que se empenha”* (Giddens, 1994, p. 67), o campo da saúde torna este processo mais complexo, naquilo que se refere à auto-percepção do estado de saúde. Assim, o mundo da saúde oferece um terreno de avaliação de contornos ambíguos. O conhecimento sobre os múltiplos factores de risco que podem concorrer, a diversidade de condições para a saúde que o indivíduo experimenta, a singularidade do seu curso de vida, assim como a sua especificidade biológica, dificultam a objectivação da compreensão: *“eu estou assim porque...”*, razão pela qual a narrativa sobre o estado de saúde, sobretudo quando existem problemas relevantes, é rica em hipóteses de etiologia, sobressaindo sempre o esforço de compreensão.

*“Eu sei que nós vamos buscar genes aos avós... eu irmãos não tenho, sou sozinha. Mas perguntei a vários [médicos] até. Aliás, antes de ser operada fui a quatro médicos para ouvir a opinião deles e todos eles me disseram que sim, que convinha ser operada. Maneira que eu perguntei: onde é que eu fui buscar estes genes? Lembro-me de ter um tio, da parte do meu pai, que esteve deitado num tabuleiro 17 anos. Também com um problema de ossos, que não andava, coitado. E o médico disse que sim, que eu podia ter ido buscar os genes a esse tio.” (Rosa, 71 anos, Lisboa).*

Os comportamentos tidos ao longo do curso de vida e outros eventos que possam ter ocorrido ditam grande parte do estado de saúde que se vive no período da velhice, mas não só. Cada vez mais a ciência e a prática médica apelam à correcção dos estilos de vida em idade mais avançada, revelando os benefícios em tempo e em qualidade de vida que podem ainda ocorrer. Mais que isso, a insistente repressão da morte e do sofrimento associado ao ter doença presente na actualidade, pelo papel predominante da técnica e da crença a esta associada de que é possível uma vida livre de doença (Drusini, 2006; Petersen, 2006) criam um contexto de maior dificuldade para os mais velhos em posicionar-se sobre a sua própria saúde e existência (Drusini, 2006). Para este último autor, o apelo a uma sociedade capaz de medicamente resolver e controlar quase tudo, desprotege a pessoa singular, em especial aqueles sobre quem os sistemas sociais investem menos (ou negligenciam) e que, por isso, se encontram sós perante as suas dificuldades e sofrimento. Julgamos ser esta uma das possíveis explicações para o medo manifesto da situação de dependência.

“Mesmo que fosse agora para o outro lado... quer dizer,...não me assustava, nem me assusta. A morte para mim não me assusta. OK? Sei que tenho que ir. O que me assusta é se me vem um AVC de repente, ou se tenho uma doença qualquer que fico agarrado a uma cama, sou dependente das outras pessoas, isso é que é o fim! Eu preferia não chegar a esse ponto.” (Fernando, 75 anos, Lisboa).

Perante uma situação já não dominada pela técnica, a dificuldade em encontrar um lugar ontológico de conforto face ao estado de saúde agrava-se, sugerindo ser, no tempo da velhice, uma área de profunda ligação com a perícia técnica.

### III. Notas finais

O mundo da saúde fragmenta-se hoje em aberta pluralidade. As narrativas analisadas sugerem-nos algumas dessas tendências, sem contudo esgotar a diversidade, no campo da percepção subjectiva sobre o estado de saúde. Assim, e se o modelo biomédico é hoje predominante na forma como grande parte dos fenómenos de saúde são olhados, não é contudo exclusivo (Ide, 2002). Segundo este autor, “*patients as well as doctors transgress this model all the time, a fact that shows its insufficiency in actu exercito and calls for another approach to health*” (2002, p. 56), o que destaca a constante resignificação da experiência individual e, por isso, lugares criativos na definição do estado de saúde.

A continuidade e aprofundamento deste trabalho permitirá, esperamos, descobrir outros posicionamentos e lógicas adjacentes sobre a noção pessoal de saúde.

### Referências bibliográficas

- Adam, P., & Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*. Armand Colin.
- Antunes, R., & Correia, T. (2009). Sociologia da Saúde em Portugal. Contextos, temas e protagonistas. *Sociologia - Problemas e Práticas*, 61, 101-125.
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573.
- Charles, N., & Walters, V. (1998). Age and gender in women's accounts of their health: interviews with women in South Wales. *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 331-350.
- Drusini, A. G. (2006). The hiding-places of health: The elderly in the age of technique. *Studies in Historical Anthropology*, 4(2004), 17-24.
- Fernandes, A. (2004). Quando a vida é mais longa... Os impactos sociais do aumento da longevidade. In M. d. L. Quresma (Ed.), *O Sentido das Idades da Vida. Interrogar a Solidão e a Dependência* (pp. 210). Lisboa: CESDET Edições.
- Frank, A. W. (1995). *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Giddens, A. (1994). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta Editora.
- Herzlich, C. (2004). Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 383-394.
- Herzlich, C. (2005). Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 15(2), 193-203.
- Ide, P. (2002). Health: Two Idolatries. In P. Taboada, K. Fedoryka & P. Donohue-White (Eds.), *Person, society, and value: towards a personalistic concept of health* (Vol. 72, pp. 259). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Jylhä, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., & Heikkinen, E. (1998). Is Self-Rated Health Comparable across Cultures and Genders? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 53B(3), S144-S152.

- Lalivé d'Épinay, C. (1991). *Vieillir ou la vie à inventer*. Paris: L'Harmattan.
- Lawton, J. (2003). Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of Health & Illness*, 25(2003), 23-40.
- Lucas, J. S. (1987). *Inequidade social perante a doença e a morte em Portugal*. Paper presented at the V Jornadas de Economia da Saúde.
- Petersen, A. (2006). The genetic conception of health: is it radical as claimed? *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(4), 481-500.
- Pierret, J. (2003). The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. *Sociology of Health & Illness*, 25(2003), 4-22.
- Popay, J., Williams, G., Thomas, C., & Gatrell, A. (1998). Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 619-644.
- Resende, J. M. (2005). *Por uma Sociologia Política da Saúde: do "bem em si mesmo" ao "bem comum"*. Paper presented at the I Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade.
- Ruquoy, D. (2005). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Silva, L. F. (2008). *Saber Prático de Saúde. As Lógicas do Saudável no Quotidiano* (Vol. 60). Porto: Edições Afrontamento.

---

<sup>i</sup> O citado estudo exploratório insere-se no doutoramento em sociologia em desenvolvimento na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, intitulado “Saúde e envelhecimento: práticas e representações sociais de género”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, com orientação da Professora Doutora Ana Fernandes (Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa e Cesnova) e Professor Doutor António Manuel Marques (Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Setúbal e Cesnova).