

Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença

I¹ Luisa Ferreira da Silva, ²Fatima Alves I

Resumo: A ciência é uma forma de conhecimento que foi instituída como a forma de conhecer a verdade única e universalmente válida, assente nas questões epistemológicas e nos critérios de rigor metodológico. O saber leigo, popular, que preenche a vida e orienta a ação quotidiana, busca o significado através do simbólico cultural, no que é o oposto do conhecimento científico. A questão das possibilidades de conhecimento sobre a realidade social situou o debate nos modos de produção de conhecimento e na consequente contingência dessas mesmas produções, o que sustenta a afirmação de que todas as formas de conhecimentos são válidas nos seus contextos de produção. Em matéria de saúde e doença, a produção sociológica tem desvendado os conteúdos do saber leigo e a sua incontestável presença na experiência individual, desde a percepção dos fenômenos no corpo até a relação com a instituição médica. Este texto parte de uma reflexão sociológica sobre a questão do conhecimento. Em seguida, revê o essencial da literatura sociológica sobre o saber leigo de saúde e doença. Finaliza com uma proposta de compreensão dos processos do saber leigo como racionalidades que, na forma de configurações de elementos interdependentes, sustentam as práticas de saúde na vida quotidiana.

► **Palavras-chave:** sociologia, saúde, doença, saudável, saber leigo, racionalidades.

¹ Professora Associada com Agregação; Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa. Investigadora em sociologia da saúde no Centro de Administração e Políticas Públicas do ISCSP-UTL. Endereço eletrónico: luisafs@iscsp.utl.pt

² Doutora em Sociologia da Saúde; Professora Auxiliar, Departamento de Ciências Sociais e Gestão (DCSG) da Universidade Aberta; Investigadora integrada do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) do Ministério da Educação e Ciência de Portugal (MEC). Endereço eletrónico: fatimaa@univ-ab.pt

Recebido em: 15/08/2011.
Aprovado em: 09/11/2011.

Introdução

O conhecimento leigo refere-se à forma como os sujeitos constroem significados a partir da experiência, referidos à ordem social e cultural como explicações que dão sentido aos acontecimentos. Esse saber leigo inter-relaciona as diferentes dimensões da vida, integrando o natural, o mágico-religioso, o sociopolítico, etc. Ao incorporar esta multiplicidade de fatores na interação, os sujeitos reconstróem continuamente os saberes numa ação reflexiva. Nesse sentido de busca do significado no simbólico cultural, o saber leigo é o oposto do conhecimento científico. A ciência, na procura da certeza da exactidão, reduz os fenômenos às dimensões que consegue controlar e as esvazia da questão do significado e das inserções culturais.

Nossas pesquisas na área da saúde e da doença e da doença mental (SILVA, 2008; ALVES, 2011) partem do pressuposto de que as racionalidades leigas contemporâneas incorporam essas formas de conhecimento e dirigem-se à compreensão da sua incorporação na vida quotidiana. As configurações reveladas pela pesquisa atestam a irreduzibilidade do saber leigo ao quadro normativo de racionalidade e de regulação oficial institucionalizado, ao mesmo tempo autônomas do enquadramento institucional e compatibilizadas com ele.

Este texto revê de forma abreviada a literatura sociológica sobre construção do conhecimento, tendo como perspectiva o debate entre ciência e senso comum. Revê em seguida a literatura sociológica sobre o saber leigo de saúde e doença, nos seus conteúdos fundamentais. E finaliza com uma proposta de compreensão dos processos do saber leigo como racionalidades que, na forma de configurações de elementos interdependentes, sustentam as práticas de saúde na vida quotidiana.

Sobre o senso comum como forma de conhecimento válida

O conhecimento científico assenta na ruptura epistemológica entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento científico, tomando este como a única forma de conhecimento válida, na medida em que separa o sujeito conhecedor do objeto de conhecimento, autorizando desta forma a objetividade. A ciência assumiu um modelo totalitário que nega o caráter racional às formas de conhecimento que não seguem as suas regras metodológicas e não se orientam pelos seus princípios epistemológicos (SANTOS, 2000). Face a esse totalitarismo, Santos propõe a ruptura com a ruptura epistemológica em que ele assenta e a revalorização da pluralidade de conhecimentos que povoam as formas de compreender e agir (SANTOS, 1987).

As realidades sociais são produções históricas, que remetem para elaborações anteriores, e construções quotidianas, remetendo para os processos de reestruturação em curso. Percebidas como dadas e naturais, elas são, na verdade, contingentes, e seu conhecimento impõe a des-construção (DERRIDA, 1973) das formas do saber, sejam elas senso comum ou ciência.

Foucault (1987, 2003a, 2003b e 2004) afirma a igualdade da validade de todos os conhecimentos. Os indivíduos produzem discursos que criam “efeitos de verdade”, já que um discurso é uma forma de pensar sobre o mundo que incorpora uma forma de conhecimento. O mundo é povoado por múltiplos discursos, nenhum deles sendo absoluto, mais ou menos verdadeiro que os outros. Tomando por objeto a história da medicina, mostra que não se podem abordar as doenças como “entidades” naturais, algo que existe fora dos discursos médicos que as criam e descrevem. Realiza o mesmo tipo de *arqueologia do saber* sobre o fenômeno da loucura e apresenta os vários discursos que, sobre ela, povoam o mundo da vida.

As perspectivas construtivistas sublinham as lutas e interesses (BOURDIEU, 1979) que influenciam a produção dos conhecimentos (senso comum, ciências, religião, etc.). A noção de que os conhecimentos sobre o mundo são relativos a seus contextos sociais e históricos não significa uma impossibilidade do pensamento, mas o reconhecimento de que o conhecimento conhece a partir de uma posição dada (BERGER; LUCKMANN 1999).

É o conhecimento do senso comum que constitui o tecido de significados sem o qual nenhuma sociedade poderia existir e que a faz aparecer ao indivíduo como o modo “natural” de olhar o mundo e de o viver – que Schutz (1979) designa por tipificações do pensamento enquanto constitutivas do mundo contingente onde decorre a vida concreta do dia a dia. A possibilidade do conhecimento da vida quotidiana remete para as objetivações dos processos e para os significados subjetivos, a apreensão das estruturas sociais englobantes e as ações e interações face a face, material sobre o qual se processa a construção do mundo intersubjetivo do senso comum. Este é o desafio que a sociologia tem vindo a “resolver” pela produção teórica com “pontos de partida” centrados nas estruturas ou nas interações. Dessa construção identificaremos, de forma resumida, os principais instrumentos teóricos que ajudam a problematizar o conhecimento do senso comum sobre saúde e doença e aceder às racionalidades leigas portadoras de significados e lógicas de ação.

De Elias (1981 e 1997), retomemos as noções chave de “distanciação – empenhamento” e de “configuração – interdependência” com a qual ultrapassa a oposição “fictícia” entre sociedade e indivíduo. Tomar como objeto de estudo o social é estudar um “objeto” que é em si mesmo constituído por sujeitos que têm “representações” sobre a vida em sociedade. Os próprios investigadores fazem também parte desse social que é o objeto do seu estudo. Elias propõe uma dupla estratégia, de distanciação e empenhamento. Distanciação, já que cabe ao investigador afastar-se das ideias preconcebidas, suas e dos atores que estuda, para buscar a compreensão do funcionamento humano do ponto de vista do interior dessa experiência. Para esta libertação intelectual das categorias de pensamento instituídas, impõe-se a análise da dimensão histórica, na medida em que a história mostra que as configurações são plurais e se relacionam intimamente com os contextos onde se inserem, ganhando sentidos e formas. A noção de configuração refere-se à apreensão das relações de interdependência entre estruturas sociais e psíquicas, e sua dinâmica própria em contextos e posições sociais, situações concretas de interdependência em que o indivíduo é parte ativa e no interior das quais se situa.

Berger e Luckman (1999) estudam o conhecimento que orienta a ação na vida quotidiana, tal como ele é acessível ao senso comum, isto é, às pessoas que vivem essa mesma realidade e a interpretam de modo subjetivo, atribuindo-lhe sentido e produzindo desta forma um mundo coerente. A realidade existe na medida em que faz parte dos nossos pensamentos e ações. Tida como um dado adquirido, natural e infalível, estrutura-se em torno do “aqui” e do “agora”, e apresenta-se como um mundo intersubjetivo, partilhado. “Esquemas tipificadores recíprocos” entram em negociação nas situações de face a face, e vão constituindo o “património social disponível de conhecimento”, resultado da acumulação de conhecimento que é transmitido de geração em geração e que é partilhado com os outros.

A questão do estudo da realidade social enquanto produto da ação individual ou produto da ação social que nos tem orientado nesta reflexão nos conduz à observação de Bourdieu (1996, p. 34): “é mais fácil tratar os fatos sociais como coisas ou como pessoas do que como relações”. Bourdieu propõe uma sociologia da imbricação entre estruturas e indivíduos (embora, na prática, o autor privilegie o peso das estruturas e, de algum modo, negligencie o peso das interações face a face). Por um lado, a sua sociologia defende que o mundo social é povoado por estruturas objetivas independentes das vontades individuais e que se

impõem às práticas e às representações sobre essas práticas. Mas, por outro, essas representações evidenciam a presença de esquemas de percepção, de pensamento e ação – *habitus* – que, produzidas no interior das estruturas, atuam no sentido da sua conservação e/ou transformação. A análise tem que se dirigir a elas se quiser dar conta das lutas quotidianas, para o que o autor propõe os conceitos de *habitus* e de campo. O princípio da ação histórica ou “incarnação” das estruturas sociais no corpo e na mente “não reside nem na consciência nem nas coisas, mas na relação entre dois estados do social, isto é, entre a história objetivada nas coisas, sob a forma de instituições e a história incarnada nos corpos, sob a forma deste sistema de disposições duráveis” (idem, p. 36). No *habitus* repousam os “princípios geradores” da ação, visto que fornecem a matéria-prima com a qual são “geradas” as respostas de cada ator, ora reproduzindo (quando confrontado com situações familiares), ora inovando (perante situações novas). Se o *habitus* se reporta ao movimento de interiorização da exterioridade, os campos representam a exteriorização da interioridade do processo. A realidade social é povoada por campos (de relações e de recursos) que ao longo da história se vão autonomizando, apesar de manterem relações entre si e de haver fenômenos que os atravessam. Os diferentes campos (político, científico, etc.) definem modos específicos de dominação e são, por isso mesmo, campos de forças (assimétricas) e de lutas para conservá-los ou transformá-los.

Lahire (2003, 2004 e 2005) equaciona os limites da teoria disposicional no contexto de “uma sociologia à escala individual”. Propõe-se (re)analisar a noção de disposições e ultrapassar a dedução sobre elas a partir das práticas. Distingue entre disposições para crer e disposições para agir, que não são exatamente correspondentes. As crenças estão ligadas a normas sociais, produzidas e sustentadas por uma multiplicidade de instituições, e são atualizadas pela experiência. A não coincidência entre disposições para agir e disposições para crer permite perceber a distância entre aquilo que os atores dizem e suas próprias práticas. A sociologia à escala individual é uma forma de aceder às condições de produção da construção social da realidade através das variações intra e inter-individuais, ou seja, uma sociologia da pluralidade disposicional e contextual. Disposicional na medida em que a socialização (aprendizagem, construção do eu no mundo) passada é menos ou mais heterogênea e permitirá a constituição de disposições para agir e para crer também elas heterogêneas, contraditórias até.

Contextual na medida em que os contextos de atualização (que podem implicar seu desuso, afirmação, transformação) das disposições são múltiplos – tantos quantas oportunidades de ação temos, ou de experienciação.

A teoria da estruturação (GIDDENS, 1989) aprofunda o papel dos indivíduos no processo de interação social com outros agentes e com a estrutura. Os indivíduos são reflexivos, ou seja, dotados de capacidade cognitiva para interpretar a ação social. Esta é racional – os atores “mantêm um contínuo entendimento teórico das bases da sua atividade (idem, p. 4) – e é reflexiva – os agentes são “escultores” e “esculturas” de sua própria vida, implicando o movimento examinador e reformulador das práticas sociais à luz da informação adquirida sobre essas mesmas práticas. É na interação entre estrutura e agência – a reflexividade do agente individual – que se cria e recria a realidade social e se dá sentido aos fenômenos quotidianos.

Becker (1980) ilustra este processo nas situações de face-a-face. No decurso das relações na vida quotidiana, os atores produzem esquemas de tipificação dos outros e de si próprios, e ajustam-se reciprocamente a esses esquemas. Nas múltiplas interações quotidianas, produzem-se e reproduzem-se as tipificações e consequentes ajustamentos recíprocos que permitem a estabilização rotineira dos comportamentos. As tipificações assumem uma “dignidade normativa”, na medida em que, ao se consolidarem, com o tempo, se vão cristalizando nas instituições.

O interaccionismo simbólico, com grande impacto nas análises da doença mental a partir dos estudos elaborados por Goffman (1993, 1998 e 2003), parte do princípio de que toda a ação social tem significado – os atores não só imprimem de significado suas próprias ações como, simultaneamente, atribuem significado às ações dos outros. Ou seja, não são receptáculos neutrais mas atores com um papel ativo, são reflexivos e comunicam essa reflexividade na interação. A voz do ator e seus significados revelam, para lá das normas culturais e valores sociais, os significados simbólicos subjetivos que os atores “colam” às ações, às palavras e aos gestos, modificando-os consoante os contextos sociais dos processos de interação.

Os atores, a fim de darem sentido a suas ações e às dos outros, descrevem e interpretam sem descontinuidades esses mundos de vida contingente, elaborando códigos e linguagens que reconstituem essa realidade no presente, atualizando-a (SCHUTZ, 1979). Esses procedimentos de interpretação acionados são a chave para perceber como a realidade social se produz e constitui.

Finalmente, retomamos a noção de crise epistemológica e consequente necessidade de constituição de uma ecologia de saberes que, pelo debate interno à ciência e pelo diálogo e articulação com outras formas de saber, revalorize as racionalidades plurais que povoam o mundo e informam as práticas sociais como resposta ao “epistemicídio” (morte dos conhecimentos alternativos, leigos, populares, e subalternização dos indivíduos e grupos, cujas concepções e práticas assentavam nesses conhecimentos) operado pela “destruição criadora” da ciência moderna (SANTOS, 2002; 2004).

O saber leigo de saúde e doença

As preocupações das ciências sociais com a saúde e a doença e com o bem-estar individual e social revelam o debate clássico da sociologia entre determinantes estruturais e agência individual. Estas preocupações se referem, por um lado, à extensão das determinantes culturais, sociais e económicas no condicionamento das possibilidades da saúde das pessoas, dos grupos e comunidades. Por outro, referem-se à possibilidade de controlo da sua própria saúde a partir da ação social individual ou coletiva. As ciências sociais têm produzido compreensões e interpretações neste campo, revelando a importância dos contextos, não apenas estruturais e institucionais, mas também relacionais, onde se vive e experiencia a saúde e a doença, e o universo simbólico de representações nos quais os sujeitos se relacionam com o quotidiano. O estudo sociológico dos fenômenos sociais requer que se tenham em conta os impactos das espessuras culturais, dos sistemas de crenças, das formas de transmissão do conhecimento e dos contextos económicos e políticos, nas percepções, no comportamento individual, na estrutura social e na ação social.

Nas últimas décadas, a ciência social da saúde tem pesquisado o senso comum em matéria de saúde e doença. Reconhece-se a importância dos saberes leigos enquanto pilar analítico para compreender as práticas e as concepções socialmente construídas sobre saúde e doença. O estatuto conferido ao conhecimento leigo evidencia as hierarquias apoiadas nas relações de poder instituídas, reduzindo as esferas leigas à categoria de crenças ou superstições, no que reproduz as tensões epistemológicas entre campos do saber. Popay e Williams (1996) enfatizaram o fato de a biomedicina, conceitualizando a doença como algo que pode ser tratado objetivamente e separando-a da experiência quotidiana, ter marginalizado outras

formas de conhecimento, perdendo a capacidade para compreender e intervir nas causas e nas consequências dos comportamentos e nas práticas de saúde e de doença, quer ao nível dos indivíduos quer ao nível das sociedades.

É esse conhecimento que vamos sintetizar e que nos vai orientar na reflexão que propomos sobre racionalidades leigas de saúde e doença. Saúde e doença começam por ser conceitos que, situados no paradigma científico biomédico, são historicamente construídos, no sentido em que não têm uma forma que atravesse a história incólume às mutações e transformações, não são universais. Saúde e doença são realidades que integram o ser social, constituído por indivíduos em interação entre si e com as instituições sociais e culturais, e que não se reduzem à definição que deles dá o conceito da ciência médica como entidades referentes ao corpo de cada indivíduo.

A presença do social na saúde e na doença reconhece-se na relação subjetiva que os indivíduos com ela mantêm, feita de representações sociais que a referenciam aos valores, ideais e símbolos da sociedade, às atitudes e opiniões do senso comum, aos hábitos e às formas de fazer coletivas, ao conhecimento e às crenças que circulam no tecido social. Esta presença se evidencia nas ideologias que orientam as políticas de organização coletiva face à doença. Observa-se nas práticas individuais ou coletivas (sistemas de cuidados) de manutenção e desenvolvimento da saúde, de evitamento do adoecer e de cuidado em caso de doença (MAUSS, 1985; DEVEREUX, 1977).

A produção de sentido é a atividade criativa eminentemente humana que constitui as culturas. É através delas que conhecemos / concebemos o mundo, o que é o mesmo que afirmar que o mundo não é a realidade, mas a representação que dela temos. Diferentemente da cultura erudita ocidental, hegemonicamente globalizada, que percebe a saúde e a doença à luz de um sistema cultural assente no saber da ciência biomédica, a cultura leiga (do senso comum, não profissional ou especializada) percebe a saúde e a doença num sistema cultural, assente no conhecimento feito da experiência. A percepção leiga integra a saúde e a doença na vivência quotidiana e sobre ela desenvolve uma compreensão holística, afastando-se da perspectiva biomédica que corporiza o humano e se desinteressa dos sentidos e significados sociais e culturais que determinam as práticas. No saber leigo, a saúde e a doença são fenômenos totais, no sentido de estarem relacionados com todas as outras dimensões do social (MAUSS, 1985). Como

ensina Evans-Pritchard (1976) no estudo sobre feitiçaria e magia, o pensamento leigo não nega que possa haver uma causa-efeito para os acontecimentos, mas não reduz a ela o significado do que acontece como razão de ser dessa “causa objetiva” acontecer no momento em que acontece e afetar as pessoas que afeta. A “causa cultural” está para além da “causa natural” e é a ela que se referem as crenças aparentemente irracionais relativamente à etiologia e ao combate do mal; crenças que ganham sentido coerente quando analisadas na sua contextualização social.

No vivido, a saúde e a doença não são realidades objetivas identificáveis por sintomas de perturbação funcional nos órgãos ou nos tecidos do corpo, mas são fenômenos do domínio da percepção interpretativa, contextualizada no espaço-tempo em que os acontecimentos são percebidos.

Estar doente é vivido no quadro do papel e estatuto social que a instituição biomédica produziu nas sociedades ocidentais, e remete para a dimensão moral das consequências na vida social, ou seja, exige uma avaliação que está para além do diagnóstico médico feito a partir dos sintomas evidenciados (CORNWELL, 1984). Sentir o corpo, perceber a dor, avaliar a gravidade do que se percebe, controlar o sofrimento e exprimir o mal-estar, são processos imbuídos de sentido social que refletem a posição na estrutura e as aprendizagens da socialização (ZOLA, 1966; BOLTANSKI, 1971; GOOD; GOOD, 1992; SILVA, 2008), ao mesmo tempo que integram a antecipação dos efeitos de se aceitar doente no espaço das relações sociais em que o indivíduo se insere (KASL; COBB et al., 1996).

Há um sentido de responsabilidade implicado na competência social do indivíduo, que interiorizou as normas reguladoras (“como se adoecer”) que modelam a percepção da experiência e a sua interpretação e orientam o tipo de ação a desenvolver. O mal-estar (*illness*), por exemplo, não se leva ao médico, sob pena de se sofrer a crítica social pela leviandade do ato (BLAXTER, 1983). Do que são exemplo “as dores” que não são doença mas são “simplesmente dores” (SILVA, 2008). O que vai ao médico é a doença (*disease*), após avaliação dos sinais do corpo como justificando o recurso à medicina. Nessa avaliação classificativa está implicada a reflexividade da experiência que utiliza quer o conhecimento de caráter científico que circula no espaço social, quer o saber local atualizado nas interações sociais que convocam a experiência e o conhecimento dos outros, os próximos junto de quem os indivíduos se aconselham – o sistema de referência leigo (FREIDSON, 1984). Há ainda as doenças que “não são de

médico”, embora sejam doenças, no sentido de perturbações diagnosticadas com base em critérios coletivamente reconhecidos. Têm origem direta nas relações sociais (a inveja, o mau-olhado) e “essas os médicos não curam”, afirmação que revela a interiorização leiga da função do sistema médico de cuidados que se dirige aos processos do corpo como objeto autonomizado das interpretações culturais sobre eles (BRAGA, 2001).

Olhadas à luz das causas - naturais, sobrenaturais, sociais ou individuais (NUNES, 1997) – as doenças organizam-se em categorias diagnósticas, definem síndromas culturais (KLEINMAN; KLEINMAN 1994) e apelam a metáforas (SONTAG, 1979) que expressam as relações indivíduo-sociedade e natureza-cultura como uma globalidade. No interior de cada cultura existem categorias de doença populares como “os nervos”, por exemplo, que constituem uma das imagens mais vulgares de sofrimento em várias culturas (HELLMAN, 2000; DUARTE, 1998; ALVES, 2011).

A instituição social da biomedicina, tornada hegemônica pelo poder de legitimação oficial que adquiriu a partir do final do século XIX, impõe-se como referência ao pensamento sobre a doença e à procura de cuidados, mas não elimina os outros sistemas de cuidados que lhe são universalmente preexistentes e dão conta da relação da doença com a significação da vida e do mundo, dirigidos à compreensão da razão de ser do adoecer e nela assentando seus processos terapêuticos. Interpretar os disfuncionamentos do corpo à luz dos processos do corpo e repará-los no próprio corpo, sendo reconhecido pelo saber leigo como competência médica especializada e vantajosa para a vida, não anula, no entanto, a necessidade humana de atribuir interpretações que deem sentido ao que acontece e o integrem na ordem do mundo (GEERTZ, 1989).

Os sistemas de cuidados leigos, populares e profissionais alternativos (KLEINMAN, 1980) mantêm-se e proliferam nas sociedades modernas, numa relação com o sistema biomédico que a agência leiga torna complementar, apesar da oposição mais ou menos declarada da medicina científica que só lentamente abre mão do poder de exclusividade de cuidados que lhe foi reconhecido. Em matéria de cuidados, seja pelo recurso aos profissionais ou aos virtuosos, seja no uso de medicamentos ou de “mezinhas”, domina o pluralismo de itinerários em que os vários sistemas são frequentemente utilizados, não em oposição excludente, mas em complementaridade (CARAPINHEIRO, 2001; LOPES, 2010; ALVES, 2010).

Nas últimas décadas do século XX, a instituição médica internacional acentuou a importância de separar a saúde da doença, constituindo a saúde como entidade marcante das preocupações do sistema biomédico de cuidados primários (WHO, 1986). Para além da terapia e da prevenção da doença, importa promover a saúde por via da sustentabilidade da vida coletiva e individual. A saúde do meio ambiente, nomeadamente os meios urbanos, foi orientada para o campo da saúde pública que lida com as questões ambientais do ponto de vista das políticas. A perspectiva da saúde individual foi integrada nos cuidados médicos de proximidade que operacionalizou as orientações globais do conceito de *estilos de vida saudáveis* para a definição de comportamentos específicos de responsabilidade individual.

Paralelamente, a ciência social interessou-se pela saúde do ponto de vista das representações sociais que a configuram e das práticas a elas associadas, revelando desde logo como, no pensamento leigo, a saúde está implicada na oposição indivíduo-sociedade e contem a interiorização da visão científica médica da higiene como normatividade reguladora dessa oposição (HERZLICH, 1969).

Na vida quotidiana, promover a saúde tem o significado de resistir às forças exteriores, eminentemente sociais, ainda que com frequência associadas a fatores da natureza. Com efeito, se o frio e a água, por exemplo, podem ser motivo direto de adoecer, as razões da sujeição a eles são o trabalho ou uma viagem, causa subjacente que explica o comportamento. A conquista do equilíbrio, no sentido de não abusar das capacidades e de controlar os acontecimentos da vida, aparece como a representação principal aliada à manutenção da saúde, que é encarada mais como um recurso natural do corpo do que como um bem a conquistar por meio de comportamentos saudáveis a pôr em prática (SILVA 2008). Neste enquadramento em que a saúde liga o corpo e a mente, liga o indivíduo e a sociedade, liga a natureza e a cultura, as relações sociais - vida familiar e trabalho, designadamente - aparecem como o pano de fundo onde se inscreve a luta contra o stress e fonte de ansiedade ameaçadora do bem-estar (SILVA, 2008; ALVES, 2011).

Então, a contradição observada no nível da relação entre, por um lado, a crença nos comportamentos saudáveis como fonte de saúde, afirmada pela generalidade dos indivíduos nas sociedades modernas e, por outro, a não-prática também generalizada desses mesmos comportamentos (ZIGLIO, 2000), não passa de uma contradição aparente. Acreditar que determinados comportamentos são saudáveis

no sentido em que ajudam a manter a saúde, não implica necessariamente a escolha da prática desses comportamentos já que, em profundidade (culturalmente) se crê que o que ameaça a saúde é o modo de vida na sua totalidade, cujos efeitos perniciosos importa controlar, em confirmação da teoria disposicional de Lahire (2005). A promoção da saúde, na perspectiva leiga, não é uma questão de conquista (por via dos comportamentos saudáveis) mas é questão de resistência aos efeitos perniciosos da vida em sociedade (HERZLICH, 1969; SILVA, 2008).

Racionalidades leigas de saúde e doença

Tanto em matéria de doença como de saúde, verifica-se então a primazia da subjetividade cultural e da agência individual face ao sistema médico, que desqualifica todos os outros sistemas como sendo ignorantes, do domínio da crença e não do conhecimento, considerando irracionais as práticas por eles enquadradas. Do ponto de vista da medicina, as estratégias múltiplas da agência individual constituem obstáculos a vencer (recurso tardio, não adesão terapêutica, automedicação, recurso a “terapêuticas alternativas”, etc.) pela via da inculcação da verdade legítima da ciência (educação para a saúde).

A antropologia, desde o início do século XX, afirma a racionalidade das práticas médicas indígenas e o caráter lógico dos diferentes tipos de saberes (RIVERS, 1924; LÉVI-STRAUSS, 1964). A oposição racional/irracional no que respeita aos saberes e aos comportamentos é substituída pela perspectiva da contextualização do racional às balizas fornecidas pela cultura respectiva em cujo âmbito as ideias são coerentemente encadeadas em função das convicções que as sustentam (LUKES, 1986; MASSÉ, 1995).

Transportada para as sociedades modernas, esta perspectiva que reconhece que as populações são depositárias de saber desenvolveu progressivamente a noção de que o saber leigo, que tem a função de organizar a doença do ponto de vista do sentido e do significado e não apenas do conhecimento e da informação, é determinante das relações com o sistema médico de cuidados.

Massé (1995) apresenta o “saber popular” sobre a doença como um subsistema do sistema cultural mais amplo que é a “cultura popular” e se refere às produções intelectuais de um grupo humano – crenças e conhecimentos como saber explícito, atitudes e disposições como saber implícito, e valores, conceitos, ideologias, símbolos e representações como saber virtual. Este “saber popular” se

constrói a partir da integração da experiência, sendo o vivido, em si mesmo, um meio de conhecimento. Sua função principal não é conhecer (exigência de saber) mas dar sentido (exigência de significação), de encontrar explicações sociais contextualizadas para a doença, necessidade que é comum a todas as sociedades (AUGÉ; HERZLICH, 1984). A questão crucial da lógica do saber leigo e da racionalidade dos seus comportamentos é que nem todos os seus elementos constitutivos são associados de acordo com a lógica formal da ciência, estando imbuídos de considerações afetivas, tendo por função interpretar a experiência. Ele é um saber prático, não metódico, fundado sobre racionalidades distintas da racionalidade linear científica.

Nas nossas pesquisas sobre saber leigo de saúde e doença (SILVA, 2008; ALVES, 2011) temos utilizado a noção de racionalidades leigas pelo valor heurístico que encerra, dada sua conotação processual, mais dinâmica do que a de saberes. Saber leigo é o conjunto de conhecimentos – no sentido amplo que inclui as representações sociais com todos os seus elementos valorativos, ideológicos, etc. – que constituem a produção leiga sobre a saúde e a doença, e que sintetizamos anteriormente. Mas, para além dos conteúdos desse saber, interessa interrogar os processos em que ele é utilizado e os modos como essa utilização se organiza. Como se articula o saber leigo sobre saúde e doença com os restantes saberes em outros domínios sociais? Quais as relações que se estabelecem entre o saber leigo e as estratégias evidenciadas nas práticas?

Procurar perceber a que lógicas – no sentido de fios condutores das ideias – corresponde às escolhas feitas, e as decisões tomadas em matéria de saúde e doença são, a nosso ver, o que permite avançar no sentido da sua compreensão aprofundada, ou seja, no nível das redes de significação ou carga simbólica que dão sentido ao comportamento (GOOD; GOOD, 1992).

Propomos o conceito de racionalidade na medida em que ele se refere aos esquemas de orientação das *lógicas* em direção a objetivos (ou as questões que o pensamento, mais ou menos conscientemente, tem de resolver). *Lógicas* no plural e assinalado em itálico para que não se confunda com a lógica linear e objetiva da racionalidade da ciência. No pensamento leigo, a lógica é plural (admitindo vários esquemas de relação entre causas e efeitos), complexa (fazendo uso de várias dimensões em simultâneo) e influenciada pela subjetividade feita de cultura interiorizada.

Mais do que avaliar a separação ou afastamento entre o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum, o que propomos é a compreensão das configurações de relações múltiplas e interdependentes próprias do conhecimento leigo, evidenciando lógicas de percepção, de sentimento, de cognição, etc., e as múltiplas dimensões a que recorre – valores, representações sociais, experiência, informação científica, etc. – apresentando-se em configurações. É esse tipo de racionalidade cultural que procuramos reconstruir com recurso a resultados da nossa pesquisa (SILVA, 2008; ALVES, 2011). Este texto não pretende apresentar resultados empíricos, pelo que nos limitaremos a exemplificar de forma muito sintética e apenas com o caso da “racionalidade de saudável”¹.

A configuração que baseia a racionalidade de saudável se assenta na representação social que associa natureza com saúde, no sentido em que concebe a saúde como parte da natureza do corpo, uma reserva natural de recursos para fazer face à vida². O corpo é encarado na aceção de corpo-máquina (HELLMAN, 2000) que, “naturalmente”, é saudável à nascença e durante as primeiras épocas da vida, desgastando-se ao longo do ciclo de vida a ponto de, a partir de certa altura (velhice), precisar de cuidados.

A saúde tem claramente o significado que a identifica com não-doença, e associa à funcionalidade em todos os campos da existência (“enquanto houver saúde, a vida corre bem”;³ significa que só a doença é a verdadeira ameaça pois anula a força e a vontade de lidar com o quotidiano) no que corresponde à representação de corpo-instrumento (PIERRET, 1984), cuja finalidade é o trabalho (profissional, doméstico, relacional ou outro). Essas representações – de saúde não-doença e saúde natural, de corpo-máquina e corpo-instrumento – estão na base da percepção de saudável como equivalente de bem-estar, numa concepção em que sobressai a integralidade da noção que o situa ao mesmo tempo na natureza e na sociedade. O bem-estar é referido à saúde no sentido de não-doença, à família e relações familiares, ao trabalho e à vivência em meio ambiente tranquilo no que respeita a não-stress.

Trabalho e família aparecem como valores de referência fundamental que remetem para a integração social como processo relacional situado no convívio familiar (e, secundariamente, com os amigos) e situado na afirmação de autonomia como conquista ou projeto individual. Ou seja, está em jogo a competência social do indivíduo, feita de funcionalidade e auto-controlo.

Como pano de fundo, o *habitus* inter-relaciona o bem-estar com o sistema cultural mais amplo, por via da socialização interiorizada que modela todos os aspectos da relação com o corpo, com a saúde e com a doença – o que é evidenciado pela importância de “o gosto” na justificação das escolhas (a alimentação mais baseada em carne do que em legumes, por exemplo) e de “o hábito” (de que é exemplo o desporto dos jovens, hábito que “se perde” quando eles se tornam adultos) que, por sua vez, dão a ver os valores que subjazem às atitudes (o valor infância que, por exemplo, impõe o esforço para levar regularmente a criança a uma atividade desportiva). A tradição, a família e o trabalho são, assim, valores que autenticam as avaliações da saúde no sentido de saudável, cuja representação se distancia da aceção médica – “comportamentos saudáveis” – embora essa aceção esteja presente no nível cognitivo e não seja contestada ao nível da crença.

Nesta configuração, o conhecimento científico é integrado de formas diversas, mas sempre num nível secundário do processo subjetivo que dá centralidade às representações e aos valores. As práticas quotidianas, de uma forma generalizada, não contêm a conduta de “comportamentos saudáveis”. Mas, na autoavaliação individual, essa ausência não retira o caráter de saudável à vida (“os comportamentos saudáveis são bons para quem precisa deles, isto é, os que não têm uma vida saudável; a minha vida é saudável, eu não preciso”; “eu cuido da minha saúde: reduzi o tempo de trabalho, controlo o stress,...isso é que é o importante para mim”). Este tipo de afirmação (“por enquanto ainda não preciso”) apresenta-se (paradoxalmente para a medicina), independentemente da idade pois, embora seja natural (próprio da natureza) que com o avanço da idade o corpo humano tenha “menos saúde”, essa “menor saúde” não é doença, mas desgaste do corpo devido ao uso que se lhe deu e ao próprio envelhecimento dos órgãos.

Numa outra variante, é negativa a autoavaliação da característica saudável da vida. Esse é o caso, nomeadamente, dos indivíduos para quem o valor trabalho se sobrepõe, na prática, aos outros aspectos da vida. Vivido como imposição exterior que subjuga (“não tenho tempo para descansar, tenho de trabalhar sempre”), ou como projeto de afirmação identitária (“é muito estressante mas não me queixo, gosto do que faço, fui eu que escolhi, é o meu futuro que está em jogo”), o rigor a que os indivíduos têm de se submeter pode condicionar a apreciação da própria vida como não saudável porque lhes falta a prática dos “comportamentos saudáveis”. Este é, no entanto, um “não-saudável-cognitivo” que não anula o

sentimento de bem-estar – o indivíduo retira prazer da dinâmica de dedicação ao trabalho e da expectativa de uma trajetória profissional gratificante.

Nesta configuração, que liga a saúde com a competência social feita de funcionalidade em relação com os valores de trabalho e família, está presente a responsabilidade moral por não adoecer, já que a doença afeta as funções sociais. O indivíduo tem o dever social de ser capaz de gerir os “males” do quotidiano (*illness*) de forma a não permitir que se transformem em doença (*disease*) – este o sentido da expressão “eu não posso adoecer”, tantas vezes expressa. A responsabilidade moral está intimamente ligada com o pensamento sobre a causalidade da doença (ou perda da saúde) que orienta para um novo valor – a vontade individual. O pensamento leigo sobre as causas da doença é revelador do caráter profundamente moral-social ao associar causa com culpa (individual) que se pode traduzir pela fórmula “não tem causa o mal-estar onde não existe culpa” – (“hérnia discal é das tais coisas que não tem assim muita explicação... Ou se tem, ou não se tem”). Vejamos o seu encadeamento.

A lógica universal que encara as causas da doença na separação entre causas internas e causas externas aparece numa organização das causas externas em causas remotas e causas próximas. Numa causa remota – acontecimento do passado em que a pessoa não teve responsabilidade, como as condições de vida na infância ou um acidente – as consequências tornaram-se “condições” no sentido em que existem no corpo sem que haja responsabilidade do indivíduo. Numa causa próxima, os acontecimentos referem-se às relações do corpo com o exterior na vida quotidiana (trabalhar à chuva, correr riscos de acidente, etc.) e nelas está em jogo a responsabilidade (culpa) do indivíduo, na medida em que as pode e deve evitar – o que não significa que o possa fazer, pois outras razões se podem impor à necessidade da sua prática (a medicina é representada como um pensamento ingénuo relativamente a esta não-capacidade de prevenção: “o médico diz que eu não posso fazer esforços... e quem vem fazer o trabalho, é ele?”). As causas internas residem no indivíduo, considerado na sua totalidade de corpo-mente. A noção de vulnerabilidade individual que divide os indivíduos em “fortes” e “fracos” (ALVES, 2011) está presente na lógica que explica as causas do adoecer de uma forma mais tradicional (BRAGA, 2001) (“há alguns que apanham a doença quando ela ainda está na aldeia do outro lado do monte”) ou mais moderna (“se calhar é genético, ou hereditário”). Esta lógica admite a

responsabilidade individual (culpa pelo adoecer) ao relacionar a vulnerabilidade com a personalidade e o caráter do indivíduo, visível com mais clareza no caso da saúde/doença mental (ALVES, 2011). A personalidade “forte” – com força de caráter para superar a adversidade pela força de vontade individual – é a chave para ultrapassar situações difíceis, enquanto que a personalidade “fraca” – protagonizada pelas pessoas que têm nervos e “cismas”, sem força de vontade (“pessimistas”, “miudinhas”, “tristes”) – é facilitadora do agravamento das situações.

Um “último” (no sentido de convocado, habitualmente, no “final” de um raciocínio) elemento nesta configuração é a convocação profundamente “antimoderna” de “o destino” que dá a ver a crença de que a ciência não vence o sobrenatural, que é indecifrável e todo-poderoso. O destino, aliado frequentemente à figura de Deus, representa simultaneamente resignação e esperança, e dá sentido ao conhecimento feito da experiência – a epidemiologia popular (MASSÉ, 1995), que mostra que a morte e as doenças acontecem independentemente dos cuidados individuais com a saúde. Esta lógica de raciocínio baseada no elemento sobrenatural alia-se com o conhecimento científico que está presente nesta configuração, sob a forma de consciência de que a probabilidade de adoecer aumenta com a idade e com o estilo de vida “não-saudável”, conhecimento que se apresenta na forma de informação assimilada (disposição para crer) mas não interiorizada (disposição para agir).

Estamos assim perante uma racionalidade que utiliza uma concepção de saúde como não-doença e a representa em associação com o natural numa visão de corpo-máquina. Esta concepção é enquadrada no sistema cultural amplo através dos valores fundamentais de integração e competência social, em que trabalho e família são elementos relacionais que moldam a visão complementar de corpo-instrumento e apelam à responsabilidade moral, individual, por não adoecer. Nesta configuração, a representação de saudável a refere ao significado de inserção social, embora cognitivamente se reconheça e se afirme a crença na normatividade médica que, na prática, a ela se “opõe”. Imbricado nesta configuração está o modelo explicativo das causas, que revela o valor indivíduo como sujeito de vontade; é este o conhecimento feito de experiência leiga, que remete para a crença profunda no destino como dominante em relação à crença na ciência. Podemos assim considerar que esta racionalidade tem um sentido dual que a integra na continuidade ou tradição – representações de saúde e de saudável,

crença no destino, valor de integração relacional – ao mesmo tempo que integra características da modernidade – valor de competência individual, reflexividade do conhecimento e (veremos em seguida) dominância da instituição médica em paralelo com resistência à medicalização.

Esta a racionalidade que dá sentido e significado à não-prática generalizada dos “comportamentos saudáveis médicos”, às práticas de adiamento da procura de cuidados (recurso tardio, do ponto de vista da medicina) e às de recurso a “terapias alternativas” ou a auto-medicação. Com efeito, na racionalidade leiga, a lógica de saúde (no sentido de vida saudável) reside no bem-estar socialmente construído e não no “saudável” na aceção médica que o reduz ao corpo; a lógica de responsabilidade reside em não se deixar adoecer e em ter capacidade de gerir o mal-estar e os “males” do quotidiano e não em recorrer à medicina quando se sente a saúde ameaçada; e a lógica de lutar contra a doença reside na força interior e na prevenção/evitamento das condições de vida que podem ser causas externas de doença contra as quais a medicina não atua.

A resistência que o saber leigo opõe à medicina não anula a sua impregnação pela “sacralização” da instituição médica nas sociedades modernas – ela é revelada pelo frequente apelo que os discursos lhe fazem, como que se sentindo forçados a justificar a opção pelas outras formas de atuar, assim como é uma manifestação de reconhecimento da sua hegemonia e do seu autoritarismo o fato de tendencialmente se esconder da instituição médica o recurso às práticas alternativas. A reverência da instituição “sagrada” de medicina é ainda visível na lógica pragmática da indisciplina que com frequência caracteriza o recurso à prevenção médica (realização de exames médicos regulares em determinados momentos do ciclo de vida) que, mais do que obedecer a uma agenda, parece corresponder a decisões relacionadas com ansiedades pessoais, numa atitude de exorcismo do medo de adoecer ou, como desenvolveram Freidson (1984) e Illich (1975), de alienação da responsabilidade para a medicina.

Em suma, a racionalidade de “saudável”, aqui explorada como paradigma das racionalidades leigas de saúde e doença, revela a visão holística da relação corpo-mente como unidade ontológica integradora dos vários domínios da vida, pondo em articulação interdependente o mundo individual, o mundo social, o mundo cultural, o mundo natural e o mundo espiritual. Revela igualmente os vários níveis de conhecimento, cognitivo e emocional, experiencial e de

memória, etc., e apresenta uma configuração em que se articulam representações, valores, conhecimentos e crenças, subjetividade no interior da qual a informação médica é integrada como elemento secundarizado. É esta configuração de elementos sociais que dá sentido à concepção de bem-estar, através do qual é compreendida a saúde, e dá significado aos comportamentos que a ela se referem.

Referências

- ALVES, F. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no Norte de Portugal. In: FONTES, B. et al. (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.
- _____. *A Doença mental nem sempre é doença*. Racionalidades leigas de saúde e doença mental. Porto: Afrontamento, 2011. 296p.
- AUGÉ, M.; HERZLICH, C. *Le sens du mal*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1984. 278p.
- BECKER, H.S. *Outsiders: uma teoria da ação colectiva*. São Paulo: Zahar, 1980.
- BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. *A Construção social da realidade*. Lisboa: Dinalivro, 1999. 207p.
- BLAXTER, M. The causes of disease: women talking. *Social Science & Medicine*, v. 17, n. 2, p. 59-69, 1983.
- BOLTANSKI, L. Les Usages sociaux du corps. Paris: *Annales Economies-Sociétés-Civilisations*, v. 26, p. 205-233, 1971.
- BOURDIEU, P. *La Distinction: critique sociale du jugement*. Paris: Minuit, 1979. 640p.
- _____. Lição sobre a Lição. V. N. Gaia: Estratégias criativas. 1996.
- BRAGA, C. *A saúde e a doença na Peneda. Comportamentos e práticas*. 2001. Dissertação (Mestrado em Relações Interculturais), Universidade Aberta, Porto, 2001.
- CARAPINHEIRO, G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajectórias sociais e realidades formais. *Etnográfica*, Lisboa, v. V, n. 2, p. 335-358, 2001.
- CORNWELL, J. *Hard-earned lives*. London: Tavistock, 1984. 215p.
- DERRIDA, J. *Gramatologia*. São Paulo: Perspectiva, 1973.
- DEVEREUX, G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard, 1977. 396p.
- DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?. In ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 83-90.
- ELIAS, N. *Qu'est-ce que la sociologie?* Paris: Pandora, 1981.

- _____. *La Société des individus*. Paris: Fayard, 1997. 301p.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 316p.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1987. 551p.
- _____. *Microfísica do poder*. São Paulo: Perspectiva, 2003a. 295p.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b. 241p.
- _____. *A Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 236p.
- FREIDSON, E. *La Profession médicale*. Paris: Payot, 1984. 370p.
- GEERTZ, C. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323p.
- GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 322p.
- GOFFMAN, E. *A Apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio d'Água. 1993. 297p.
- _____. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998. 158p.
- _____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003. 320p.
- GOOD, B.J.; GOOD, M.-J.D. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. 1992. p.165-196.
- HELLMAN, C. *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth Heinemann, 2000. 328p.
- HERZLICH, C. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1969. 210p.
- ILLICH, I. *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*. Paris: Seuil, 1975. 222p.
- KASL, S. V.; COBB, S. et al. Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. *Arch Environ Health* v. 12, p. 246-266, 1996.
- KLEINMAN, A.; KLEINMAN, J. How bodies remember: Social memory and bodily experience of criticism, resistance and delegitimation following China's Cultural Revolution. *New Literary History*, v. 25, p. 707-723, 1994.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Los Angeles: University of California Press, 1980. 427p.
- LAHIRE, B. *O Homem plural, as molas da ação*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 205p.
- _____. *La Culture des individus*. Dissonances culturelles et distinction de soi. Paris: La Découverte, 2004. 778p.

- _____. Patrimónios individuais de disposições - para uma sociologia à escala individual. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, v.49, p.11-42, 2005.
- LÉVI-STRAUSS, C. *La Pensée sauvage*. Paris: Plon, 1964. 389p.
- LOPES, N. M. *Medicamentos e pluralismo terapêutico: práticas e lógicas sociais em mudança*. Porto: Afrontamento, 2010. 310p.
- MASSÉ, R. *Culture et santé publique*. Montreal: Gaetan Morin, 1995. 499p.
- MAUSS, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF, 1985. 482p.
- NUNES, B. *O Saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século, 1997. 217p.
- PIERRET, J. Les significations sociales de la santé. In: AUGÉ, M. *Le sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1984
- POPAY, J.; WILLIAMS, G. Public health research and lay knowledge. *Soc Sci Med.*, v. 42, n. 5, Mar, p. 759-768, 1996.
- RIVERS, W. H. R. *Medicine, magic and religion*. Londres: Routledge, 2001 (1ª ed. 1924). 136p.
- SANTOS, B.S. *A crítica da razão indolente*. Contra o desperdício da experiência. Porto: Afrontamento, 2000. 374p.
- _____. *Um Discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1987. 62p.
- _____. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 682p.
- _____. (Org.) *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento, 2004. 424p.
- SCHUTZ, A. Bases da fenomenologia. In: WAGNER, H. (org.) *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- SILVA, L. F. *Saber prático de saúde: as lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Afrontamento, 2008. 205p.
- SONTAG, S. *La Maladie comme métaphore*. Paris: Seuil, 1979. 235p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986.
- ZIGLIO, E. Repositioning health promotion: research implications. In: WATSON, J.; PLATT, S. *Researching Health Promotion*. London: Routledge, 2000. p. 23-37.
- ZOLA, I. K. Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological review*, Nashville, v. 31, n. 5, p. 615-630, 1966.

Notas

¹ Destacada no conjunto das racionalidades identificadas: “racionalidade de doença” e “racionalidade de relação com a medicina”, as quais, com a racionalidade de saudável, podem ser subdivididas em racionalidades mais específicas como, por exemplo, “de resistência”, “de fatalidade”, etc. Com efeito, apresentando-se cada racionalidade como uma configuração multidimensional, sua organização temática – que pretende evidenciar esta ou aquela lógica – é função do olhar de quem observa.

² Neste item, os conteúdos do saber leigo referidos são resultado da nossa pesquisa. Em muitos casos elas remetem para resultados semelhantes de outros autores mas, para não sobrecarregar o texto, referiremos a bibliografia apenas nos casos em que os conceitos ou temas usados não foram ainda referenciados nos itens anteriores deste texto.

³ Os poucos casos de frases “idiomáticas” que apresentamos não são extractos de entrevistas mas frases nossas que sintetizam o sentido das expressões ouvidas.

Abstract

Understanding lay rationalities about health and illness

Science is the form of knowledge that has been established as a way to know the only and universally valid truth, based on the epistemological questions and criteria of methodological rigor. The lay knowledge that fills life and guides daily actions, seeks meaning through the symbolic cultural, as opposed to scientific knowledge. The issue of knowledge possibilities about the social reality placed the debate on ways of knowledge production and the consequent contingency of those productions, which substantiates the claim that all forms of knowledge are valid in their context of production. In terms of health and illness, the sociological production has unveiled the contents of lay knowledge and its indisputable presence in individual experience, since the perception of bodily phenomena until the relationship with the medical establishment. This text takes a sociological production on the knowledge issue. Then it reviews the key sociological literature on lay knowledge about health and illness. It concludes with a proposal for understanding lay knowledge processes as rationalities that, in the form of configurations of independent elements, keep health practices in everyday life.

► **Key words:** sociology; health; disease; healthy; lay knowledge; rationale.