

---

## Cuidar e prevenir. Os saberes familiares, tradicionais e medicinais acerca da saúde e da doença

*Dina Carvalho*

O intuito peculiar do nosso estudo foi o de **apreender os modos com a família investe nos cuidados de saúde e de doença visando a prevenção ou a cura quando a situação o exige. Simultaneamente, quisemos apreender os saberes familiares, tradicionais e medicinais, que se revelam vitais nos cuidados e na prevenção da saúde e da doença.** Para efectuarmos esta investigação, estudamos dois meios sociais diferentes - um meio rural (freguesia de Quintã do Concelho de Vila Real) e um meio urbano (freguesia de Gualtar do Concelho de Braga). Atendendo aos objectivos supra referenciados tivemos por pretensão realizar *um estudo aprofundado* sobre a problemática em análise, motivo que nos conduziu a entrevistar um exíguo número de famílias no quadro de biografias familiares.

### **1. Os segredos acerca das crenças – o recurso e influência das crenças.**

No contexto rural por nós estudado, verificamos que a saúde e a protecção contra as doenças são uma preocupação sempre presente no discurso das famílias. As pessoas por nós entrevistadas, apesar de possuírem um baixo nível de habilitações, exprimem com fluência as suas crenças, os seus saberes e as suas experiências acerca da saúde e da doença. É como se as pessoas encontrassem na doença a sua forma última de expressão. Perante esta preocupação, nesta aldeia existe todo um sistema de crenças que envolve as questões da saúde e da doença. Presenciamos que as famílias acreditam na medicina, no entanto, se tal se revelar indispensável, perante uma doença, recorrem a outros agentes que não, apenas, à ciência médica. Neste contexto, pode consultar-se o médico para tratar um sintoma e, simultaneamente, consultar um bruxo, um endireita, recorrer aos chás, às ervanárias, recorrer a Deus, aos santos e assim por diante. Este aspecto segue a linha de pensamento de Claudine Herzlich (1991), que salientou que a medicina, muitas vezes, não é suficiente para responder às nossas interrogações sobre o mal. Por esta razão, os profanos tentam responder ao desafio de completar a perspectiva médica através de uma outra que lhes pareça capaz de resolver o problema que os inquieta. Seguindo o mesmo pensamento, na perspectiva de Berta Nunes (1997, 183) *“as pessoas utilizam os vários recursos terapêuticos sucessiva ou simultaneamente quando tal se lhes afigura necessário. As escolhas são pragmáticas: tentando-se tudo porque o que importa é resolver o problema.”* Poderemos evidenciar que, também, Luís Pereira (1993) assinala que o discurso científico não atinge toda a população e que a população, quando doente, recorre a várias técnicas de cura, nem sempre privilegiando o recurso à ciência médica moderna, experimentando formas alternativas de curar. Também nós averiguamos este aspecto; na verdade, encontramos diferentes formas de curar no meio rural e no meio urbano. O apelo a uma panóplia de recursos alternativos evidencia-se importante para recuperar a saúde no contexto rural. As famílias, de acordo com o meio sociocultural em que se movem, com o conhecimento que têm ao seu alcance e a inquietação que determinada doença causa, apelam a uma panóplia de campos do saber e não, singularmente, à ciência médica. Contrariamente, quando passamos para o urbano deparamo-nos com um apelo quase exclusivo à ciência médica.

Abrimos aqui um parêntesis e ressaltamos um aspecto deveras importante: as crenças que estudamos, nomeadamente no contexto rural, baseiam-se, particularmente, na cura e não tanto na prevenção. Assim, estas crenças têm como efeito terapêutico *a cura*. Recuperar a saúde, depois de uma doença, é uma preocupação lancinante dos indivíduos. Uma doença nunca é cabalmente aceite. Assim, os indivíduos recorrem a meios humanos, divinos e a remédios empíricos para combater esta maldição. Como nos referem Pierre Adam e Claudine Herzlich

(1994), os indivíduos concebem rituais e dirigem-se, indistintamente, aos curandeiros, aos bruxos, aos mágicos, aos sacerdotes e aos santos, cujas práticas englobam remédios empíricos, rituais mágicos e socorro religioso. À semelhança do passado, a relação da doença com as forças transcendentais, hodiernamente, ainda continua presente, assim, que a doença surge e que os meios científicos e tecnológicos não conseguem dar uma resposta imediata e eficaz a determinados problemas relacionados com esta questão. Na perspectiva de Geneviève Cresson (1995) e Marcel Drulhe (1996), a coexistência entre a magia e a religião característica das medicinas antigas, quer de índole do saber e da ciência, quer populares, existe em todas as culturas e tem prevalecido até aos nossos dias, ainda que a intervenção técnica e científica dos profissionais de saúde, tanto médicos como paramédicos e a medicalização das sociedades contemporâneas ocidentais sejam, cada vez mais, consistentes. Assim, numa situação de crise, mobilizam-se todos os meios à disposição para recuperar a saúde. Interessante é verificar-se que daqui não se retiram conclusões visando a alteração de comportamentos que tendem a preservar a saúde e evitar a doença. No contexto urbano, devemos referir que as crenças assinaladas no meio rural perdem importância. Aqui, acredita-se quase exclusivamente no saber médico denotando-se uma maior sensibilização perante as medidas preventivas. Apesar de uma maior preocupação com a prevenção, neste contexto, há um aspecto relevante a assinalar: os indivíduos, pertencentes às classes médias, têm consciência dos riscos de certos comportamentos que se podem revelar prejudiciais à saúde como o tabaco, o álcool ou a condução em altas velocidades; no entanto, através das biografias realizadas, verificamos que os indivíduos acabam por não abandonar este comportamento. A atitude adoptada, muitas vezes, não entra em conformidade com a consciência que se tem dos riscos, em termos de saúde, que esses comportamentos possam acarretar.

Recuperando a ideia do recurso a diversos campos do saber, assinalamos que, muitas vezes, no meio rural em análise, acredita-se que se os médicos não resolvem repentinamente o problema de saúde torna-se imprescindível *ir à bruxa*, pois, ela pode tentar resolver o problema. Tanto através das entrevistas exploratórias, como das biografias, apercebemo-nos desta crença persistente no imaginário dos indivíduos. De salientar, que foi particularmente na freguesia rural que nos falaram das bruxas e dos bruxedos, enquanto que na cidade, talvez por receio, nos afirmaram precisamente que não acreditavam em tal coisa.

Uma particularidade da cultura urbana prende-se com a racionalização<sup>1</sup>. Nesta freguesia, contrariamente ao mundo rural estudado, os indivíduos são muito racionais, reservados e autónomos. Neste mundo, as relações tornam-se mais distantes, mais calculistas, mais reservadas. Perdeu-se, com o decorrer do tempo, a *consciência colectiva* característica das sociedades simples e adquire-se uma *consciência individual* característica das sociedades modernas. Os indivíduos assumem comportamentos mais racionais que se reflectem, impreterivelmente, nos modos de conceber a saúde e a doença. Em oposição, no meio rural, os indivíduos são menos racionais, as relações mais afáveis e partilha-se, quase sem excepções, o mesmo sagrado, as mesmas crenças e os mesmos rituais, adoptando comportamentos menos racionais. Daí que esta população rural, exiba mais propensão em recorrer a várias crenças que são da ordem do racional e do sobrenatural, logo que se trate de pensar a saúde e a doença, assim como, encontrar meios para prevenir uma e debelar a outra, quando tal se exige. Por seu lado, o mundo urbano, reflecte uma maior racionalidade e um mundo onde a ciência ocupa um lugar particular. Max Weber (1971) falou no *desencantamento das sociedades*; no entanto, podemos referir que, actualmente, vivemos em *sociedades reencantadas*. Pois, a verdade é que as crenças, como diria Emile Durkheim (1996), tanto da ordem transcendental como do sagrado imanente permanecem. Neste contexto urbano, se a religião começa a sofrer algumas perdas e alguma descrença acredita-se, por outro lado, em algo mais racional, como por exemplo, no poder da medicina e até de outros actores intervenientes, em relação à saúde e à doença. Daí que os indivíduos experimentem formas alternativas de curar se uma eventualidade emergir. Mas lembre-se que, em primeiro lugar, acredita-se no poder da medicina e dos médicos.

---

<sup>1</sup> No meio urbano, nas biografias que efectuamos, deparamo-nos com uma maior racionalidade.

Os estudos da antropologia médica vêm revelar que, por exemplo, os curandeiros tradicionais se preocupam especialmente em tratar a experiência humana da doença. Dão mais importância às emoções, despertam a esperança e aumentam a auto-estima. Factores essenciais para quem se encontrar numa situação difícil. No curandeiro, muitos indivíduos conseguem descobrir alguém que fala a mesma linguagem. Curandeiros e doentes partilham a mesma visão do mundo e as relações entre eles são informais, íntimas, baseadas muitas vezes num contacto diário<sup>2</sup>. Contrariamente, na medicina ocidental, as relações entre o médico e o doente tendem a ser impessoais e assentam numa linguagem técnica. Os hospitais são hierárquicos, dispõem de pessoal governado por normas e a autoridade é determinada por títulos científicos, o que reflecte a evolução da medicina científica nas sociedades com grande densidade populacional, as quais se caracterizam por contratos ocasionais e contratuais.

Nas cidades, encontramos ainda o isolamento enfrentado pelos indivíduos, a perda dos laços sociais fortes, a perda da solidariedade entre a família, amigos e vizinhos das comunidades simples e, simultaneamente, a emergência de uma *consciência individual*, que leva a que surjam disfunções a nível da saúde características das cidades. Esta *consciência individual* faz com que, por exemplo, as crenças não sejam comuns a toda a população. Cada indivíduo possui a sua crença. Assim, neste mundo, aparecem as opiniões que reflectem a vida rural como mais saudável, conferindo-se à vida na cidade muita origem da doença – as doenças relacionadas com o stress, o cansaço psíquico, as doenças mentais, as doenças relacionadas com a poluição e com o ruído. Saliente-se que estas doenças não são exclusivas das cidades; no entanto, são nelas mais visíveis. Como nos menciona Susana Duarte (2002, 35), “ (...) estas situações, não sendo exclusivas das zonas urbanas, são nelas mais evidentes, dado o desenvolvimento de aglomerados de problemas sociais, relacionados com minorias, desenraizados e emigrados, ao chamado mal-estar cidadão, caracterizado por depressões, alterações emocionais, dificuldades educacionais e quebra de laços familiares (...)”. Contrariamente, no contexto rural, no que se refere às crenças, verificamos que são praticamente comuns a todos os indivíduos. Utilizando as palavras do eminente sociólogo Emile Durkheim (1998), existe uma *consciência colectiva* muito forte. À semelhança das sociedades simples estudadas pelo sociólogo, também neste contexto há uma partilha muito grande dos valores e das crenças. É interessante salientar que mesmo as pessoas com elevados níveis de escolaridade, quer pela influência da família, quer pelo contexto cultural e social em que se encontram, acabam por partilhar essas mesmas crenças. Por exemplo, acreditam que recorrendo a uma bruxa se pode, muitas vezes, resolver um problema de saúde. No entanto, algumas pessoas com as quais tivemos conversas informais, um pouco apreensivas, e talvez com receio de parecer ridículo, acabaram por nos afirmar que não acreditam em tais coisas. Assim, como os homens, que se mostram mais reservados, relativamente, a estas questões. Estas crenças aparentemente irracionais, quando analisadas no seu contexto social, económico e cultural, ganham sentido. O facto de estarmos perante uma aldeia, cujo número de habitantes é muito reduzido, leva a que a partilha do mesmo sagrado e das mesmas crenças seja muito forte e seja transmitido de geração em geração. É insignificante o número de pessoas que por um motivo de doença não tenha consultado uma bruxa. Nesta cultura, a experiência do dia-a-dia, transmitida ao longo dos tempos por palavras e imagens, revela-se importante no comportamento das pessoas, nos seus valores e nas suas crenças perante as questões de saúde e de doença.

Torna-se impreterível evidenciar que um terapeuta, frequentemente consultado quando se trata de um problema de ossos, é o endireita. Todas as pessoas com as quais falamos na aldeia, perante um problema de ossos, vão ao endireita. Só em casos muito pontuais, nos quais se tem consciência que o osso está partido, é que se dirigem ao hospital.

---

<sup>2</sup> Ressalta a necessidade que as pessoas têm da carismática figura do *João Semana*, personagem do Romance, *As Pupilas do Sr. Reitor*, de Júlio Dinis. *João Semana* personifica a figura de um médico de aldeia, que se num momento assistia a um parto, no momento subsequente já se podia encontrar a dar assistência aos bêbados ou a aconselhar as jovens casadoiras (etc...).

Quando passamos para o contexto urbano, a crença no endireita perde o seu valor. Este facto poderá justificar-se pela maior capacidade de resposta dada pelos serviços de saúde. Contrariamente, na freguesia rural algumas incapacidades demonstradas pelos serviços de saúde levam a uma procura de outros meios de tratamento, que não o recurso ao Hospital ou ao Centro de Saúde. Apesar do conhecido aumento do PIB (8,5%) no domínio da saúde e da reestruturação dos serviços de saúde, apercebemo-nos que existe, particularmente nas regiões do interior do país, um descontentamento relativamente aos sistemas de saúde em Portugal. Simultaneamente, assistimos, nas opiniões dos entrevistados, a uma falta de eficácia, especificadamente nos centros de saúde. Faz parte do actual discurso político de todos os países desenvolvidos, falar do esgotamento do *modelo tradicional* dos serviços de saúde, particularmente, dos europeus e tentar encontrar novos modelos que dêem resposta ao conjunto da população no campo de cuidados de saúde. Reconhecida a crise, que começa na ruptura financeira dos serviços, procuram-se novos modelos para a saúde e para a Segurança Social, assentes noutros princípios de funcionamento. Assim, a sociedade portuguesa tem mobilizado muita energia e muitos meios para melhorar o estado de saúde da população. São exemplos, as sucessivas tentativas de reestruturação do sector da saúde. Não obstante, e como refere Graça Carapinheiro (1987), os serviços públicos de saúde não dão resposta a todos os pedidos da população. Como agravante, os serviços de saúde privados não se encontram ao alcance de uma franja extensa da nossa população. É impensável às pessoas de condições sociais modestas, como é o caso das famílias entrevistadas em Quintã, terem acesso aos serviços privados de saúde. A consulta no Centro de Saúde, por seu lado, deve ser marcada com um ou dois meses de antecedência. Segundo a visão das pessoas da aldeia, a doença é algo que não se prevê. É de instalação súbita e quando se adocece, dificilmente, se obtém uma consulta rápida. A única alternativa é dirigir-se ao Centro de Saúde de Vila Real, que dista 15 quilómetros, não podendo dirigir-se logo ao Hospital; só em casos considerados muito graves como, por exemplo, em caso de acidentes. Quando se chega ao Centro de Saúde e o problema exija radiografias ou exames, aí sim, com uma carta do médico que os atendeu são consultados no Hospital de Vila Real. Como refere Maria Engrácia Leandro (2001 c, 233), “*estas medidas visam dissuadir os utentes a dirigirem-se para o hospital quando os problemas de saúde possam ter resposta nos centros de saúde. (...) A lógica é que o hospital é para tratar e o centro de saúde para acompanhar e prevenir.*” Se recuarmos no tempo, verificamos que em Portugal, desde o fim da Segunda Guerra Mundial e até aos anos 60, o hospital foi considerado a peça primordial do sistema de saúde, correspondendo esta tendência a uma orientação *hospitalocêntrica*. A partir de então, ele passa a ser considerado como uma peça superior, mas não principal, do sistema de saúde, reflectindo-se aqui uma mudança política para o *sanitarismo*, através da consagração legal da filosofia de prevenção e promoção da saúde e do esforço de organização dos serviços de cuidados primários (G.Carapinheiro, 1993). Esta mudança de política reflecte uma mudança de paradigma, que vem demonstrar o quão importantes são os factores individuais e sociais no adoecer e apontando para uma medicina mais integral. Para exemplificar, podemos apontar a ideia de basear os serviços de saúde nos cuidados primários, na responsabilidade dos médicos de família e de apoios menos distanciados. Estes serviços de saúde primários assentam no médico de família ou clínico geral, que assume a responsabilidade de controlar o acesso dos pacientes a cuidados especializados e a recebê-los para a continuação dos cuidados (C. Paúl, 2001).

Perante o exposto, concluímos que o hospital deve ser procurado só em casos de verdadeira necessidade ou em casos muito pontuais. Podemos, no entanto, verificar que num contexto rural do interior transmontano, onde um médico de família tem a seu cargo centenas de pacientes e onde apenas se pode ser consultado das 10 horas da manhã ao meio-dia, muitas vezes não resta outra solução aos indivíduos senão a de procurar o hospital. É inegável que o hospital ainda vive no centro das tensões do Sistema de Saúde e é alvo de todas as expectativas por parte dos pacientes. No entanto, a procura do hospital como *tábua de salvação* para todos os males, somada a uma série de dificuldades a nível da gestão hospitalar, acaba por condicionar a eficácia do seu funcionamento e faz com que a sua

produtividade seja reduzida, verificando-se que uma utilização inadequada dos recursos leva a um desperdício na ordem dos 25% (M. Antunes, 2001). Ainda segundo este autor, a generalidade do Sistema Nacional de Saúde funciona com imensas ineficiências de que são exemplo as listas de espera.

Perante todos os obstáculos supra referenciados, muitas vezes as pessoas recorrem a quem lhes dá uma resposta mais rápida e, em muitas opiniões, eficazes. Neste contexto rural, confirma-se o pensamento de Berta Nunes (1987) quando refere que a falta de resposta dos serviços de saúde, em particular dos centros de saúde, é, talvez, uma das razões porque as pessoas continuam a recorrer aos endereços de mais fácil acesso e que resolvem muitas das situações comuns. Apesar do exposto, não podemos esquecer que há um cada vez maior investimento no domínio da saúde e a tentativa de um sistema equitativo.

Outro aspecto, que também tem vindo a ganhar terreno na freguesia é a procura das medicinas alternativas. Não obstante este facto, apenas uma família em estudo revelou procurar estes profissionais em detrimento da ciência médica. Assinalamos, novamente, que o recurso à medicina alternativa se baseia na cura e não na prevenção. Quando passamos para o contexto urbano, deparamo-nos com opiniões desiguais. O recurso a esta medicina não se justifica, pois permanece a dúvida dos medicamentos serem ou não naturais. Prevalece uma desconfiança, que não é visível no contexto rural. Note-se que, no meio rural, das duas famílias entrevistadas, uma recorre quase exclusivamente à medicina alternativa, enquanto a outra família nunca recorreu a este campo do saber, manifestando-se reticente e focando que nunca pensou em apelar a este tipo de saber, única e exclusivamente porque não tem conhecimento sobre o assunto.

Observamos também um meio rural em que as pessoas se manifestam muito crentes e têm uma fé muito grande em Deus, em Nossa Senhora e nos santos da sua devoção. A pessoa doente e os membros da família mais próximos investem na fé, rezam, fazem promessas aos santos, crêem e sacrificam-se na esperança de uma dádiva, por parte de uma divindade, que tudo consegue, inclusive curar. Como refere Luís Pereira (1993, 169), “ (...) *pede-se o milagre que cura, e o amor pela divindade, é recompensado pelo supremo amor da divindade que concebe a graça de sarar quem a ela recorre.*” Aqui, a fé apresenta-se como um campo capaz de curar o doente. Seguindo a mesma perspectiva, Maria Engrácia Leandro (2001a, 70) salienta que “ (...) *as religiões, umas mais do que outras, oferecem um sentido para a saúde e para a doença e no caso da religião católica há mesmo um certo número de santos milagreiros e/ou protectores em relação a esta ou aquela doença ou ainda outras forças transcendentais de carácter mais geral, tal é o caso de Nossa Senhora sob a égide de várias evocações sem esquecer, sobretudo, as designações da Senhora da Saúde, a Senhora dos Milagres e a Senhora dos Remédios (...).*” Assim, a frase “*Deus tanto ajuda como castiga*” é habitual no vocabulário das pessoas quando o assunto é a saúde e a doença. Algumas pessoas manifestam uma fé tão profunda que, incansavelmente, as promessas, no meio rural, fazem sentir-se com veemência. Presenciamos que a frase: “*Deus me ajude perante esta doença*” é usual neste meio rural. Sublinhe-se, novamente, o recurso a Deus no domínio da cura e não da prevenção. Por seu lado, no contexto urbano, em analogia com pensamento de Max Weber (1971) salientamos que encontramos um *mundo desencantado* onde a perda da influência religiosa deu origem ao pensamento racional. Denota-se o fenómeno de secularização, que assinala a passagem de uma sociedade marcada pela religião a uma sociedade onde parece não existir lugar para Deus (F. Isambert 1976). No entanto, é importante referir que, apesar de uma maior racionalidade, as famílias em estudo apontam que, caso vivessem uma doença grave, não hesitariam em recorrer a Deus. Relativamente a esta racionalização patente nas sociedades contemporâneas, Maria Engrácia Leandro (2001a, 71) refere o seguinte: “ (...) *nos últimos tempos, que pretendem ser os do triunfo da racionalização, é frequente acontecer, em muitos casos de doença, consideradas incuráveis ou não pelo corpo de especialistas da saúde, em muitas situações mais ou menos desesperadas, os crentes, praticantes ou não, e até os não crentes, recorrerem aos santos ou a outras formas de intervenção das forças divinas, tentando*

*encontrar resposta para o mal, para o qual a ciência e a técnica ainda não conseguem oferecer uma resposta cabal.”*

Nos contextos sociais analisados, podemos verificar que as estratégias sociais de cura<sup>3</sup> são, particularmente, o recurso à ciência médica, à bruxa, ao endireita e a religião. No entanto, através do exposto verificamos, que se no mundo rural, têm lugar estes vários campos do saber, os quais podem ser utilizados cada um em exclusivo ou mais de que um cumulativamente, no mundo urbano têm preeminência a ciência médica. Como já referimos previamente, a informação de que dispõe o doente e a família e angústia, que a doença lhe origina, fazem com que um ou outro recurso alternativo seja procurado. Como nos refere Luís Pereira (1993, 171; 172), “*é assim que os itinerários terapêuticos assumem várias formas, direcções e inflexões ao longo do processo de cura (...) há perguntas que o doente se faz a si mesmo que não podem ser respondidas por uma só dessas áreas do saber e, por outro lado, há em todas as áreas provas irrefutáveis de cura.*”

## **2. A articulação dos saberes em torno da saúde e da doença - os saberes em função da prevenção e dos cuidados sanitários.**

Nas famílias entrevistadas, apercebemo-nos que os *saberes* são pragmáticos, pois, o importante é resolver o problema que as desinquieta. Como nos refere Berta Nunes (1997, 199), “*o saber da mente camponesa é um saber pragmático, um saber de acção e não de abstracção, um saber que provém do fazer e do ver fazer, do acreditar e não do sistematizar, experimentar e abstrair. O que convence é o resultado que se constata e não o debate hipotético.*”

Como tivemos oportunidade de referir nas crenças, também ao nível dos *saberes* acerca da saúde e da doença, salientamos que estes têm particular relevância na esfera dos cuidados mais do que na esfera da prevenção. Recorre-se a um ou outro *saber*, particularmente, perante a doença e muito pouco ao nível da prevenção. Não obstante, referimos que os *saberes* que se relacionam com os cuidados a nível da alimentação estão bem presentes. Este facto demonstra que no domínio da alimentação, há uma sensibilidade visível ao nível da prevenção. Se recuarmos algumas décadas no tempo, duas ou três, são suficientes para entendermos este recurso aos *saberes* familiares e tradicionais, que com a passar dos anos, foram sendo transmitidos de geração em geração. Sendo o corpo a principal força de trabalho e de *ganha-pão* não era *permitido adoecer* e, muito menos, deixar de trabalhar. Havia necessidade de trabalhar para alimentar a família. Simultaneamente, perante uma doença, a população via-se confrontada com vários obstáculos, dos quais destacamos, a título exemplificativo, o facto do Centro de Saúde mais próximo distar 4 quilómetros, distância esta que era percorrida, na maior parte das vezes, a pé e o ter, apenas, acesso a um médico, levava a que as pessoas estivessem, um ou dois meses, à espera de uma consulta. Simultaneamente, assistia-se à falta de cuidados de enfermagem. A falta de recursos económicos, também não permitia pagar uma consulta no médico particular. Todos estes factores levaram a que a população, ao longo das gerações, fosse conservando e transmitido um saber que ajudava a recuperar a saúde. Uma frase muito ouvida, durante a investigação, poderá resumir-se assim: “*Antigamente não havia o que há hoje. A gente valia-se daquilo que tinha em casa, daquilo que sabia.*” Assim, deparamo-nos, no contexto rural, com uma enorme fonte de *saberes*<sup>4</sup> acerca da saúde e da doença.

<sup>3</sup> Relembre-se que as biografias realizadas na freguesia de Quintã demonstram que estamos perante uma população mais preocupada com o debelar da doença do que com a prevenção da mesma, ao nível da prevenção, haverá ainda um longo caminho a percorrer. Contrariamente, no contexto urbano, encontramos uma população não só preocupada com a cura, mas igualmente preocupada com a prevenção. Este aspecto justifica-se pelo contexto social, económico e cultural que envolve e distancia estas duas populações.

<sup>4</sup> Segundo Maria Engrácia Leandro (2002a, 2), entendemos por saberes “*(...) uma vasta gama de saberes tradicionais ou outros em relação directa com a prevenção da saúde ou o tratamento de certas doenças, normalmente menos graves, como, por exemplo, o recurso aos chás para curar uma gripe, tisanas para*

Para análise deste tema iremos apresentar um receituário tradicional recolhido durante a nossa investigação. *Saberes* recolhidos tanto no meio rural como no urbano. No entanto, assinalamos que, no meio rural, deparamo-nos com um mundo onde, praticamente, todos os indivíduos sabem algumas *mezinhas caseiras*, como eles lhe chamam. Quando começamos por perguntar às pessoas mais velhas, quais os *saberes* em torno da saúde e da doença que mobilizavam sempre que alguém estivesse doente, as pessoas olhavam para nós e não entendiam. Reformulamos a questão e perguntamos se sabiam algumas *mezinhas caseiras*, aí sim, obtivemos como resposta um “*sim*”. Contrariamente, no meio urbano, encontramos duas famílias que nos confessaram não entenderem muito destes *saberes* tradicionais acerca da saúde e da doença. Estas, dão mais importância à *farmácia* que têm em casa, sempre com um medicamento para as dores de cabeça, de dentes, dores menstruais; enfim, um medicamento que alivie qualquer dor pequena. Simultaneamente, a bétadine, o álcool e o mercúrio, também, fazem parte desta *farmácia caseira*. Referiram que qualquer dor, mais forte, consultava o médico. No contexto urbano, os homens, apesar de se demonstrarem mais abertos, não nos referiram nenhum *saber* particular, relacionado com a saúde e com a doença, pois nunca lhes tinha sido transmitido nenhum. Há um aspecto importante a salientar; esta transmissão é visível, particularmente através da relação mãe – filha. Este facto justifica-se, pois nesta aldeia existe uma mentalidade muito enraizada na tradição, que considera a mulher a principal responsável pela casa, pelos filhos e pelo marido. Todos os aspectos ligados à saúde são domínio exclusivo da mulher. Aos homens cabem os trabalhos fora de casa, seja na agricultura, nas obras ou no comércio. Este facto vai de encontro ao pensamento de Maria Engrácia Leandro (2001a, 87) quando refere que “ (...) à mulher continuam a ser socialmente atribuídas maiores responsabilidades de intervenção e implicitamente exigida mais eficácia junto dos familiares, logo que se trate das questões relacionadas com a saúde e a doença (...) os homens, sendo por definição profissionais no exterior, ainda que a mulher os acompanhe cada vez mais nesta função, inscrevem-se diferentemente no campo familiar doméstico e na respectiva produção de cuidados sanitários.” Assim, deparamo-nos com um universo onde, dificilmente, os homens se manifestaram em relação à saúde referindo sempre: “*Pergunte à minha mulher, ela é que sabe dessas coisas.*” Vários estudos realizados, nas últimas décadas, a nível nacional e internacional (M. Segalen, 1981; F. de Almeida, 1994; G. Cresson, 1995; J. Kaufmann, 1996a; B. Nunes 1997; C. Saraceno, 1997; M. E. Leandro, 2001a; entre outros) vêm demonstrar, precisamente, esta dedicação particular da mulher aos cuidados relacionados com a saúde e com a doença. Com a divisão sexuada do trabalho, dentro do casal, é a mulher que tem à sua responsabilidade o cuidado da família, dos filhos e que contribui para o bom funcionamento da vida doméstica. Dentro do lar, ela assume a responsabilidade de cuidar da saúde dos seus elementos, quando vê que o seu filho, o seu marido, ou algum familiar a seu cargo, precisa de cuidados específicos, consulta um especialista e segue as suas indicações. Esta divisão sexuada do trabalho faz com que a mulher seja um agente de saúde primária no interior da família. À mulher é atribuído um papel distinto na prevenção da doença e no cuidar da saúde de todos os elementos que tem a seu cargo. Como refere Geneviève Cresson (1995, 46), “*Considerar a família como produtora de cuidados profanos ou de suporte social, não impede de relembrar que os seus membros não estão implicados de maneira idêntica neste processo, que solicitam mais as mulheres.*” Este aspecto é visível, quer no contexto rural, quer no urbano. Não obstante, no meio urbano, o homem assumir algumas responsabilidades, fá-lo particularmente na

---

*tratar um certo número de problemas ou evitá-los, exercícios físicos, cuidados alimentares, os cuidados em casa em caso de doença, entre outros. A isto acrescenta-se também o recurso aos agentes a nível das medicinas paralelas que podem interferir e trazer remédios para a cura, como por exemplo, o caso do curandeiro, do endireita, das ervanárias, da bruxa, das promessas aos santos curandeiros.... Iguamente no que diz respeito aos saberes que a família aprende a utilizar com a experiência da doença dos seus membros ou em contacto com os médicos ou outros profissionais de saúde sem ter necessidade de os ver cada vez que tem um problema, assim como os saberes que lhes são transmitidos por redes de vizinhança, pelos amigos, pelos colegas de trabalho, entre outros.”*

ausência da mulher. Verificamos que quando a mulher se encontra presente, é a ela que cabe esta responsabilidade. Sendo assim, as mulheres cuidam da saúde e previnem as doenças no interior da família. A memória colectiva não apaga estes *saberes* que se foram transmitindo de geração em geração. É habitual ouvirmos ‘*a minha avó utilizava, a minha mãe também; então, eu também utilizo*’. Esta frase expressa, distintamente, esta transmissão de *saberes* ao longo das gerações. Interessantes assinalarmos que estes *saberes* se baseiam, particularmente, nas plantas, valoriza-se a eficácia terapêutica das plantas.

Se recuarmos no tempo, presenciamos que, desde a pré-história, os seres humanos não só recorrem às plantas pelo seu valor material, como, também lhes atribuem significados religiosos, estéticos, poéticos e morais. Os primeiros registos da utilização de plantas medicinais foram compilados pelos Assírio-Babilónios e Egípcios. Um dos documentos mais antigos e importantes é o papiro egípcio *Ebers* (1.500 a. C), que inclui mais de setecentas receitas médicas à base de produtos naturais, como alcaravia, coentro, alho, linhaça, hortelã-pimenta, figos, funcho, anis, papoila e óleo de rícino. Na Grécia antiga existia um grupo de rizólogos, que se dedicava ao estudo das raízes das plantas. Colhiam, preparavam e vendiam espécies medicinais. Aristóteles e Hipócrates desenvolveram uma teoria sobre as qualidades primárias do corpo e o equilíbrio dos fluídos ou humores, a qual determinou o uso dessas plantas durante mil e quinhentos anos.

Desde o ano 500 da nossa era, que frades e freiras cristãos tinham começado a fundar, por toda a Europa, conventos com os respectivos jardins, onde compilavam as plantas medicinais que usavam nas enfermarias. As experiências feitas por Mendel, nos seus estudos sobre a hereditariedade, como a teoria de Pasteur acerca do desenvolvimento dos germes, através da fermentação mostram que as plantas sempre desempenharam um papel relevante na evolução do conhecimento humano. Desde os tempos mais remotos, que os médicos tentam encontrar nas plantas e noutros produtos naturais a cura para as doenças. Apesar de muitas propriedades, terapêuticas que primitivamente lhes eram atribuídas não serem hodiernamente reconhecidas no Ocidente, quase todas as terapias à base de plantas medicinais se baseiam em descobertas empíricas feitas à milhares de anos. Por exemplo, para tratar as febres elevadas, os curandeiros do Zaire dirigem-se a uma parte sagrada da floresta, lugar de sepultura dos seus antepassados, onde colhem as plantas e recitam orações, no precioso momento em que desaparecem os últimos raios solares, enquanto pedem aos espíritos ancestrais que façam o calor da febre desaparecer do mesmo modo que a luz do sol. Verificamos assim que o mérito atribuído às plantas, desde os tempos mais remotos, continua presente no quotidiano dos indivíduos entrevistados.

Passamos, de seguida, a apresentar um receituário onde podemos analisar alguns<sup>5</sup> destes *saberes acerca da saúde e da doença*,<sup>6</sup> que se foram revelando ao longo do trabalho de campo.

---

<sup>5</sup> Por questões de espaço não é possível uma apresentação completa destes saberes, por isso expomos apenas parte deles.

<sup>6</sup> Revelamos, aqui, uma panóplia de *saberes* que permanecem na memória dos indivíduos entrevistados. Como diria Almeida Garrett (1980, 193), “(...) *as circunstâncias, para assim dizer, episódicas de um grande feito sabido e provado, quem as conservará, se não forem os poetas, as tradições, e o grande poeta de todos, o grande guardador de tradições, o povo?*”



Saberes acerca da saúde e da doença		
Recursos terapêuticos	Exemplos	Curas
Saberes familiares e tradicionais	Cidreira	Má disposição
	Tília	Acalma/ansiedade
	Camomila	Acalma
	Limão com mel	Constipação
	Oliveira	Dores de cabeça
	Folhas do limoeiro (n.º impar)	Dores de garganta
	Pelicão	Fígado
	São Roberto	Dores de estômago
	Pés de cereja	Problemas de bexiga
	Urtigas	Prisão de ventre
	Funcho	Dores abdominais/ tosse/ cólicas dos bebés/ catarro/asma/ dores de cabeça/ tonturas/ dores menstruais
	Milefólio	Estimula o apetite/febre/ constipações e gripe
	Milefólio; camomila; hortelã-pimenta	Problemas gastrointestinais e da vesícula
	Alquemila	Diarreia/ enterites/ problemas da menopausa/ menstruação abundante
	Bardana	Pulmões/ fígado/ vesícula
	Vidoeiro	Antiparasitário/ rins/ eliminação de pedras renais/ inflamações da bexiga/ gota/ reumatismo
	Aveia	Fígado/ disenterias/ insónias/ inflamações de garganta e laringe/ falta de apetite/ esgotamento nervoso
	Hipericão	Ansiedade/ insónia/ inquietação/ dores de cabeça/enxaquecas
	Folhas de eucalipto (lavar-se com água onde repousaram alguns minutos estas folhas)	Infecção dos intestinos
	Mel, whisky e água a ferver; ponche bem quente; vinho branco com açúcar bem quente; vinho tinto com açúcar bem quente; comer alho	Constipações

	Cenouras e açúcar (cenouras às rodelas e açúcar deixar 24 horas a repousar)	Tosse	
	Sumo de limão com leite a ferver	Amigdalite	
	Côdea de pão bem quente (aplicar sobre o herpes); tomar uma mistura de sumo de limão com uma colher de gérmen de trigo, argila branca e uma colher de levedura de cerveja; sumo de limão com pó de argila branco (aplicar sobre o herpes)	Herpes	
	Mel caseiro (embeber um toalhete em mel e pousar em cima do furúnculo)	Furúnculos	
	Aguardente (embebida em algodão); Fumo do cigarro	Dor de dentes	
	Água bem quente (deitar em sacas plásticas passar nas partes que doem)	Dores de barriga	
	Olhar para o verde até chorarem os olhos; água das vides (passar nos olhos)	Problemas de olhos	
	Água de uma poça (passar a água na verruga)	Verrugas	
	Um cálice de aguardente	Má disposição/sensação de enfiamento	
	Cevada de borras; beber em jejum um copo de água morno; laranjas; ameixas quentes; kiwi	Prisão de ventre	
	Reza (3 dias seguidos)	Aftas	Olhar para uma estrela e dizer: estrelinha dalém tirai a afta que o meu menino tem. Rezar uma Ave Maria sempre a olhar para a estrela.
	Xarope de alteia	Rouquidão/ dores de garganta/constipações/bronquites/inflamações dos tractos digestivos e urinário	

	Toalhetes embebidos em água e vinagre	Febre
<b>Terapias alternativas</b>	Endireitas	Ossos
<b>Mulheres de virtude</b>	Bruxas	Mau-olhado; mal de inveja; almas....
<b>Medicinas alternativas</b>	Acupunctura; naturopatia; homeopatia,....	Pessoas com a capacidade de interpretar e agir sobre a doença
<b>Santos de devoção</b>	Nossa Senhora de Fátima; Nossa Senhora da Serra; Nossa Senhora da Saúde; Nossa Senhora das Dores; São Judas Tadeu; São Bartolomeu; São Brás	Protegem e curam contra as doenças
<b>Saber médico</b>	Recurso ao hospital; Centros de Saúde	Cura baseada no modelo biomédico

As formas de *saberes plurais* aqui apresentados podem soar-nos a familiares. Provavelmente, todos nós já tivemos oportunidade de experimentar um ou outro deles. Quando questionados sobre a eficácia destes *saber*, ressalta-se que os interlocutores referiram ter experiências positivas com estas *mesinhas caseiras*. Na aldeia, existe uma espécie de crença generalizada na eficácia destes *saberes* e as práticas correlativas. Achemos oportuno referenciar Berta Nunes (1987, 240) quando afirma que “*estamos perante um exemplo da autonomia e do saber fazer de muitas mulheres do povo que, à falta de outros recursos, dispunham de soluções próprias para os problemas mais comuns de saúde.*” Também, neste contexto rural, nos deparamos com uma panóplia de *saberes* que são utilizados quando o problema de saúde é habitual, em detrimento de uma consulta médica, que pode demorar meses ou de uma consulta, num médico particular, que é muito dispendiosa para a maioria dos habitantes da freguesia. São em número reduzido os habitantes que têm habilitações elevadas e que têm oportunidade de exercer uma profissão com salários elevados. A maioria da população vive da agricultura ou do comércio, facto este, que não permite visitas assíduas aos médicos particulares. Quando tentamos fazer uma analogia entre *os saberes*, do meio rural e do meio urbano, apercebemo-nos que não era possível. Pois, se a população rural entrevistada apresentou um enorme receituário de *saberes* acerca da saúde e da doença, as duas famílias entrevistadas no contexto urbano, para além da cidreira, da tília, da camomila e dos toalhetes embebidos em água e vinagre, não nos revelaram mais nenhum, simplesmente porque não sabiam muito mais. A pertença social dos indivíduos rurais contribui para que perante uma doença, se experimentem formas alternativas de curar e se mobilizem determinados *saberes familiares, tradicionais ou medicinais*. Os *saberes* acerca da saúde e da doença, transmitidos ao longo das gerações e o saber que se apreende com os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, assim como com a própria experiência de doença, são mobilizados em primeiro lugar. Só depois se a doença persistir é que se consulta o médico. No meio urbano, os *saberes* são pouco conhecidos e procuram-se os profissionais de saúde na maior parte das vezes. Se bem que as famílias entrevistadas nos tenham referido que a experiência de uma doença precedente tenha já ajudado em algumas situações. Referiram-se, particularmente, às situações de febre nas crianças, ao nascimento dos dentes e às cólicas.

Em articulação com as crenças e os *saberes* aqui apresentados, torna-se importante uma breve reflexão sobre as medidas de saúde preventiva. Constatamos que a condição social e a pertença a contextos sociais diversificados influenciam as atitudes e os comportamentos acerca das medidas de saúde preventiva. Refira-se que as medidas de saúde preventivas, no contexto urbano, assumem-se imprescindíveis. Por seu lado, na freguesia rural, saliente-se que se a população mais jovem começa a ganhar consciência das necessidades destas medidas, a população mais velha desconhece grande parte delas. Aparentemente, neste contexto, os indivíduos preocupam-se mais com a cura e, muito pouco, com a prevenção. Este facto justifica-se, em virtude, das baixas habilitações literárias que não possibilitam o entendimento dos conselhos do médico e que, simultaneamente, também não possibilitam a compreensão de algumas campanhas de prevenção. A rede de amigos, que assume grande influência nas questões da saúde e da doença, também ela deficitária, em termos escolares, não esclarece muito em termos de prevenção. Constatamos que são as famílias com mais habilitações escolares e uma melhor condição social que se apresentam mais intervenientes ao nível da saúde. A título exemplificativo referimos que estas famílias têm mais cuidado com a alimentação, com o vestuário, uma maior preocupação com a higiene e recorrem, mais vezes, aos médicos seguindo com mais minúcia os seus conselhos. Nas classes populares, a doença é considerada como uma alteração brusca e importante das suas faculdades, susceptível de impossibilitar a sua actividade diária. Nas classes médias, pelo contrário, a doença é, muitas vezes, considerada como uma alteração progressiva da saúde que é possível prevenir ou curar em todas as suas etapas. Estes grupos atribuem maior valor à prevenção e não hesitam em recorrer ao médico para um problema de saúde sem grande importância. No que se refere à prevenção, não podemos deixar de focar um aspecto essencial: a falta de informação sobre a saúde no nosso país, especialmente quando se trata da prevenção das doenças, é enorme, em alguns grupos sociais e em algumas partes do país. Não tendo uma informação essencial sobre a prevenção, não podem pô-la em prática no decurso da vida. Talvez seja tempo de cada indivíduo reconhecer que a prevenção é imprescindível para assegurar a saúde vista, actualmente, como valor elementar da vida e atingindo preocupações de dimensão inexorável. Como refere Constança Paúl (2001, 140;141): “Finalmente, todos os presidentes de Câmara continuarão a exigir um Hospital no seu município, todos os presidentes de Junta de Freguesia continuarão a exigir um centro de saúde na sua localidade, todos os cidadãos continuarão a exigir um médico na sua rua ... e todos os recursos serão sempre insuficientes para a medida das nossas aspirações e crenças no poder da Medicina, para a medida das nossas dores. Talvez seja tempo de começarmos a olhar mais atentamente para a nossa qualidade de vida e de fazermos também, cada um de nós, um pouco mais por ela.” Relembre-se que talvez seja tempo de começarmos a dar atenção às medidas de saúde preventiva, pois estas revelam-se essenciais hodiernamente.

## Bibliografia

- ADAM P., HERZLICH C., (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université.
- ALMEIDA J., (1994), *Introdução à sociologia*, Lisboa, Universidade Aberta.
- ALMEIDA G., (1992), *Viagens na minha terra*, Lisboa, Biblioteca Ulisseia de Autores Portugueses, 6ª Ed.
- ANTUNES M., (2001), *A doença da saúde*, Lisboa, Quetzal Editores.
- AUGÉ M., HERZLICH C., (1994), (dir.), *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. Archives Contemporaines, 4ª Edição.
- BÈRESNIACK A., DURU G., (1999), *Economia da saúde*, Lisboa, Climepsi Editores.
- CARAPINHEIRO G., (1986), “A saúde no contexto da sociologia”, in *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº1.

- CARAPINHEIRO G., (1987), “Cenários de estratégias médicas no hospital”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra, CES, pp. 141-156.
- CARAPINHEIRO G., (1991), “Médicos e representações da medicina: humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares”, in *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 9, pp.27-41.
- CARAPINHEIRO G., (1993), *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Ed. Afrontamento.
- CARVALHO R., (1994), “‘Bruxas’ e ‘mulher de virtude’ na aldeia”, in *Fórum Sociológico*, 4, pp. 73-89.
- COLLIÈRE M. F., (1989), *Promover a vida*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CRESSON G., (1995), *Le travail domestique de santé*, Paris, L’Harmattan.
- CRESSON G., SCHWEYERT (dir.), (2000), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Ed. CNSP.
- DRULHE M., (1996), *Santé et société. Le façonnement societal de la santé*, Paris, PUF, (« Coll. Sociologie D’aujourd’hui »)
- DRULHE M., (2002), « Les inégalités sociales de santé: quelle intelligibilités ? », no Prelo.
- DUARTE S., (2002), *Saberes de saúde e de doença : Porque vão as pessoas ao médico ?* Coimbra, Quarteto.
- DURKHEIM E., (1967), *De la division du travail social*, Paris, PUF.
- DURKHEIM E., (1996), *As formas elementares da vida religiosa*, S. Paulo, Martins Fontes.
- DURKHEIM E., (s/d), *O suicídio*, Lisboa, Editorial Presença.
- DURKHEIM E., (1998), *As regras do método sociológico*, Lisboa, Editorial Presença, 7ª Ed.
- HERZLICH C., PIERRET J., (1991), *Malades d’hier malades d’aujourd’hui*, Paris, Payot.
- HERZLICH C., (1996), *Santé et maladie. Analyse d’une représentation sociale*, Paris, EHESS.
- HESPAÑA M., (1987), “O corpo, a doença e o médico”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra, CES, pp.195-210.
- HIPÒCRATES, (1994), *De l’art médical*, Paris, Livre de Poche.
- KAUFMANN J., (1996 a), *Faire ou faire-faire? Familles et services*, Rennes, PUR.
- LAPLANTINE F., (1986), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
- LEANDRO M.E., (1994), “Complexidade das estruturas familiares na sociedade moderna”, in *Revista Theologica*, 2ª série, 29, 2.
- LEANDRO M.E., (1995a), “A dinâmica dos modelos familiares”, in *Cadernos do Noroeste*, Vol. 8 (2), pp. 69-97.
- LEANDRO M.E., (1995b), “O Deus que persiste e o Deus que seduz”, in *Cadernos do Noroeste*, Vol. 8(1), pp. 163-175.
- LEANDRO M.E., FERREIRA L.M., (1997a), “Flexibilidade e rigidez nas organizações. A relação entre a família, o trabalho e as organizações da segurança social”, in *Cadernos do Noroeste*, Vol 10 (2), Braga, ICS – UM, pp.429-457.
- LEANDRO M., PATO M., (1997b), *Cadernos sinodais III. Análise aos inquéritos sinodais e aos recenseamentos da prática dominical na Arquidiocese de Braga*, Braga, Secretariado Geral do Sínodo.
- LEANDRO M., (2001a), “A Saúde no prisma dos valores da modernidade”, in *Revista de Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. 41 (3-4), Porto, Sociedade de Antropologia e Etnologia.

- LEANDRO M., (2001b), *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta.
- LEANDRO M., (2001c), «La face (in) visible. Des convergences aux divergences entre le médecin généraliste et la famille», in Pré-actas do Colóquio *Conflits & concurrences dans le système de santé*, Toulouse, Université de Toulouse, pp. 231-248.
- LEANDRO M., (2002a), «La dialectique des relations familles – médecin de famille. Une étude de cas dans le Nord du Portugal », no Prelo.
- LEANDRO M., (2002b), “A saúde e questões de saúde nos nossos dias”, no Prelo.
- LE BRETON D., (1989), «Soins à l’hôpital et différences culturelles » in CAMILLERI M., COHEN-EMERIQUE M., (dir.), (1989), *Chocs de cultures: concepts et enjeux pratiques de l’interculturel*, Paris, L’Harmattan.
- NUNES B., (1987), “Sobre as medicinas e as artes de curar”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra, CES, pp.233- 242
- NUNES B., (1997), *O saber médico do povo*, Fim de Século Edições.
- PAÚL C., FONSECA A., (2001), *Psicossociologia da saúde*, Lisboa, Climepsi Editores.
- PARSONS T., (1955), *Eléments pour une sociologie de l’action*, Paris, Plon.
- PEREIRA J., (1987), “Será possível uma nova medicina?”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra, CES, pp. 185- 193.
- PEREIRA L., (1993), “Medicinas paralelas e prática social”, in *Sociologia – Problemas e práticas*, nº 14, pp.159-175.
- SARACENO C., (1997), *Sociologia da Família*, Lisboa, Editorial Estampa.
- SEGALEN M., (1981), *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin.
- TUBIANA M., (2000), *História da medicina e do pensamento médico*, Lisboa, Ed. WEBER M., (1971), *Economie et société*, Paris, Plon.
- WEBER M., (1971), *Economie et société*, Paris, Plon.
- WEBER M., (1996), *A ética protestante e o espírito do capitalismo*, Lisboa, Ed. Presença.