

3

2004

CONTEXTOS  
DE SOCIOLOGIA

NOITES DE  
SOCIOLOGIA  
2002



Associação Portuguesa de Sociologia

**3** 2004

Índice

**Noites de Sociologia (2002):**

**1**

**Políticas Familiares (2 de Maio/2002)**

Sílvia Portugal	2
Karin Wall	6
Isabel Dias	11
Maria das Dores Guerreiro (Moderadora)	

**2**

**Futebol:**

**Desporto e Emoção (9 de Maio/2002)**

Salomé Marivoet	13
Carlos Nolasco	16
João Coelho	21
Carlos Fortuna (Moderador)	

**3**

**Saúde:**

**Olhares Múltiplos (16 de Maio/2002)**

Graça Carapinheiro	24
Artur Valentim	30
Noémia Lopes	33
Pedro Moura Ferreira (Moderador)	

# 1

## Políticas Familiares

**Sílvia Portugal**

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Sobre o tema desta noite gostaria de colocar duas questões:

- existem realmente políticas de família em Portugal?
- faz hoje sentido falar de políticas de família?

Respondo rapidamente à primeira questão, apresentando de seguida os meus argumentos. A minha resposta é que, de facto, não existem políticas de família em Portugal. Apesar de a Constituição Portuguesa, nos seus artigos 67º e 68º, consagrar a obrigação do Estado “definir e executar uma política de família com carácter global e integrado”, e destes artigos nunca terem sido revistos, não pode dizer-se que, até ao momento, este princípio tenha sido concretizado nas práticas de governação.

Os processos de concepção e formulação das políticas sociais não definem transversalmente os objectivos a atingir para as famílias. No interior dos poderes públicos, não existem meios humanos, financeiros, administrativos com autonomia institucional e organizacional orientados para esta problemática. Na sociedade civil, não existem formas de actividade social que “construam” as políticas no terreno: grupos profissionais, instituições, peritos, grupos de pressão, etc. No plano das representações, não parece existir o reconhecimento social da necessidade de uma intervenção pública na vida das famílias, com objectivos sociais.

Deste modo, não podemos analisar a “política familiar” em Portugal, mas apenas olhar as políticas sociais do ponto-de-vista da “questão familiar”, ou então falar de “políticas de família implícitas” como referem alguns autores (Barbier, 1996). As medidas de política social a favor das famílias abrangem desde os benefícios fiscais, às prestações familiares, às leis que favorecem a conciliação entre trabalho e família, à criação de infra-estruturas para apoiar os cuidados com os dependentes (crianças, idosos e deficientes), à legislação sobre o casamento, o divórcio, as uniões de facto, a contracepção, o aborto, etc.

Quais são então as características da acção do Estado no domínio da “questão familiar”? O que se faz? Como se faz? Quem faz?

Em dada altura realizei uma análise dos discursos político e jurídico sobre esta questão desde 1974, debruçando-me sobre os programas de governo e a legislação que foi produzida nesta matéria (Portugal, 2000). As características que encontrei foram sobretudo duas: uma série de contradições e uma série de continuidades. Gostaria de as referenciar sucintamente.

### As contradições

A primeira contradição é uma contradição entre o discurso político e a acção governativa. Isto não é nada de novo, sobretudo em Portugal, mas a mim parece-me especialmente interessante nesta área pelo forte investimento retórico que existe nesta matéria, e pelo vazio de acção que com ele coexiste.

Em Portugal a família é o alvo privilegiado do discurso na área social, a família continua a ser uma unidade central de referência quando se fala de políticas sociais. Esta realidade é de algum modo surpreendente se compararmos a nossa situação com a da nossa vizinha Espanha, onde a ditadura também se alimentava de uma forte ideologia familista. Celia Valiente (1996), uma socióloga espanhola que tem estudado estas questões no seu país mostra como o baixo investimento na política de família em Espanha se deve a uma ruptura clara com a herança franquista de uma política familiar, fortemente natalista e anti-feminista. Em Espanha as prestações degradaram-se, o investimento na área é praticamente inexistente, mas estas características da intervenção estatal correspondem a uma tomada de posição do regime

democrático, que estabeleceu uma ruptura com o passado recusando qualquer programa político nesta matéria.

Em Portugal a realidade é bastante distinta. Nunca houve uma ruptura clara com a ideologia familista do passado, não há uma recusa desta ideologia, muito pelo contrário, tem havido uma continuidade e uma persistência desta ideologia familista no discurso das políticas públicas e ela continua no centro do discurso social, quer dos governos, quer da oposição, quer da direita, quer da esquerda, pelo menos da esquerda que tem estado até hoje no governo.

A questão central que eu gostaria de sublinhar é que se a família é alvo de um forte investimento ao nível do discurso político, se ela é de um forte investimento retórico, simultaneamente ela é objecto de escassa acção e de escassa intervenção política.

Se, nos programas governativos, a família é sempre uma referência privilegiada para definir as políticas sociais, relativamente à produção legislativa já não se passa exactamente o mesmo, ou seja, a legislação na área da família é diminuta, e é sobretudo uma legislação de carácter regulamentar, existem muito poucas peças legislativas marcantes nesta área.

A análise dos programas governativos dos sucessivos governos desde 25 de Abril de 1974 revela fortes compromissos com a “questão familiar”, ao qual nunca vai corresponder uma acção política subsequente. Só há realmente dois momentos em que se pode falar de uma intenção expressa de implantação de uma política familiar em Portugal. E esses dois momentos são em 1982 com o governo da AD e agora mais recentemente com os dois governos PS.

Em 1982, com o governo AD, há uma recuperação muito forte do discurso familista, mas para além do discurso há de facto, nessa altura, a implementação de uma série de estruturas governativas que tentam exactamente colmatar a ausência de uma estrutura organizativa que no terreno implemente as medidas. É nesta altura, que surgem a Secretaria de Estado da Família, a Direcção-Geral da Família, a Comissão Interministerial da Família, o Conselho Consultivo para os Assuntos da Família.

No entanto, os resultados práticos das intenções expressas ficaram muito aquém das expectativas geradas inicialmente, e não mereceram qualquer desenvolvimento posterior. As estruturas criadas nunca chegaram a funcionar em pleno, as iniciativas legislativas dos Governos AD foram escassas. A Secretaria de Estado foi rapidamente extinta, em 1983, a Direcção-Geral da família persistiu até 1996, em grande parte devido ao seu papel nas comemorações do Ano Internacional da Família, mas funcionou sobretudo como organismo consultivo, sem qualquer capacidade de implantação de políticas no terreno. A partir de 1982 assiste-se a um claro recuo da ideia de uma política de família. Esta passa a merecer sobretudo tratamentos teóricos e a ser alvo de atenções pontuais por parte dos legisladores.

Com os recentes governos do PS renasce a ideia de uma política de família com carácter global e integrado. No primeiro governo existe a figura do Alto Comissário para as Questões da Igualdade e da Família, que depois acaba, surgindo a figura da Ministra para a Igualdade. Há também a criação do Conselho Nacional da Família. Surgem, assim, novamente, uma série de estruturas organizativas que pretendem dar mais um passo na implementação das políticas de família. O que há de inovador nestes governos PS é o facto de, pela primeira vez, as políticas de família surgirem ligadas expressamente a políticas de igualdade, esse é um dado novo naquilo que vinha sendo o discurso sobre a política de família até então.

Durante o governo PS, em 1999, surge uma peça legislativa fundamental nesta matéria – o *Plano para uma Política Global de Família*. Este plano representa a tentativa de fundar uma política de família de carácter global e integrado. No entanto, os moldes em que ele é formulado permite prever à partida que os resultados práticos dificilmente serão visíveis. O texto do *Plano* não deixa espaço para grandes optimismos. A retórica não é muito diferente da que se encontra em textos anteriores relativos a esta problemática, nomeadamente durante os referidos governos da Aliança Democrática e também durante os anteriores governos do PSD, sobretudo no âmbito da comemoração do Ano Internacional da Família. O modo como são formuladas as propostas do *Plano*, de uma forma vaga, sem estabelecer prioridades, metas a atingir ou medidas concretas a executar, permite classificá-lo como mais um exemplo do perfil das políticas de família desde 1974: uma área de forte investimento ao nível da retórica mas de fraca acção política.

A *Lei de Bases da Família* que foi agora aprovada na generalidade, e que vem desde os anos 80, dos governos AD, é, no entanto, uma peça legislativa ainda mais pobre que o *Plano para uma Política Global de Família*. O texto da *Lei de Bases* serve sobretudo para passar um discurso ideológico sobre o que é a família e o que ela deve ser, e muito pouco para estabelecer metas para o Estado atingir relativamente a uma política de família.

Portanto, eu diria que de facto há uma contradição muito forte entre aquilo que é o discurso político sobre esta matéria e a escassez de intervenção que existe nesta área. A legislação é escassa, é uma legislação avulsa, ou quando não o é, como é o caso do *Plano Global*, nunca é regulamentada, e, portanto, não se traduz em medidas a implementar. Se analisarmos os níveis de cobertura na área das políticas de família em Portugal verificamos como eles são baixos. Quer ao nível das prestações pecuniárias, quer ao nível de infraestruturas e serviços as insuficiências são gritantes. A rede de equipamentos de apoio à família é absolutamente deficitária em Portugal, quer se fale dos cuidados às crianças, aos idosos ou aos deficientes, as taxas de cobertura estão muito aquém das necessidades das populações. As melhorias que têm sido conseguidas são realizadas através da transferência de responsabilidades estatais para a sociedade civil. Se, por exemplo, olharmos para a questão do pré-escolar, bandeira da governação socialista, isto é muito claro. Qual foi o investimento estatal no pré-escolar? Estabelecer acordos com as IPSS's para responder às necessidades. O que assistimos na área da família é a uma forte transferência de responsabilidades do público para o privado, mesmo que esse privado seja um privado não lucrativo.

É curioso também notar, como a área da família foi a primeira onde foi introduzido o princípio da selectividade numa área onde existe ainda tanto espaço para políticas universais e onde temos ainda níveis de apoio tão débeis.

A segunda contradição que eu gostaria de enunciar tem a ver com a contradição entre aquilo que é o discurso sobre a família e aquilo que é a realidade familiar. Quer o discurso político, quer o discurso legislativo sobre a família revelam uma visão extremamente conservadora da família, uma visão tradicional do que ela é e do que são as suas funções (de que a *Lei de Bases da Família* talvez seja o exemplo mais acabado). Nalgumas áreas o discurso político é mesmo um discurso profundamente moralista sobre o que é a família e o que ela deve ser. A definição de família que perpassa a maior parte dos textos nesta matéria é uma definição essencialista, uma definição naturalista de família que integra muito pouco daquilo que é a actual realidade familiar e as actuais mudanças na família.

O que nós encontramos nos discursos é uma forte unidade e uma forte continuidade, e aquilo que temos hoje na realidade familiar é diversidade e mudança. Temos um discurso unívoco para uma realidade cada vez mais diversa. Embora recentemente tenha sido dada uma nova atenção a novas realidades - discussões sobre as uniões de facto, sobre a adopção por casais homossexuais - o discurso político sobre a questão familiar continua esmagadoramente a ser um discurso extremamente conservador e tradicional sobre a família e as suas funções.

Aliás, a aprovação da legislação sobre as uniões de facto vem acentuar a “esquizofrenia” política nesta área. Como é possível que, no mesmo país, uma lei progressista como esta coexista com uma lei sobre o aborto como aquela que continua em vigor em Portugal?

### **As continuidades**

Que continuidades se podem encontrar no tratamento da “questão familiar” em Portugal? A primeira continuidade é uma continuidade nas contradições, ou seja, as contradições que enunciei persistem ao longo do tempo. A segunda continuidade tem a ver com o tipo de discurso sobre esta matéria, de que também já falei. A retórica dos diferentes governos tem-se mantido praticamente inalterável. A terceira continuidade joga-se nos actores que concebem e aplicam as políticas familiares. Uma análise das diferentes estruturas organizativas criadas ao longo do tempo para definir as políticas de família, quer de carácter consultivo, quer de carácter executivo mostram como grande parte dos protagonistas envolvidos permanecem ao longo do tempo apesar das alternâncias partidárias. A análise destas estruturas revela, por um lado, um grande peso das instituições privadas de solidariedade social e, por outro lado, a importância primordial da igreja católica, através da intervenção quer dos membros do clero, quer de personagens proeminentes em diferentes áreas com ligações estreitas à Igreja. Tive, aliás, possibilidade de avaliar o papel preponderante da igreja católica na definição das políticas familiares num estudo

de caso que realizei sobre as comemorações do Ano Internacional da Família no nosso país (Portugal, 2001). Esta pesquisa mostrou como este evento teve na Igreja e não no Estado o seu principal promotor.

Finalmente, algumas breves notas sobre a segunda questão que enunciei no início - faz sentido falar de políticas de família? Penso que existe um preconceito muito forte sobre esta matéria que é necessário desconstruir. Sobretudo nos sectores políticos mais à esquerda, prevalece a ideia de que as políticas de família são políticas conservadoras e políticas de conservação ideológica. Se calhar a caracterização que eu fiz aponta exactamente nesse sentido, mas o que eu gostaria de sublinhar é que não é necessariamente assim. Não é necessário que as políticas de família sejam políticas conservadoras e políticas de conservação ideológica.

É impossível negar que a família continua a ser uma esfera fundamental de referência para a maioria das pessoas. Isso vê-se naquilo que são os valores dos jovens sobre esta matéria, vê-se nos sucessivos casamentos que existem, os divórcios aumentam mas os recasamentos também, as pessoas continuam a acreditar na instituição familiar. Mas é também impossível negar que as famílias vivem hoje novas condições, e portanto que as condições que se oferecem hoje às famílias não são as mesmas de há vinte ou trinta anos atrás, as mulheres trabalham, as uniões conjugais são mais instáveis, e, portanto, as responsabilidades e as obrigações multiplicam-se cada vez mais. Em consequência, existe hoje uma forte pressão sobre as famílias, existe uma grande responsabilização das famílias, e essa responsabilização é feita sem que lhes sejam dadas condições para responder a essas responsabilidades, gerando muitos sentimentos de frustração e muitos sentimentos de culpa. É preciso não esquecer também que a falta de apoios e a falta de equipamentos nesta área continua a penalizar fortemente as mulheres.

Por isso eu penso que é possível fazer um outro tipo de políticas de família se se articular as políticas de família com políticas de igualdade. Na verdade, as medidas tomadas na área da família têm caído “nas armadilhas de acreditar na igualdade formal numa sociedade sem igualdade real” (Ferreira, 1998: 176). As políticas de família assumem a igualdade entre os sexos tal como ela é estabelecida na lei, esquecendo que na realidade homens e mulheres têm diferentes responsabilidades na esfera doméstica. Ao fazê-lo, não só não têm integrado a promoção da igualdade, como, por vezes, têm contribuído para reforçar desigualdades e práticas sociais tradicionais no interior das famílias.<sup>1</sup>

A esquerda tem resistido sempre à ideia de se debruçar sobre a questão familiar. Interessante os direitos dos indivíduos e recusa a família como unidade de intervenção política. Se os direitos das mulheres, das crianças, dos idosos estiverem garantidos não é preciso pensar e agir politicamente sobre a família. É importante não esquecer que direitos da família e direitos dos indivíduos podem ser direitos conflituantes, e aqui o caso das mulheres é particularmente importante. Mas uma família não é igual a uma soma de indivíduos. Viver em família invoca necessidades específicas a que é preciso responder, e a maioria dos indivíduos vive numa família (com toda a diversidade que esta designação comporta hoje em dia). Atender a essas necessidades é uma obrigação do Estado. Atender aos direitos dos indivíduos é também um dever estatal. Por isso penso que é hoje um imperativo articular políticas de família com políticas de igualdade.

### Referências Bibliográficas

- BARBIER, Jean-Claude (1996), “A l'échelle de l'Europe”, *Informations*, 49/50, 35-45.  
FERREIRA, Virgínia (1998), “Engendering Portugal: Social Change, State Politics and Women's Mobilization”, António Costa Pinto (ed.), *Modern Portugal*, Palo Alto, CA, Spss.  
PORTUGAL, Sílvia (2001) “Os trajectos da globalização das políticas sociais. Da retórica global às práticas locais no Ano Internacional da Família”, in Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro (Org.) *Risco Social e Incertez. Pode o estado social recuar mais?*, Porto Afrontamento.  
PORTUGAL, Sílvia (2000), “Retórica e acção governativa na área das políticas de família desde 1974”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 56, pp. 81-98.  
VALIENTE, Celia (1996), “The Rejection of Authoritarian Policy Legacies: Family Policy in Spain (1975-1995)”, *South European Society & Politics*, 1 (1), 95-114.

<sup>1</sup> A Lei da Protecção da Maternidade e da Paternidade é um exemplo desta tendência.

## 2 Políticas Familiares

### Karin Wall

Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

O principal objectivo da minha intervenção é analisar algumas características das políticas de família ao longo dos últimos anos (segunda metade dos anos 90) em Portugal. Queria começar, no entanto, por referir alguns elementos de contextualização e por falar, muito brevemente, do que é que se entende por “políticas de família”.

O termo “políticas de família” refere-se, genericamente, às acções governamentais dirigidas às famílias, isto é, a tudo o que os governos fazem para regular e para apoiar a vida familiar. Trata-se da legislação, das resoluções, dos subsídios e dos programas delineados e concebidos para atingir determinados objectivos para os indivíduos nos seus papéis familiares ou para o núcleo familiar no seu conjunto. As políticas de famílias podem ser mais ou menos explícitas. Podemos considerar que são “implícitas” quando as acções governamentais são concebidas no interior de outras políticas públicas (por exemplo, no interior de políticas de habitação ou de protecção social) e, sobretudo, quando não se pretende atingir objectivos específicos para a família. Considera-se que são explícitas quando, por um lado, propõem de forma deliberada certos objectivos específicos para a família (por exemplo: proteger a paternidade, aumentar a redistribuição vertical, promover a natalidade, proteger certo tipo de família mais vulnerável à pobreza, etc.) e, por outro lado, quando se procura institucionalizar a política de família, ou seja, sempre que se procura criar, no interior dos poderes políticos, organismos ou instituições responsáveis por esta problemática (uma Direcção-geral, uma Secretaria de Estado, uma agência, etc.). Por último, é importante não esquecer que a acção do Estado neste domínio tem três principais instrumentos à sua disposição: o apoio financeiro (através dos subsídios da segurança social e da política fiscal); a legislação (em diversos domínios: casamento e divórcio, filiação, maternidade/paternidade, adopção, contracepção e aborto, conciliação entre vida profissional e vida familiar, papéis de género na família, sucessão e transmissão de património, violência doméstica, etc.); os equipamentos e serviços de apoio à família (trata-se, aqui, de criar ou de promover - através, por exemplo, de um apoio estatal a instituições do terceiro sector - o desenvolvimento de equipamentos para cuidar de crianças ou de idosos dependentes: creches, ATLS, apoio domiciliário, lares, etc.)

Para se perceber a evolução recente das políticas familiares em Portugal é importante lembrar alguns elementos de contextualização. Não posso analisar aqui a história das políticas de família, mas gostaria, rapidamente, de sublinhar três aspectos. Em primeiro lugar, não podemos esquecer que a política de família no pós-25 de Abril foi formulada por oposição à política de família do Estado Novo. Aliás, gostaria de abrir aqui um pequeno parêntese para dizer que não estou de acordo com a análise que a Sílvia Portugal acabou de fazer. Na minha opinião, não podemos dizer que não houve rupturas/mudanças nas políticas de família ao longo das últimas décadas; houve continuidades mas também fortes descontinuidades, e os anos setenta (mas não só) representam um desses momentos de ruptura. O Estado Novo teve uma política explícita, de forte intervenção na vida privada dos indivíduos, centrada em cinco grandes princípios: o reconhecimento de um modelo único de família (o casal casado na Igreja, que nunca se divorcia, e com filhos legítimos); a desigualdade dos papéis de género na família (as mulheres é que tinham a seu cargo o trabalho doméstico e o trabalho de cuidados prestados às pessoas dependentes); o apoio à natalidade, centrado no apoio às famílias numerosas e na ausência de planeamento familiar (sendo estes aspectos da vida familiar geridos e controlados pela Igreja); uma protecção social fraca, só para os “chefes de família” legalmente casados/com filhos legítimos que trabalhavam nos sectores da indústria e dos serviços, e que tinha como objectivo efectuar

alguma redistribuição horizontal; por último, o princípio da não intervenção do estado na prestação de cuidados a pessoas dependentes, estando estes últimos entregues à família e recorrendo-se, apenas para os mais necessitados, a equipamentos (lares, asilos...) geridos pela iniciativa privada e pela Igreja.

A política de família no pós-25 de Abril deixou, propositadamente, de ser tão explícita e passou a assentar em princípios muito diferentes. O mais importante – e que surge, como é evidente, por contraponto à forte intervenção na vida privada das famílias durante o Estado Novo – foi talvez o princípio da privacidade e da autonomia da família. Na nova legislação, a família passa a ser dotada de liberdade e com direito reconhecido à sua privacidade. Encontramos depois outros princípios: uma concepção pró-igualitária da família e o reconhecimento da importância da participação da mulher no mercado de trabalho (por oposição ao seu trabalho doméstico no Estado Novo); o reconhecimento da diversidade das formas de viver em conjugalidade e de organizar a vida familiar; o princípio da universalidade da protecção social, sendo o objectivo incluir todas as famílias com crianças no sistema de abono de família (independentemente do tipo de família e do laço conjugal - coabitantes ou casados, filhos nascidos dentro ou fora do casamento - ou do sector de emprego); o princípio da redistribuição vertical, que tem por objectivo favorecer as famílias de baixos rendimentos, e que se vem juntar ao princípio da redistribuição horizontal; e, por último, a ideia da responsabilidade do Estado na criação e no desenvolvimento de serviços de apoio à família.

No que diz respeito à contextualização, acho que também é importante referir dois outros aspectos. Em primeiro lugar, não nos podemos esquecer que o sistema de protecção social em Portugal teve de se desenvolver e tentar expandir em contextos económicos difíceis. Os recursos económicos afectos à protecção social têm aumentado, mas ainda são baixos, sobretudo quando comparados com os de outros países europeus. Em segundo lugar, é importante ter em conta os contrastes político-ideológicos que atravessam a sociedade portuguesa no pós-25 de Abril – são contrastes que todos conhecemos bem. É um ideário democrata-cristão que sublinha a importância da família tradicional (casal com filhos), do direito à vida, da política de natalidade, e da valorização do trabalho doméstico; é um ideário social-democrata a insistir no reconhecimento de diversas formas de vida privada, na protecção das famílias mais vulneráveis, na complementaridade das solidariedades públicas e privadas e no desenvolvimento de serviços de apoio à família; é um ideário de esquerda comunista a insistir na necessidade de uma rede pública de serviços (em vez de um sistema “misto”, que combina o sector público, o terceiro sector subsidiado pelo Estado e o privado lucrativo, e que será efectivamente o modelo que se vai desenvolver a partir do início dos anos oitenta).

Ora, estas divergências nem sempre se têm manifestado com muita força mas têm estado, apesar de tudo, sempre presentes: por exemplo, nas acções e nas propostas dos diferentes partidos políticos e nas críticas e sugestões dos principais sindicatos. Por outro lado, é interessante constatar que no momento actual estão a surgir divergências e opções diversas em vários domínios da política de família. Uma forma de as identificar e analisar é através da comparação entre o programa eleitoral do actual governo (PSD / CDS) e o programa do principal partido da oposição (PS). De uma forma muito breve, podemos observar o seguinte. Parecem existir opções diferentes em várias áreas da política de família; a título de exemplo, podemos referir três<sup>2</sup>. A primeira diz respeito à política de natalidade. No programa do governo que acaba de ser eleito sublinha-se a necessidade de desenvolver uma perspectiva pró-natalista, prevendo-se, entre outras medidas, um reforço do apoio às famílias numerosas (famílias com três ou mais filhos); no programa do PS, pelo contrário, a natalidade não é referida como um problema e não são definidas nenhuma medidas. A segunda diz respeito ao desenvolvimento de serviços de apoio à família. No programa do actual governo aponta-se para o desenvolvimento de serviços de “apoio à vida”, enquanto que no programa do PS são propostas novas metas relativamente ao aumento de serviços para a infância e para os idosos (creches para as crianças dos 0 aos 3 anos de idade, apoio domiciliário). Por último, no programa do actual governo, não se faz nenhuma referência às

---

<sup>2</sup> Para uma análise mais detalhada destes programas e das políticas de família em Portugal pode-se consultar os relatórios realizados no âmbito do European Observatory on the Social Situation, Demography and Family: [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/family/observatory/home.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/family/observatory/home.html)



famílias monoparentais; no programa do PS as famílias monoparentais são reconhecidas como famílias mais vulneráveis que podem precisar de uma protecção específica.

Em suma, podemos constatar que existem, também no presente, perspectivas e objectivos políticos diferentes. É um assunto que poderemos analisar com mais tempo no debate, se eventualmente houver algum interesse.

O último ponto que eu queria desenvolver diz respeito à política de família ao longo dos últimos anos, sobretudo a partir de meados dos anos noventa. Para efectuar essa análise, vamos apresentar algumas das suas características e ver, também, como é que estas se comparam com as de outros países europeus.

Globalmente, podemos identificar dois grandes traços das políticas familiares mais recentes. Podemos considerar, em primeiro lugar, que a política de família se revela mais explícita do que nos anos oitenta. Por exemplo, foram definidos nos últimos anos alguns objectivos específicos para as famílias: promover a conciliação entre vida profissional e vida familiar, nomeadamente através do desenvolvimento dos serviços de apoio à família; reforçar o apoio financeiro para as famílias mais pobres; promover a igualdade de género na família, procurando reforçar a participação dos homens na vida parental e doméstica; combater a violência doméstica e os maus tratos dentro da família; dar alguma resposta aos desafios colocados pelas mudanças na vida familiar e pelas novas formas de viver em família (por exemplo, o aumento das uniões de facto e das famílias monoparentais). Alguns destes objectivos estão associados a medidas e programas de acção que todos conhecemos: a expansão do pré-escolar e o pacto de cooperação com as IPSSs com vista ao aumento dos equipamentos; a introdução da licença de paternidade e a possibilidade de guarda conjunta dos filhos após o divórcio assim como da partilha, entre o pai e a mãe, da licença de maternidade; a introdução do rendimento mínimo garantido e a atribuição do abono de família em função do rendimento da família; ou, ainda, o reconhecimento dos maus tratos como um crime público. Alguns destes objectivos foram definidos – e neste ponto também não posso concordar com a Sílvia Portugal quando ela fala da ausência total de objectivos precisos – em função de metas a atingir (duplicar o número de creches, colocar 90% das crianças com 5 anos no pré-escolar até 2000, etc.).

Em segundo lugar, esta política de família tem sido uma política híbrida do ponto de vista do Estado-Providência. Por um lado, combina a universalidade e a selectividade no principal subsídio para as famílias (no abono de família, hoje chamado o “subsídio familiar a crianças e jovens”). Todas as famílias com crianças ou jovens a estudar (e que contribuem para a segurança social) têm direito ao subsídio, mas o subsídio é diferenciado consoante o rendimento da família (existem quatro escalões de rendimento), sendo mais elevado para as famílias com baixos rendimentos. Por outro lado, no plano do desenvolvimento dos equipamentos e serviços, temos uma política em que o Estado tem subsidiado fortemente o terceiro sector (as instituições privadas sem fins lucrativos, as misericórdias, etc.), delegando assim neste último grande parte da sua responsabilidade pela expansão e gestão dos serviços de apoio à família. O resultado é que temos um *Welfare mix* que combina diferentes sectores e formas variadas de providenciar apoio e cuidados (no sector público, no sector privado sem fins lucrativos, na família).

Em suma: tendo em conta as características que acabei de descrever, podemos dizer que a política de família assentou em quatro principais perspectivas ou princípios: uma primeira perspectiva centrada nos objectivos distributivos e compensatórios da política de família, com a pobreza e os grupos de risco (e as famílias mais vulneráveis) a servir de alavanca para a acção política; uma segunda perspectiva baseada no desenvolvimento de soluções mistas de “providência”; uma terceira perspectiva pró-igualitária, que procurou uma articulação mais estreita entre a política de família e a política de igualdade; e, por último, uma perspectiva centrada no reconhecimento e acompanhamento das mudanças em curso na família.

E na prática, o que é que se avançou em termos dos objectivos referidos e como é que nos comparamos a esse nível com os outros países europeus? No âmbito desta intervenção não temos tempo para descrever todas as medidas que foram desenvolvidas. Tudo o que eu posso fazer é chamar a atenção para dois ou três aspectos.

Começando pelas prestações familiares, já falámos do principal subsídio (o subsídio familiar a crianças e jovens) e da selectividade que foi introduzida através dos quatro escalões de rendimento. Esta alteração permitiu introduzir um aumento substancial do valor

do subsídio para as famílias economicamente desfavorecidas. Aliás, o aumento só existe para os dois escalões mais baixos; para os escalões mais elevados não houve nenhum aumento em termos de valor real do subsídio.

Por outro lado, é importante lembrar que as prestações familiares continuam a ser prestações monetárias baixas que representam acréscimos pequenos no rendimento total de uma família. Deste ponto de vista, Portugal pertence a um grupo de países – a Irlanda, a Holanda, a Espanha, a Itália, a Grécia – com baixos níveis de apoio monetário às famílias. Aliás, em percentagem do PIB, as prestações familiares em Portugal apenas representam 0,5%. Esta percentagem não tem aumentado, até tem decrescido ligeiramente, o que significa que não tem acompanhado o aumento do PIB ao longo dos últimos anos. Em muitos outros países as prestações familiares representam à volta de 1,5 % ou mesmo 2 % do PIB. A França, no entanto, tem um valor ainda mais elevado: 2,5 %. Portanto, em Portugal temos um valor bastante baixo.

Do ponto de vista dos serviços de apoio – creches, jardins de infância, ATL's, apoio domiciliário, etc. – as taxas de cobertura não atingem os níveis mais elevados de alguns países europeus, mas já estão, nalguns domínios, bastante próximos. Por exemplo, no que diz respeito aos equipamentos para as crianças, a taxa de cobertura para as crianças entre os 3 e os 6 anos passou de 54% em 1994/95 para 76% em 2001/2002. A meta dos 90% para as crianças com 5 anos estava em 86% no ano 2001/2002. Não atingimos a taxa de 100% como em França, mas temos taxas médias que são mais elevadas do que, por exemplo, as da Alemanha, do Reino Unido ou da Irlanda (52% em 2001 na Irlanda), isto é, de países que não tiveram uma política de desenvolvimento destes equipamentos nos anos noventa.

No que diz respeito à legislação, houve várias alterações ao longo dos últimos anos. Pode ser importante mencionar as seguintes. No âmbito da regulação das relações conjugais, é de referir que os casais a viver em união de facto adquiriram mais direitos (adopção, apresentação conjunta do IRS, direitos de usufruto sobre o alojamento pertencente ao companheiro falecido, etc.), que os casais coabitantes homossexuais também adquiriram mais direitos (semelhantes aos coabitantes heterossexuais, mas excluindo o direito à adopção) e que o divórcio por mútuo consentimento passou a poder ser feito na Conservatória do Registo Civil. No âmbito da conciliação entre vida profissional e vida familiar, é interessante mencionar que esta questão foi introduzida na Constituição (Revisão de 1997). No artigo 59 lê-se, agora, “que os trabalhadores têm direito à organização do trabalho em condições socialmente dignificantes...de forma a permitir a conciliação da actividade profissional com a actividade familiar”. Por outro lado, do ponto de vista das licenças de maternidade e paternidade, que é, como sabemos, um outro aspecto importante (para além dos serviços de apoio) de uma política de apoio para os pais e as mães que trabalham, surgiram também algumas alterações: por exemplo, a licença de maternidade passou para 4 meses com direito a 100 % do salário e passou a poder ser usufruída tanto pelo pai ou pela mãe (exceptuando as primeiras 6 semanas que têm de ser gozadas pela mãe); foi introduzida uma licença de paternidade de 5 dias, a ser gozada durante o primeiro mês após o nascimento do filho, e uma licença adicional paga de 15 dias (desde que seja gozada pelo pai no fim da licença de maternidade de 4 meses).

Se compararmos esta situação com a de outros países verificamos que Portugal se encontra ao lado de um conjunto de países – a França, a Holanda, o Luxemburgo, a Espanha, a Áustria, o Reino Unido, a Irlanda, a Grécia – que neste momento têm entre 16 e 18 semanas de licença paga (sempre a 100% do salário, excepto no Reino Unido, na Irlanda e na Grécia). A Bélgica e a Alemanha têm um pouco menos (a Alemanha só tem 14 semanas), a Itália um pouco mais (20 semanas, a 80% do salário). Nos países nórdicos, a licença é mais longa – 44 semanas na Finlândia (a 70% do salário), 30 semanas na Dinamarca (com uma quantia fixa), 64 semanas na Suécia (a 80% do salário durante 13 meses e depois com 180 euros por mês).

Bem, ficam aqui estes exemplos. Acho que já não tenho tempo para apresentar e comparar outros elementos da política de família.

Para terminar, apenas dois comentários finais. Queria dizer, em primeiro lugar, que a análise da evolução das políticas de família em Portugal permite constatar a existência de ideais de família e de formas de regular e apoiar a vida familiar, por parte do Estado, que assumem contornos diferentes ao longo das últimas décadas. Tenho assim alguma

dificuldade em entender a perspectiva defendida pela Sílvia Portugal de que não existem políticas de família em Portugal. Penso que é difícil meter no mesmo saco políticas tão diferentes: a do Estado Novo, explícita quanto ao modelo ideal de família e ao papel da mulher em casa e defendendo o princípio da não intervenção do Estado na prestação de cuidados; a política menos explícita nos anos a seguir ao 25 de Abril mas em que se operaram mudanças legislativas profundas, reconhecendo-se por um lado a importância da instituição família (na Constituição, por exemplo) mas sublinhando-se, por outro lado, a diversidade, a igualdade e a privacidade da família, assim como o dever de protecção e apoio por parte do Estado; nos anos noventa, uma política mais explícita outra vez, assente em novos objectivos e medidas (de maior redistribuição vertical, de conciliação entre vida profissional e vida familiar, de protecção da paternidade e não só da maternidade, do reforço dos direitos dos casais coabitantes) – em resumo, uma política que enfatizou uma perspectiva pró-família, em continuidade com as políticas anteriores, mas que também procurou desenvolver o princípio da redistribuição vertical, promover a expansão dos equipamentos, reforçar uma perspectiva pró-igualitária e acompanhar as mudanças nas formas de organização da vida familiar; finalmente, a política definida no programa do actual governo e que, embora incipiente, parece apontar para uma política de família mais centrada numa perspectiva pró-família tradicional, pró-natalista e pró-vida.

Segundo e último comentário: é interessante verificar que a família, hoje, é um tema importante do debate público e que estão em cima da mesa algumas questões controversas que podem implicar acções e medidas políticas muito diferentes no futuro próximo. É a questão da natalidade, devido à queda da natalidade e o envelhecimento da população; é a questão do aborto; é a questão da articulação entre solidariedades privadas e solidariedades públicas, tratando-se aí de saber se se continua a investir em serviços de apoio à família, ou se, pelo contrário, se vai sobrecarregar as solidariedades privadas; é a questão da conciliação entre vida profissional e vida familiar e tudo o que esta questão implica do ponto de vista da participação das mulheres e dos homens no mercado de trabalho e na vida doméstica. Estas são, digamos, algumas das grandes questões que irão muito provavelmente estar em debate nos tempos mais próximos. Obrigada pela vossa atenção.

## 2 Políticas Familiares

**Isabel Dias**

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

1.

O tema da presente Noite de Sociologia, conduziu-nos a reflectir se a violência doméstica constitui ou não um domínio específico de políticas familiares. Desde logo, a dúvida se instalou, uma vez que as políticas familiares, em geral, continuam a ocupar um lugar secundarizado no conjunto das políticas sociais, (Torres et al., 1997, p. 2). De seguida, porque é ainda mais recente o reconhecimento da violência doméstica como um problema social. Ao mesmo tempo, o sentimento de dúvida sai reforçado quando pensamos na natureza privada da família dos nossos dias, que sustenta fortemente a representação comum de que a violência doméstica constitui um problema que deve ser resolvido “dentro de portas”.

Ora, como é que num país cujo Estado incumbiu à família durante muito tempo a protecção social dos seus membros (Carreira, 1996, p. 38), um dos seus domínios mais privados e íntimos emergiu como objecto de medidas sociais?

2.

Face a esta interrogação de partida, começamos por referir como é que a violência doméstica se transformou, no nosso país, num problema social e como é que ela foi colocada de forma evidente na agenda política nacional.

Tal deveu-se à conjunção de vários factores: i) a comunidade pediátrica em colaboração com profissionais de outras áreas disciplinares, tornaram os maus tratos às crianças num assunto público; ii) certas Organizações Não Governamentais através das suas estratégias de apoio e intervenção têm vindo a conferir uma crescente visibilidade à violência que afecta muitas mulheres no contexto das relações conjugais; iii) os meios de comunicação social têm dado uma grande atenção a este fenómeno, contribuindo assim para uma maior sensibilização pública deste problema; iv) os serviços sociais de apoio e protecção à vítima apesar de serem insuficientes e de se encontrarem numa fase incipiente, adoptaram uma nova atitude neste âmbito, decorrente de uma formação mais adequada dos seus agentes; v) por fim, desde a década de 80 que se tem vindo a produzir algumas recomendações internacionais neste domínio e às quais Portugal não poderia ficar indiferente.

Este conjunto de acções demonstra que no nosso país o reconhecimento da violência doméstica decorreu da emergência de “olhares” cruzados e interdisciplinares (Nunes de Almeida, André e Almeida, 2001). Estes para além de a constituírem em objecto de análise científica, mostraram que se trata de um problema a exigir resolução, o que nos remete para as medidas públicas entretanto implementadas neste domínio.

3.

Foi somente a partir da década de 90 que a violência doméstica passou a ser alvo de uma intervenção adequada ao nível legislativo, designadamente através do Artigo 152.º (Maus tratos e infracção das regras de segurança)<sup>3</sup>; da Lei n.º 61/91 (Garante protecção adequada às vítimas de violência); da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/97 (Aprovação do Plano Global para a Igualdade de Oportunidades); da Resolução da Assembleia da República n.º 31/99 (Regulamentação da legislação que garante protecção às mulheres vítimas de violência); da Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/99 (Aprova o Plano Nacional contra a Violência Doméstica); da Lei n.º 107/99 (Criação da rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência) e, por fim, através do reconhecimento da violência doméstica como crime público.

---

<sup>3</sup> Este artigo foi alvo de rectificações através da Lei n.º 7/2000.

Entre estas iniciativas importa salientar a Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/97, no âmbito da qual foi aprovado o Plano Global para a Igualdade de Oportunidades que no seu objectivo 2 enumera um conjunto de medidas com vista a prevenir e garantir protecção adequada às vítimas de violência. Partindo do referido objectivo o Ministério da Administração Interna implementou, a partir de Março de 1998, um conjunto de medidas enquadradas num programa específico de "Apoio à vítima", designadamente a criação de um indicador estatístico nacional de violência doméstica; a promoção de atendimento especializado por agentes femininos e a implementação de salas de atendimento; a criação do Guia do Novo Rumo/Plano de Segurança Pessoal (GNR/PSP); a elaboração de um Manual de Atendimento às Vítimas; a cooperação com o Instituto de Medicina Legal e a formação específica para Oficiais e Agentes. Foi ainda no âmbito do referido Plano e da sua medida 4 que foi criado o Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD). Tendo sido inicialmente atribuído à Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM), actualmente este serviço funciona em parceria com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Embora possua um carácter abrangente, actualmente existe uma nova linha de emergência nacional de apoio à vítima (144).

Importa ainda salientar a resolução do Conselho de Ministros n.º 55/99, através da qual foi criado, pela primeira vez no nosso país, um Plano Nacional contra a Violência Doméstica. Para além de se destinar às vítimas particularmente vulneráveis à violência doméstica, designadamente as crianças, mulheres e idosos, neste plano também está presente uma preocupação de integração social dos agressores.

Assim, com a criação de legislação especificamente voltada para as vítimas de violência doméstica, Portugal passou a dar resposta não só a um problema social cuja consciencialização dos seus efeitos nas vítimas e nas famílias onde ocorre é crescente, como foi ao encontro de um conjunto de recomendações europeias. No entanto, o enquadramento legal deste fenómeno constitui apenas uma frente possível de intervenção.

É então chegado o momento de retomar-mos a questão de partida da presente comunicação: de que forma as medidas legislativas apresentadas se enquadram nas políticas sociais de família implementadas no nosso país? Ou de que modo elas podem aspirar a esse estatuto?

É com as mesmas dúvidas iniciais que tentamos delinear uma resposta possível. Se considerarmos o conceito de políticas familiares enquanto o conjunto de intervenções públicas que estruturam, de forma implícita ou explícita, as relações entre a família e a sociedade, podemos afirmar que as referidas medidas, embora tardias, constituem os primeiros ensaios de políticas sociais de violência doméstica.

Mas o referido conceito também nos leva a considerar a acção dos diversos actores e grupos sociais, bem como a influência das correntes de ideias, crenças e representações sobre a família (Fernandes, 1997, p. 139). Ora a emergência das supostas políticas de violência doméstica mencionadas, resultou muito da confluência da acção de divulgação do problema por parte de certos profissionais, mas também das iniciativas de apoio e protecção à vítima implementadas por algumas Organizações Não Governamentais. O que se pretende, então, afirmar é que foi a sociedade civil juntamente com alguns grupos profissionais que progressivamente alertaram a consciência e os poderes públicos para este problema social, tornando inevitável a sua intervenção. Resta-nos, por último, esperar que este domínio não passe novamente a ser secundarizado, inclusivamente, no contexto das restantes políticas familiares.

## BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida; ALMEIDA, Helena Nunes de (2001), *Famílias e maus tratos às crianças em Portugal*, Lisboa, Assembleia da República.
- CARREIRA, Henrique Medina (1996), *As políticas sociais em Portugal*, Lisboa, Gradiva.
- DOBASH, R. Emerson; DOBASH, Russell P. (1992), *Women, violence & social change*, New York, Routledge.
- FERNANDES, Ana Alexandre (1997), *Velhice e sociedade. Demografia, família e políticas sociais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- GELLES, Richard J.; LOSEKE, Donilleen R. (eds.), *Current controversies on family violence*, Newbury Park, Sage Publications.
- TORRES, Anália et al. (1997), *Políticas sociais, soluções sócio-educativas e de guarda das crianças*, Lisboa, CIES-ISCTE.

### 3

## Futebol: Desporto e Emoção

### Salomé Marivoet

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra

Tal como o título desta sessão das nossas já tradicionais Noites de Sociologia nos deixa subentender, o futebol é um desporto com especificidades próprias que suplantam o seu carácter meramente desportivo e o tornam num espectáculo *sui generis* de produção de emoções. Partindo desta realidade que se apresentará como o mote da nossa reflexão, iremos tecer algumas linhas de compreensão deste fenómeno como *ponta pé de saída* para uma conversa alargada a todos os presentes.

Constituindo-se o desporto uma produção cultural de *um tempo*, ou de uma formação social específica, poderemos interrogar-nos se o envolvimento emocional em torno dos espectáculos de futebol se tem vindo a apresentar como uma realidade constante. Por outras palavras, poderemos começar por nos questionar se o *ethos* do futebol incorpora os investimentos afectivos que se produzem em seu torno, como se de um seu atributo se tratasse, ou se esta sua dimensão goza de autonomia face ao jogo que encerra em si mesmo?

Segundo Norbert Elias e Eric Dunning as alterações produzidas pelo desporto moderno – em especial os *sport-games* como constitui exemplo o futebol –, tornaram-no num importante veículo de produção de identidades socioculturais de expressão territorial em torno de uma confrontação mimética, onde a avaliação de supremacias com base nos resultados competitivos produzidos ao longo dos diferentes campeonatos se foi impondo.

Ora, o processo social de afiliação ou identidade social, quer se estabeleça em torno de uma equipa de futebol que titulariza uma dada unidade (territorial ou de outro género), quer de um outro qualquer símbolo, caracteriza-se pelo envolvimento emocional de quem acede, ou se sente fazer parte de um todo que o transcende, tal como Durkheim entre outros claramente fez denotar. Na realidade, o desporto moderno, desde cedo *caminhou par a passo* no reforço dos Estados-nação, dando expressão a símbolos e ideologias nacionalistas que contribuíram para a legitimação de identidades territoriais de expressão cultural ou étnica, onde será de destacar no quadro das competições internacionais o restabelecimento dos Jogos Olímpicos em 1896, e os campeonatos mundiais, continentais e nacionais das diferentes modalidades desportivas, onde o futebol tem vindo a ganhar especial primazia.

Chegados a este ponto, poderemos interrogar-nos porque é então o futebol o desporto que de longe ganha especial relevância no arrebatamento emocional dos sentidos de identificação nacional, regional, ou simplesmente de *cor* num quadro alargado de participação?

Qualquer processo de identificação implica uma reprodução, um alimentar da *chama*, um despertar de emoções que renovadamente nos transpõem e nos arrebatam para esse universo do *nós, do sermos de, de nos revermos em*. É por isso que o sentimento de pertença nacional como Anthony Smith claramente equacionou, se produz e reproduz em torno de uma ideologia construída e mediatizada por símbolos e rituais de celebração que nos lembram e fazem reviver um passado comum, uma história, um *modo de ser*, que mais não é do que uma consciência colectiva construída *de sermos de outro modo* dos demais, isto é, *sermos nós mesmos* com os nossos hábitos e o nosso património territorial, linguístico e cultural, enquanto comunidade moral que nos reagrupa na grande família da nação.

Este sentir comum implica sempre uma oposição, ou *um ser de outro modo*, que no futebol ganha especial relevância na afirmação por confrontação com os demais, sobretudo, dado se tratar de um desporto que encerra um espaço colectivo de afirmação de diferenças num quadro alargado de referências. A avaliação de supremacias, e com estas a afirmação das diferenças e das rivalidades, constituem ingredientes que alimentam os sentires de pertença, mobilizando-nos de forma arrebatada para a esfera colectiva onde não temos hipóteses de *deixar de ser* pelos nossos em oposição aos demais, aos outros.

Se o futebol se apresenta deste modo como um desporto que reforça os sentires identitários mobilizando estados emocionais inerentes a este processo social – dado o seu carácter renovadamente espectacular de desporto-jogo que encerra uma confrontação mimética –, haverá ainda a ter presente outros aspectos que intensificam esta realidade ao forjarem a construção de uma ideologia de pertença.

Se por um lado, os media contribuem neste propósito com a produção de símbolos de unidade, ao heroificar feitos, forjarem ídolos, e instigarem as diferenças, por outro, o espectáculo de futebol em si mesmo enquanto celebração partilhada e vivida encerra por excelência a produção e reprodução de estados emocionais em torno das diferentes identidades.

Tal como *reza* a letra de uma das canções de exaltação clubística da nossa praça, naquela parte em que se canta «*Só eu sssssei... porque não fico em casaaaa*», para se compreender a carga emocional projectada, vivida e forjada no futebol é preciso ir vê-lo *ao vivo*, estar lá, e uma vez estando, deparamo-nos com a impossibilidade de o ver com os nossos olhos, pois todo o nosso ser é arrebatado para o sentir, para nele participarmos. Este sentir apela-nos antes de mais à dimensão afectiva que nos é própria, e que regra geral ultrapassa a nossa inteligibilidade racional, pois somos magnetizados para uma aventura cujas palavras serão sempre insuficientes para descrever as sensações vividas.

Alguns psicólogos explicam estes estados como formas de contágio entre multidões, outros de fenómenos de catarse, o senso comum apelida-os de loucura, de paixão, e nós sociólogos, que explicação temos para esta realidade?!... Esta é sem dúvida uma boa questão embora de difícil resposta. De facto, não tenho nenhuma resposta suficientemente fundamentada para a explicação deste fenómeno, embora tenha um conjunto de outras boas questões, que na boa tradição filosófica de que a sociologia é subsidiária, nos poderão servir como pistas de reflexão na aproximação à compreensão da especificidade do futebol enquanto desporto fecundo de emoções. Mas antes de as colocar gostaria de fazer algumas confidências pessoais sobre as minhas *vivências futebolísticas*, dado estas poderem esclarecer as minhas propostas de interpretação do tema em debate.

Na minha experiência, enquanto investigadora no campo da sociologia do desporto, tive a oportunidade de realizar um conjunto de observações participantes no seio das claques juvenis de apoio aos clubes de futebol durante os jogos. A primeira série de observações foi realizada no final dos anos oitenta, e nela pude sentir e viver pela primeira vez a aventura do futebol. Não porque não tivesse uma filiação clubística, que como *boa alfacinha que se preze* não poderia deixar de ter (permitam-me esta nomenclatura de valor que revela já um sentir de identidade por uma *das cores* da minha cidade no quadro nacional), mas porque por razões várias, entre elas talvez por ser mulher e como tal ter sido afastada culturalmente de tais eventos, não me sentia arrebatada para o *mundo dos futebóis* (campeonatos, resultados e ídolos), que tendia em associar a um qualquer relato energúmeno de domingo à tarde ouvido de relance, ou às questiúnculas tão frequentes entre os homens à volta dos lances deste ou daquele jogador que os adjectivados árbitros teriam desfeito.

Apesar de *todo este meu sentir*, encontrava-me consciente do trabalho de campo que pretendia realizar, e recordando a deleitosa experiência narrada pelo famoso Descartes sobre a sua observação participante ao longo de nove anos da sua vida, – cujos pressupostos foram exemplarmente recuperados pela sociologia –, lá me dirigi de cachecol ao pescoço para o primeiro jogo, predisposta a *deixar-me levar* pelos acontecimentos, no intuito de compreender o que levava aqueles jovens a tamanha *euforia militante*.

Cedo me apercebi, não com a *cabeça* mas com o *coração*, que as deambulações da bola ao serviço da equipa cujo dístico se reproduzia em mim e à minha volta me arrebatavam para o jogo, me despertavam para um estado de alerta, de risco, de medo no *quase deles*, do *pulsar no quase nós*, do êxtase no *foi nosso*, dessa aventura futebolística, dessa loucura que percorre o desaire e o delírio de *sermos um nós* por oposição aos *outros*.

Na época desportiva de 1999/00 voltei a repetir esta experiência, desta vez com um grupo de alunos da licenciatura em ciências do desporto. Na primeira reunião de preparação os meus colaboradores manifestaram alguma inquietação em conseguirem realizar o trabalho previsto, já que cada um deles tinha um sentido clubístico intenso, e dificilmente se estavam a ver no meio de um grupo de jovens entusiastas a torcer por uma equipa que tinham como adversária, e ainda por cima deveriam *fluir* com os seus *estares*!... Como isso seria possível? E se nalgum jogo a equipa

adversária à claque onde se encontrassem fosse a sua própria equipa, como poderiam interpretar tal papel!...

Assegurados de que a última hipótese nunca aconteceria, avaliados os prós e os contra do trabalho pretendido, e rodeados de um enorme entusiasmo à volta da *epopeia montada* não houve desistências, embora eu tenha ficado com a sensação que partiram para o primeiro jogo sem saberem bem o que os esperava. Recordo-me com alguma emoção que quando lhes distribuí os cachecóis no primeiro jogo, alguns deles pegaram-lhes com a ponta dos dedos, e com um sorriso comprometido e uma respiração suspensa sussurraram um ténue *tá!*... Mas no final do jogo os ânimos foram outros, estavam todos delirantes com a experiência, e a inquietação era agora afastarem-se de um sentir de vitória e de derrota que não era a sua, mas que traziam *dentro de si* – era preciso despirmo-nos dos nossos papéis (sensação que eu comungava igualmente) –, requerendo a tarefa algum arrefecimento que foi sendo produzido em torno de discussões acaloradas à volta das arbitragens que sempre assumiam contornos divergentes, consoante o lado em que cada um se tinha posicionado, isto é, visto, torcido, por uma das equipa em jogo.

Estas experiências ajudam-me a levantar três questões que me parecem importantes na compreensão da especificidade do futebol enquanto desporto que nos transpõe para o campo das emoções. Uma primeira, que os envolvimentos emocionais em torno do futebol só se devem à existência de fortes identificação com uma das equipa em jogo que permitem a partilha de um *nós*; uma segunda, que esta identificação é intensificada pelo acompanhamento do jogo em si mesmo, dado ele nos *catapultar* para o mundo das emoções, do medo, do desaire e do êxtase; e uma terceira, menos visível, que nos remete para o facto de ao nos sentirmos confrontados pelos outros sermos levados a reforçar a nossa união identitária, situação que tenderá a ser tanto mais forte quanto mais pressentirmos que estamos a ser injustiçados ou hostilizados por parte dos outros.

Estas três dimensões do problema, que poderão constituir-se princípios explicativos da especificidade do futebol enquanto desporto de emoções parecem-me adquirir tanto mais relevo quanto as tendências globais da sociedade dos nossos dias contribuírem para a fragilização dos sentires identitários de expressão territorial, minando seguranças, e apelando a novas competências de superação do risco.

De facto, na nossa actualidade, marcada por sociedades cada vez mais reflexivas e destradicionalizadas como refere Giddens, ser-se simplesmente de uma *cor clubística* que se escolheu um dia, e na qual se depositam fortes laços de fidelidade, ou identificar-se com uma equipa representativa de uma cidade, região ou nação, parece estar a tornar-se cada vez mais um poderoso resíduo de afirmação das diferenças na nova ordem global, dando lugar a uma crescente exaltação e explosão emocional em torno dos campeonatos de futebol.



## 2 Futebol: Desporto e Emoção

**Carlos Nolasco**

Centro de Ciências Sociais da Universidade de Coimbra

Afirmar que o desporto é um dos mais significativos fenómenos sociais, sendo um truísmo, não deixa contudo de se constituir como um paradoxo no âmbito da Sociologia. Ou seja, como é possível que a ciência social que têm por objecto de estudo os fenómenos sociais, dedique tão pouca atenção ao desporto, que é um fenómeno tão real e transcendente quanto o da vida económica ou política, e que possibilita um entendimento sobre o espaço, as identidades, as relações sociais? No contexto da sociologia portuguesa, este paradoxo é perfeitamente constatável quando referimos por exemplo o facto de, nas 10 licenciaturas de Sociologia existentes em Portugal, apenas em dois casos a disciplina de Sociologia do Desporto surgir como opção nos planos curriculares, ou então quando referimos o número de artigos sobre desporto publicados em revistas de Sociologia. Daí a surpresa, mas também o imenso agrado com que vejo o futebol se constituir como temática no âmbito das *Noites de Sociologia*.

A minha proposta para este debate é perceber a forma como o futebol em particular, e o desporto em geral, contribuem e se inserem no âmbito do processo de globalização. No mapa do processo de globalização elaborado por Roland Robertson, a globalização do desporto ter-se-á iniciado entre 1870 e 1920, com o aparecimento de competições globais (1994: 59). Com a associação da actividade desportiva aos domínios político, económico e cultural, o desporto foi-se tornando progressivamente, ao longo do século XX, um dos processos de globalização com maior visibilidade. Neste contexto, o futebol tornou-se o desporto por excelência dos últimos 150 anos, o desporto universal, objecto de paixões verdadeiramente planetárias.

### 1. O futebol como um *localismo* que se globalizou

Segundo John Bale, "a Inglaterra foi o local que deu o desporto ao mundo" (1989: 50), ou seja, por pressão do processo de industrialização e sob a lógica do capitalismo, dos polimorfos jogos populares, emergiu o desporto moderno, altamente sistematizado e burocratizado. Privilegiando-se os contactos económicos e políticos da Inglaterra com o resto do mundo, a actividade desportiva expandiu-se naturalmente, inicialmente de forma pouco sistematizada, mas depois, através de organizações desportivas internacionais que, estruturadas de forma burocrática, conseguiram tornar o sistema desportivo, num sistema global. "O futebol sob a forma que se tornou conhecida em Inglaterra, por *association football* ou através da abreviatura popular de *soccer* foi um deles. Corridas de cavalos, luta, boxe, ténis, caça à raposa, remo, críquete e atletismo foram outras formas" (Elias e Dunning, 1992: 187).

Na sua origem, o futebol é um *localismo globalizado*. Por este conceito entende-se um processo pelo qual determinado fenómeno local é globalizado com sucesso e o futebol é um desses localismos bem sucedidos que, tendo origem num espaço local concreto, depressa se expandiu por todo o mundo de forma avassaladora (Santos, 1997: 108). É assim que "das favelas do Brasil, aos campos improvisados do Soweto, passando pelos bairros populares de Rabat, São Petersburgo, Nápoles, Lagos, Beirute, Marselha, Teerão, Buenos Aires ou Liverpool, todos repetem o mesmo gesto e as regras deste desporto nascido (...) na Inglaterra" (Ramonet, 1998: 6).

No entanto, este *localismo globalizado* que é o futebol, tal como outros localismos que se globalizaram, ao fazerem-no tornam-se universais e hegemónicos, adquirindo a capacidade de impor os termos da integração ou exclusão dos particulares aspectos locais (Santos, 2001: 71). Concebendo o futebol como um localismo vitorioso que ao se globalizar se tornou

no mais hegemónico dos desportos, capaz de impor as suas regras e lógicas a nível universal, temos que nos perguntar o que é que ficou localizado, excluído ou simplesmente derrotado? Desde logo, aquilo que se localizou foram os gestos e as regras dos jogos populares, que ao não se pautarem pelo ritual social dominante, nem à imagem do desporto moderno, rapidamente foram etiquetadas como práticas folclóricas, com mero interesse etnográfico e aproveitamento turístico (Bambuck, 1996: 93). Entre esses desportos localizados, podemos referir: o *giuoco del calcio fiorentino* em Itália; a *pelota basca* em Espanha; a *boule nantaise* em França; e em Portugal o jogo do pau, as malhas, entre outros.

O estatuto que o futebol adquiriu no processo de globalização, implica posteriormente que venha a ser praticado e organizado, entendido e sentido de acordo com as especificidades de cada local. Assim, a globalização do futebol foi moldada de formas distintas consoante os diferentes locais: um jogo elegante, baseado essencialmente no drible e nas habilidades individuais, na América Latina; rápido, forte e de intenso confronto individual no norte da Europa; um misto de jogo de equipa e de grande técnica individual no sul da Europa; um jogo de gestos felinos e de grande inocência táctica em África (Trifari e Miers, 1994: 28). Num outro exemplo, Christian Bromberger, comparando o futebol de duas cidades, mostra-nos que apesar dos gestos e regras serem os mesmos em todo o lado, a forma como são executados difere localmente. O Olympique de Marseille procura dar a imagem exuberante e movimentada da cidade de Marselha, baseando a sua filosofia de jogo na divisa dos três R's: *rêve, risque, rire*, o que dá origem a um futebol arrebatado em que se privilegia o espectáculo. O estilo da Juventus de Turim não se identifica com a cidade que acolhe o clube, mas sim com a empresa que o fundou e desde sempre apoiou financeiramente, a Fiat. O seu modelo de jogo, desenvolvido pela família Agnelli que presidiu em simultâneo aos destinos da empresa e do clube, baseia-se na filosofia dos três S's, *simplicità, serità e sobrietà*, o que reflecte um rigor em que mais importante que o espectáculo é a vitória (Bromberger, 1987: 182).

## 2. A paisagem global do futebol

Na nossa *aldeia global* há uma consciência colectiva que segundo Arjun Appadurai (1990) e Malcolm Waters (1995), resulta de representações produzidas através de rituais globais que induzem um sentimento de pertença, e uma vitalidade colectiva que dá significado ao todo. Entre as representações metafóricas globalizadas que circulam nas *paisagens mediáticas globais*, assinalam-se as *ethnoscapes*, resultantes da mobilidade individual de turistas, migrantes e refugiados; as *technoscapes*, como resultado da distribuição de tecnologia; as *finanscapes*, enquanto produto da distribuição de capitais; as *mediascapes*, resultantes da distribuição de informação; e as *ideoscapes*, como resultado da circulação de ideias e valores políticos, como sejam a liberdade, democracia, direitos humanos (Appadurai: 1990). Malcolm Waters junta a estas paisagens, a *sacriscape* relativa à desterritorialização religiosa, a *ethnoscape* que tem a ver com o cosmopolitismo e um espírito supra nacionalista, a *econoscape* enquanto consumo de representações desmaterializadas de mercadorias, e a *leisurescape* resultante dum turismo universal com a consequente desclassificação de sujeitos e objectos (Waters, 1995: 156).

Para Paul Gillen, os grandes eventos desportivos oferecem um conjunto de representações que é partilhado por um número crescente de indivíduos por todo o mundo. Assim, eventos como os Jogos Olímpicos ou os Campeonatos Mundiais de Futebol constituem por excelência o ritual que permite a criação de representações colectivas que alimentam as paisagens mediáticas globais (Gillen, 1995: 11 e ss.). Desta forma, também podemos acrescentar ao desporto o sufixo "scape" e falarmos dum *sportscape* como resultado da difusão do acontecimento desportivo, que pela sua intensidade ajuda a refazer o mundo como uma paisagem única.

Esta paisagem única é a dos grandes cenários desportivos: os estádios, as pistas, os cortes, os rings. Todos os olhos se concentram no mesmo movimento, no mesmo lance, na mesma jogada. É com fascínio que Desmond Morris refere que "de todos os acontecimentos da história humana, aquele que atraiu maior audiência não foi um grande momento político nem a celebração especial de um feito extraordinário nas artes ou nas ciências, mas um simples jogo de bola — um desafio de futebol. Num dia de Junho de 1978, mais de mil milhões de pessoas viram a final da Taça do Mundo entre a Argentina e a Holanda. Quer isto

dizer que qualquer coisa como um quarto da população mundial interrompeu o que estava a fazer e centrou a sua atenção num pequeno rectângulo de relva na América do Sul, onde vinte e duas figuras, envergando roupas vistosas, passaram noventa minutos a pontapear uma bola, num delírio de esforço e concentração" (Morris:1981: 7).

Independentemente do estilo de jogo de cada equipa e das emoções suscitadas nos espectadores, a verdade é que o pequeno rectângulo de relva onde tudo acontece é, afinal, um *espaço vazio*, um espaço que, no dizer de Giddens, não tem lugar (Giddens, 1992: 14), ou como refere John Bale, "uma paisagem relativamente homogénea e estandardizada que diminui a variedade de específicos lugares locais" (Bale, 1998). No mundo do desporto, o *não-lugar* é intrínseco à actividade desportiva, isto em virtude das normas do jogo imporem como condição a eliminação das diferenças entre lugares, e a criação de um espaço por forma a que os particularismos regionais não condicionem a ocorrência da partida desportiva. O desporto surgiu com a imposição de regras comuns dentro de uma modalidade, de modo a que houvesse apenas uma forma de se jogar. Essas regras não se referiam apenas ao comportamento dos jogadores, faziam também referência ao espaço onde ocorria o jogo, determinando a geometria e o tamanho dos segmentos do campo do jogo, nunca se fazendo, contudo, qualquer alusão ao lugar, deixando-se sem especificação os detalhes da paisagem que rodeava os jogadores. Assim, se o futebol ocorre num "espaço purificado" pelas regras que o isolam do mundo corrente, então o desporto ocorre num espaço que carece de lugar, em que há uma única paisagem independentemente do espaço envolvente ter 10 ou 10 000 espectadores a assistirem em bancadas, num campo aberto ou num pavilhão (Bale, 1998).

Os jogadores, também eles, são construtores de representações globais que sustentam a paisagem desportiva como uma paisagem global. Mediatizados pela televisão e elevados ao estatuto de deuses pela publicidade, os melhores dos melhores tornam-se *heróis desportivos globais* (Graciela Rodrigues, 1996). Para que um atleta adquira este estatuto, segundo Graciela Rodrigues, são necessárias duas coisas: primeiro, que construa a sua carreira com base nos princípios do igualitarismo e da meritocracia, pois isso é sinónimo de que face a uma igualdade formal triunfou-se por mérito próprio, podendo ser visto não apenas como herói desportivo, mas também social; segundo, que o herói consiga conciliar a presença simbólica com a ausência física, de modo a que os seus feitos e a sua imagem se difundam para além do espaço em que ocorrem, permitindo uma globalização do seu heroísmo. Ao contrário de outros heróis globais que se desvinculam do seu lugar de origem para acederem a referências globais, os heróis desportivos globais sustentam-se pela sua localização como forma de afirmação. O exemplo mais paradigmático dum herói desportivo global, terá sido o de Diego Maradona que, nascido num bairro pobre de Buenos Aires, se tornou o maior futebolista da sua geração, afirmando a "argentinidade" quando precisamente jogava no estrangeiro, sendo o elemento fundamental duma selecção que ganhou um campeonato do mundo de futebol, tornando um clube pobre de Itália vencedor do *scudetto*, para depois cair em desgraça, tendo sempre como espectadores uma plateia global. Com a sua maneira de estar, as suas atitudes e comportamento ritualizado, Maradona tornou-se um herói, símbolo dum Sul, local e globalmente, estigmatizado (Dini, 1994: 76). Através dos seus heróis e emoções, as representações desportivas vão dando significado a um rito global partilhado por todos.

### 3. O futebol como metáfora da competição global

O desporto sempre se caracterizou por uma intensa carga competitiva, fosse este um desafio a um opositor individual, colectivo, ou até ao próprio indivíduo. A divisa olímpica do *mais rápido, mais alto, mais forte*, não é apenas o espírito de superação dos próprios limites, mas também o de concorrer com outrem na mesma pretensão, alterando-se, dessa forma, a divisa para o melhor, o primeiro, o campeão. Segundo Teixeira de Sousa, esta metamorfose de sentidos reflecte-se na passagem do "jogar com" ao "jogar contra", ou seja, o sentimento de companheirismo, em que o jogador da outra equipa era visto menos como um adversário e mais como um companheiro com quem se joga, transformou-se numa rivalidade em que o jogador da outra equipa é efectivamente um adversário a anular (Sousa, 1996: 19). A convivência do jogo foi substituída pelo resultado do jogo, resultado que é agora o elemento final, o produto sensível da competição. Em novo clima desportivo, pode ser conceptualizado

através daquilo que Ralf Dahrendorf designa como *darwinismo social*, ou seja, a oposição dos indivíduos entre si, em feroz competição por direitos de cidadania, prevalecendo a lei do mais forte, os que perdem caem em situações de marginalidade face ao mundo oficial do trabalho, da política, da cultura (Dahrendorf, 1996: 34). Também para o Grupo de Lisboa, a competitividade económica, mais do que um *slogan*, tornou-se uma ideologia que, extravasando os seus limites, se impõe enquanto objectivo inspirador das escolhas públicas e privadas na mercantilização de todas as dimensões humanas e sociais (Grupo de Lisboa, 1994: 15).

Tal como no âmbito económico, também no meio desportivo a naturalidade da competição transformou-se numa ideologia. Teixeira de Sousa refere precisamente que por exigências de competitividade feitas por treinadores, directores, patrocinadores e adeptos, "o modo de actuação dos jogadores tem contribuído para que o futebol se venha revelando um jogo quezilento, com sucessivas interrupções, de reduzido tempo útil, de exagerada dureza, de abundante 'anti-jogo' e onde a indisciplina e a violência vêm constituindo aspectos salientes" (Bastos, 1996: 29). Também Patrick Murphy *et al.* referem que o espírito violador das regras passou a desempenhar um papel central nas ideologias e valores prevaletentes no universo desportivo. "Esta exaltação da conquista da vitória com prejuízo das regras, dos regulamentos e do 'espírito' da modalidade é um fenómeno de incidência mundial (...) A modalidade (o futebol) não está mais dura do que costuma ser, mas sim mais cínica no seu uso instrumental da violência e da batota" (Murphy *et al.*, 1994: 37).

Esse cinismo desportivo está também patente na instrumentalização da competição através de interesses económicos. Por exemplo, a televisão, enquanto vendedora de desporto, procura oferecer imagens de jogos transmitidas em directo ou em diferido, para além das fronteiras dos países ou continentes onde ocorrem. Esta situação suscita um problema: os telespectadores dos países futebolisticamente menos competitivos, podendo ver em casa as grandes equipas da Europa ou da América do Sul, desprezam as suas equipas locais e, conseqüentemente, também as estações de televisão nacionais não querem o produto desportivo interno. Segundo a FIFA, esta situação é extremamente perversa, pois enquanto os grandes clubes vendem os seus jogos por somas astronómicas, os clubes dos países menos competitivos, longe de poderem capitalizar o impacto e popularidade que tem o desporto televisionado, vêm desvalorizado o seu produto, não recebendo as verbas por direitos televisivos que outros recebem, sendo desta forma condicionados na sua competitividade (FIFA, 1998). Neste "mundo" competitivo, o capital é o elemento fulcral no desenvolvimento dos clubes, entrando-se num círculo vicioso a partir do momento em que para se desenvolver há a necessidade de participar em competições internacionais, para participar nestas competições é necessário ser-se competitivo, mas para se ser competitivo é necessário dinheiro (Nys, 1998: 29). Os clubes que estão fora deste círculo, têm dificuldade em entrar, pois não são suficientemente grandes para gerar receitas, nem suficientemente visíveis para que as grandes marcas vejam neles uma ocasião para publicitarem o seu nome, não tendo portanto capacidade de constituírem uma equipa competitiva. Pelo contrário, os grandes clubes, quando mais dinheiro geram, mais competitivos se tornam, mais visibilidade obtêm, e conseqüentemente, mais poderosos ficam pelas receitas que auferem.

## Bibliografia

- APPADURAI, Arjun. 1990. "Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy", in Featherstone, Mike (org.). *Global Culture*. Londres: Sage. pp: 295-310.
- BALE, John. 1989. *Sports Geography*. Londres: E. & F.N. Spon.
- BAMBUCK, Roger. 1996. "Pour un Sport Démocratique". *Manière de Voir - Le Monde Diplomatique*, 30, pp: 92-94.
- BASTOS, João Pereira. 1986. *Desporto Profissional*. Lisboa: Ministério da Educação e Cultura/Direcção-Geral dos Desportos.
- BROMBERGER, Christian. 1987. "L'Olympique de Marseille, la Juve et le Torino: variations ethnologiques sur l'engouement populaire por les clubs et les matchs de football". *Espirit*, 125, pp: 174-195.
- DAHRENDORF, Ralf. 1996. *A Quadratura do Círculo*. Lisboa: Edições 70.

- DINI, Vittorio. 1994. "Maradona, héros napolitain". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 103, pp: 75-78.
- DURKHEIM, Emile. 1989. *A Divisão do Trabalho Social*. Lisboa: Editorial Presença.
- ELIAS, Norbert e DUNNING, Eric. 1992. *A Busca da Excitação*. Lisboa: Difel.
- FIFA, 1998. <http://www.fifa.com>.
- GILLEN, Paul. 1995. "Jeux Olympiques et Société Globale". *Écologie Politique*, nº 17, pp. 7-17.
- GRACIELA Rodríguez, María. 1996. "Diego, un Heroe Global en Apuros (o la Agonia del Ultimo Dinosaurio)". *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 1,. <http://www.sirc.ca/revista>
- Grupo de Lisboa. 1994. *Limites à Competição*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- MORRIS, Desmond. 1981. *A Tribo do Futebol*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- MURPHY, Patrick; John Williams e Eric Dunning. 1994. *O futebol no Banco dos Réus: Violência dos Espectadores num Desporto em Mudança*. Oeiras: Celta Editora
- RAMONET, Ignacio. 1998. "Un Fait Social Total". *Manière de Voir - Le Monde Diplomatique*, 39. pp: 6-7.
- ROBERTSON, Roland. 1994. *Globalization*. Londres: Sage Publications.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. 1997. "Uma concepção multicultural de direitos humanos". *Lua Nova*, nº 39, pp: 105-124.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. 2002. "Os processos de globalização". Santos, B.S. (org.), *Globalização: fatalidade ou utopia?*. Porto: Edições Afrontamento.
- SOUSA, Jorge Teixeira. 1996. *Para a Sociologia do Futebol Profissional Português*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa.
- TRIFARI, Elio e MIERS, Charles (orgs). 1994. *Soccer! The game and the World Cup*. Nova Iorque: Rizzoli.
- WATERS, Malcolm. 1995. *Globalization*. Londres: Routledge.
- Nys, Jean-François. 1998. "Un Enjeu Économique". *Manière de Voir - Le Monde Diplomatique*, 39, pp: 26-30.
- GARGANTA, Júlio. 1997. *Modelação Tática do Jogo de Futebol. Estudo da Organização da Fase Ofensiva em Equipas de Alto Rendimento*. Dissertação de Doutoramento apresentada na Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.

## 2 Futebol: Desporto e Emoção

**João Coelho**

Começo por agradecer o convite da APS que, com esta iniciativa, demonstra enorme coragem ao reconhecer a importância sociológica de um tema habitualmente estigmatizado pela academia.

Pretendo hoje reflectir de forma sucinta e breve sobre a minha análise sociológica do fenómeno social futebol. Esta análise, desenvolvida entre 1993 e o presente, envolve igualmente a minha identidade pessoal e de investigador, constituindo-se como uma forma de olhar o mundo, a partir de uma situação determinada. No fundo, mais um discurso sobre um facto social total na sociedade portuguesa.

Mais do que o aprofundamento académico do tema que abordo, interessa-me apresentar as linhas mestras de um percurso de investigação, ainda e sempre em construção, com destaque para a relação do investigador com o objecto de estudo, privilegiando e defendendo a postura de envolvimento crítico e de testemunho articulado.

### **Investigação participante**

Antes de começar, devo dizer desde já que sou um adepto empenhado de futebol: aquilo a que os italianos chamam um “tiffosi” – “um doente da bola”...

Jogo futebol com muita regularidade, tenho “bilhete de época” no Estádio das Antas, frequento neste momento o curso de treinadores de 1º nível da Associação de Futebol do Porto. E além de tudo isto, ainda investigo e penso sobre futebol.

O trabalho que iniciei em 1993 – seguindo o conselho do Prof. Carlos Fortuna, aqui presente, a quem aproveito para voltar a agradecer pela excelente ideia e pela orientação desta primeiro trabalho – com o projecto de investigação dedicado à procura das razões da popularidade do futebol, tem seguido um caminho paralelo à minha vida pessoal fortemente marcada por este jogo, quer como adepto-espectador, quer como praticante.

Isto implica uma interacção constante entre a identidade “adepto” e a de “investigador”, e particularmente com a minha identidade própria enquanto sociólogo, construída com base nas minhas concepções pessoais sobre a forma de pensar e fazer sociologia.

A sociologia é, para mim, antes e acima de tudo, uma forma de pensar, de interrogar o mundo. A sociologia, muito mais que uma disciplina, um ramo de saber, ou um conjunto de conhecimentos, métodos e resultados, é um ponto de partida para se olhar aquilo que se passa à nossa frente, à nossa volta e principalmente aquilo que se passa connosco próprios.

O envolvimento profundo com um determinado campo de estudo, que resulta desta postura, é por muitos francamente reprovado. Mas parto do princípio que para desenvolver o conhecimento de qualquer fenómeno social é indispensável o envolvimento do próprio investigador (não concebo que alguém que não é adepto realmente empenhado, que não vá ou nunca tenha ido por sistema ao estádio da sua equipa, possa perceber o que significa ser adepto. Só nós podemos saber que ser adepto de futebol é, acima do mais, sofrer, e estar preparado para tal. É sentir o coração a acelerar quando a equipa entra em campo. É nunca realmente ser capaz de admirar o mais belo golo do mundo se for marcado na nossa baliza. É algo de incondicional e incontrolável, estúpido e glorioso.

De qualquer dos modos, e de uma forma geral, a investigação sociológica, é para mim, antes de mais, um processo de envolvimento com o mundo, sendo os traços principais da construção de qualquer investigação sempre resultado da situação e identidade do investigador: todo o conhecimento é situado. Daqui surge a minha simpatia para com a noção de investigador como testemunha articulada, que procuro cada vez mais pôr em prática.

O investigador como testemunha articulada baseia-se no aproveitamento da experiência anterior e actual daquele num determinado terreno, do seu envolvimento com o meio e o objecto,

das perguntas obrigatoriamente diferentes que ele pode fazer nessa situação. A situação, pertencas e experiências do investigador são, portanto, rentabilizadas por uma postura de proximidade ou intimidade crítica com o objecto e o terreno de estudo. Uma testemunha de processos e acontecimentos posicionada num terreno, contraposta à concepção convencional do investigador como observador ou etnógrafo, produtor de um conhecimento privilegiado.

Esta postura epistemológica e metodológica tem outras implicações que me agradam particularmente: as interpretações que produzo sobre o meu campo de estudo, neste caso o futebol e as relações sociais àquele ligadas, não passam disso mesmo: interpretações resultantes de um certo tipo de envolvimento com o mundo em questão, produzidas a partir de uma situação social determinada. Mais um discurso, afinal de contas. O conhecimento produzido pela prática da investigação é também ele político e ideológico, constitui-se em discursos e influencia pessoas e instituições, identidades e subjectividades. Isto é, o resultado final do trabalho do investigador social não é, em termos da sua natureza, diferente dos discursos que circulam na sociedade. Será mais um discurso na “selva de discursos” que é a vida social. Como diria Foucault, a grande questão é saber porque se impõem uns e não outros...

### **Futebol – um campo de estudo privilegiado**

Hoje em dia, não existem na sociedade portuguesa muitas actividades e campos sociais que ocupem lugar tão central nos *media*, nas sociabilidades, nos gostos dominantes, como o futebol.

Desporto-espectáculo-instituição social, (torna-se cada vez mais difícil definir de forma segura “futebol”) a que se pode aplicar o conceito de Marcel Mauss “facto social total”, definido como fenómenos que mobilizam a totalidade de uma sociedade e suas instituições, o futebol impõe a sua centralidade social e cultural pela força da popularidade e universalidade inegáveis.

Um fenómeno central na sociedade portuguesa mas sistematicamente esquecido pela sua academia, talvez por nesta se considerar que o futebol pertence à esfera do “lúdico”, do “desporto”, do “jogo”, sendo portanto inferior, menos importante, sério ou significativo em termos sociais. Parece-me que assim se perde a possibilidade de explorar todo um campo de estudo privilegiado.

Nos meses de Junho e Julho de 1998, o Campeonato do Mundo de Futebol, disputado em França, teve uma assistência acumulada de 37 mil milhões de telespectadores. Durante mais de um mês de competição, milhões de pessoas seguiram apaixonadamente os jogos e os resultados obtidos pelo seu país no confronto desportivo. Nenhum acontecimento televisionado, de qualquer tipo, atingiu até hoje as audiências mundiais totais de um Campeonato Mundial de Futebol. Saliente-se, também, que, dos dez eventos televisionados com maiores audiências a nível planetário, mais de metade deles referem-se a competições de futebol internacional.

O futebol é um facto cultural global. É jogado e visto em todo o mundo, ultrapassando todo o tipo de barreiras sociais, económicas, políticas e hoje em dia até sexuais. Pode dizer-se que o futebol é transversal às diferenças, dado que num estádio podemos encontrar juntos, torcendo pela mesma equipa – e se calhar abraçando-se emocionados quando aquela marca um golo – ricos, pobres, intelectuais e operários, homens e mulheres, jovens e velhos. E a verdade é que não há muitos fenómenos que promovam esta aproximação. Aliás, o futebol consegue muitas vezes unir o que parece ser impossível unir: os Estados que integram diferentes “nações”, mesmo em casos como os da Espanha ou da Bélgica, onde o apoio intenso às selecções nacionais envolvidas em competições internacionais parece fazer esquecer, momentaneamente, as reivindicações nacionalistas tantas vezes veiculadas através de clubes de futebol (o caso do FC Barcelona, é neste aspecto, exemplar).

O futebol, como muito bem afirmam certos estudiosos, é uma das únicas linguagens realmente universais, a par da música ou da ciência. A sua popularidade apenas pode ser medida aos milhões e vai sempre a par de uma grande paixão, o que leva a que muitos comparem o futebol a uma religião. Neste caso podemos dizer que se trata de uma religião de muitas religiões, já que entre os seus seguidores se encontram católicos, protestantes, ortodoxos, judeus, muçulmanos, hindus, etc., etc.

Curiosamente, sendo um factor de mundialização ou globalização o futebol escapa, como poucos fenómenos, à tutela dos EUA. A Europa, nomeadamente a Inglaterra, foi o seu berço, mas espalhou-o depois por todo o planeta e essa difusão continua a acontecer, despertando emoções

e paixões quase incontroláveis ao mesmo tempo que cria novas formas de se jogar e ver futebol. O jogo de futebol praticado em todo o planeta pode ser uma constante, mas os estilos de ver e jogar futebol variam, bem como o seu significado, conforme os contextos sociais. Por isso se afirma que o futebol é um fenómeno social ao mesmo tempo universal e particular, global e local. Daí resulta também muita beleza e fascínio deste desporto.

Como em muitos países do planeta, o futebol é o desporto nacional em Portugal, constituindo também a sua principal indústria cultural. O futebol, com a sua popularidade e centralidade social, tem vindo a construir ao longo de décadas um autêntico património cultural que diz muito acerca da sociedade portuguesa. Desporto nacional, obsessão partilhada, “facto social total”, o futebol é um dos mais usuais tópicos de conversa e discussão, tema fundamental dos *media* (três jornais diários vendendo acima dos 250 000 exemplares por dia), possuindo uma importância simbólica enorme na cultura dos portugueses. É por isso óbvio que muito se pode aprender sobre Portugal a partir da análise de como se joga, organiza, vive e sente o futebol.

### Os significados e o futuro do futebol

Desde que iniciei o meu trabalho académico sobre futebol sempre dediquei especial atenção aos significados que são atribuídos a este desporto, às suas equipas e encontros, pelos adeptos. Parece-me que esta é a forma adequada para alcançar alguma compreensão acerca da importância e centralidade social que o futebol detém, e os papéis que desempenha, em Portugal como numa parte significativa do mundo.

Os principais significados e representações que são produzidos e reproduzidos a propósito do futebol estão, de forma geral, ligados a formas de identidade e identificação social. Na verdade, o futebol, principal desporto de massas numa parte substancial do Planeta, tem sido um espaço privilegiado para a produção e afirmação de identidades locais e nacionais, funcionando como fonte de diversidade cultural e participação pública, nomeadamente para os seus adeptos, espectadores e consumidores.

Ora o futebol vive hoje sobre a influência de tendências sociais e económicas que poderemos denominar como globalização (nomeadamente na sua faceta “hegemónica”, com destaque para as dimensões ligadas ao mercado e aos media). O que parece estar a suceder é que a transformação deste desporto numa indústria cultural global está decisivamente a alterar a relação dos adeptos com o jogo. A concentração de riqueza e poder em algumas instituições e campeonatos nacionais, através do “negócio” das transmissões televisivas e do controlo dos clubes por grupos económicos habitualmente não ligados ao futebol, tem vindo a retirar a influência dos adeptos, e principalmente dos sócios dos clubes, sobre a gestão dos emblemas. As próprias modificações dos quadros competitivos – veja-se a Liga dos Campeões alargada aos segundos, terceiros, quartos classificados dos campeonatos dos países mais poderosos – têm vindo a contribuir para uma crescente desigualdade de condições de competitividade em desfavor dos países europeus mais periféricos. Note-se que na última década, apenas uma equipa fora dos círculos das 6 “grandes” Ligas europeias (espanhola, italiana, inglesa, alemã, francesa e holandesa) venceu uma competição europeia – o Galatasaray da Turquia (Taça UEFA, 2000).

Este conjunto de alterações poderá pôr em causa de forma determinante o potencial de formação de identidade e de participação social que o futebol habitualmente assegura, e que justifica em grande parte a popularidade de que o jogo goza. O futebol apenas pode ser bem sucedido como indústria se souber respeitar a sua essência e a sua história como instituição social e cultural.

### BIBLIOGRAFIA

- COELHO João Nuno “Paixão FC: identidades e significados sociais do futebol”; Tese de Licenciatura em Sociologia; FEUC, Coimbra, 1995  
COELHO João Nuno ; “On the border: football and national identity in Portugal”, in *Fanatics!: Power, Identity and Fandom in Football*, Adam Brown, Routledge, 1998  
COELHO João Nuno; *Portugal, a equipa de todos nós: Nacionalismo, Futebol e Media*, Ed. Afrontamento, Porto, 2001



COELHO João Nuno e Pinheiro, Francisco: *Paixão do Povo: a História do Futebol em Portugal, 1888-2002* (no prelo); Ed. Afrontamento, Porto, 2002

### 3

## Saúde: Olhares Múltiplos

### Graça Carapinheiro

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e das Empresas

#### Sociologia da saúde e da medicina: um campo em construção

O encontro da Sociologia com a Saúde é, desde logo, o encontro com a Medicina e com todas as ciências que à sua volta se têm vindo a associar num mesmo projecto modernista de desenvolvimento das sociedades contemporâneas. Apresentam-se como ideias inaugurais deste encontro a de os problemas de saúde das sociedades actuais, pela sua magnitude, amplitude e complexidade, não poderem ser tratados a partir da perspectiva de uma única disciplina, ou seja, da exclusiva perspectiva da medicina e a de exigirem uma abordagem multidisciplinar que não prescinde de uma base de trabalho conjunta, o que desafia a organização convencional dos ramos do saber e dos seus currículos e põe em causa a divisão do trabalho profissional nos sistemas de saúde.

Independentemente dos modelos de interpretação da sua emergência, a maioria dos autores reconhece a sociologia médica como um projecto cuja plena realização científica aconteceu no fim da segunda guerra mundial, na medida dos vários tipos de formalização desta sociologia especializada que ocorreram nas décadas de cinquenta e sessenta, dos quais a criação da Secção de Sociologia Médica na Associação Americana de Sociologia, em 1960, é, seguramente, o marco mais relevante. Mas é precisamente no fim da década de setenta e princípio da década de oitenta que surgiram os primeiros textos, hoje considerados basilares, que fizeram a reconstituição histórica das condições de emergência da sociologia da medicina ou sociologia médica, que revisitaram e reviram os principais enunciados teóricos fundadores, que formularam as sínteses principais e que reformularam os objectivos e os objectos desta sociologia especializada, face ao desenvolvimento da sociologia como um todo, face a novos interfaces e a novas interactividades entre disciplinas e paradigmas das ciências sociais e face às mudanças que estavam a acontecer nas sociedades ocidentais. Tinha chegado o momento da transição da sociologia da medicina para a sociologia da saúde e da doença e não se tratava apenas de uma questão de correcção e apuramento de nomenclatura, mas da migração para uma disciplina reformulada, articulada a outras sociologias, dotada de uma epistemologia crítica e equipada com uma nova agenda política.

A sinalização das principais encruzilhadas desta especialização tem, como ponto prévio, fazer o reconhecimento das circunstâncias históricas que presidiram a esse desenvolvimento ao longo do século XX. Inscrevem-se nestas circunstâncias o período de recuperação pós-segunda guerra mundial, o desenvolvimento do Estado Providência e a construção de um projecto reformista global que abarcava a organização de serviços nacionais de saúde e que conferia uma atenção particular aos problemas de equidade que lhes estavam associados, no contexto de novas realidades e de novas experiências, articuladas a factos de natureza demográfica, de natureza epidemiológica, de natureza científica e de natureza económica (Carapinheiro, 1986).

A identificação dos principais nós problemáticos, cuja superação permitiu a autonomização e a consolidação desta área sociológica, é útil, porque permite evidenciar a importância da reflexividade sociológica, epistemologicamente orientada, de que cada sociologia especializada é sempre uma ilustração única. A primeira encruzilhada corresponde à primeira fase da história da relação da medicina com a sociologia, em que os problemas susceptíveis de investigação sociológica se dobravam aos interesses de ordem médica e acabavam por legitimar as funções sociais atribuídas à medicina nas sociedades modernas. É exactamente neste período que Straus (1957) estabelece a distinção entre "Sociologia *na* Medicina" e "Sociologia *da* Medicina", servindo-se dela para separar dois modelos alternativos de racionalidade sociológica, respectivamente com maior "interioridade"

e maior "exterioridade" com a perspectiva médica, sugerindo que o primeiro geraria inevitavelmente cumplicidade com os interesses médicos, enquanto que do segundo, tão inevitavelmente quanto do primeiro, resultaria mais independência de pontos de vista e maior autonomia científica (Carapinheiro, 1993:36-37).

As ideias que estão implícitas nesta distinção não se circunscreveram apenas ao tempo da sua emergência, mas prolongaram-se ao longo das décadas de 60, 70 e 80 do século passado, balizando uma longa controvérsia científica, central para esta sociologia. De facto, podemos dizer que o que estava em debate era se fazia sentido reduzir as práticas sociológicas possíveis a estas duas formas e forçar os sociólogos a fazer a opção por uma ou por outra, contribuindo para a ambivalência do papel do sociólogo neste domínio do conhecimento. Embora Scambler (1989) reconhecesse que numa fase inicial a distinção entre os dois modelos de práticas se tenha realmente traduzido em dificuldades na definição do papel dos sociólogos, acabou por concluir sobre a inadequação da distinção proposta para interpretar os movimentos de aproximação e de mútuo reconhecimento das diferenças que, tanto a sociologia como a medicina, têm vindo a realçar e que, lentamente e gradualmente, vão deixando de constituir obstáculos à produção de boas práticas. O entendimento destas boas práticas não se coaduna com qualquer prévia definição, positiva e rígida, de como elas deverão acontecer, mas tão somente que ao acontecerem se esbata progressivamente a autoridade científica dos representantes da medicina, abrindo espaço ao reconhecimento do valor e da validade dos outros saberes científicos, se requalifique a posição dos cientistas sociais como não podendo mais ser exterior, estranha e profana e, finalmente, que viabilize uma colaboração científica compatível com os objectos, os objectivos e as metodologias com sede na sociologia. O facto desta controvérsia se ter prolongado tanto é, por si mesmo, indiciadora do seu carácter estratégico para a afirmação científica desta especialização sociológica e reveladora das interferências provocadas nesta afirmação pela posição estratégica da medicina.

A segunda encruzilhada situa-se no que, grosso modo, pode ser considerado um momento de balanço crítico da produção sociológica nesta área de conhecimento, desenvolvida até finais dos anos 80. Nesta década, numa estratégia teórica orientada para a autonomia desta sociologia, enunciam-se as condições indispensáveis para o afastamento progressivo da polémica gerada à volta da distinção entre a sociologia *na* e *da* medicina. Estas condições reclamavam distância relativamente aos interesses de ordem médica, exigiam a definição de uma lógica analítica oposta à lógica individualista do pensamento médico, recomendavam a construção de uma abordagem estrutural, conceptualmente organizada para a análise das profissões e das instituições da medicina, delimitando as ideologias profissionais e determinando a natureza dos saberes investidos nas práticas da produção de cuidados. No âmbito desta avaliação, a dada altura, Stacey e Homans (1978) acabam por reconhecer que os sociólogos não se aperceberam logo da importância desta área de conhecimento para o estudo de problemas de organização, controlo, ordem, estratificação, poder e prestígio, dominação e subordinação, experiência e sentido, ou seja, a relevância sociológica dos processos e das instituições sociais associados à saúde e à doença para a reprodução e a mudança da ordem social.

Na esteira deste balanço, no princípio da década de 90 alguns autores recuperaram as ideias anteriormente traçadas e, no reforço da importância conferida às orientações teóricas da sociologia, acabaram por vaticinar que os estudos sociais da saúde deveriam ter um suporte teórico nítido e distinto, caso contrário a sociologia médica reduzir-se-ia a uma mera ciência administrativa ou fragmentar-se-ia num conjunto de linhas de pesquisa incoerentes (Turner, 1992). Digamos que a tensão se deslocou da controvérsia gerada pela distinção entre a sociologia *na* e *da* medicina, para se fixar na emergência da sociologia da saúde e da doença, dotada de uma orientação teórica e analítica consistente, ainda que conformando-se a inspirações, influências e filiações diversas, que procura determinar as causas sociais da saúde e da doença, colocando-se preferencialmente na perspectiva do doente.

Subjacente a estas duas encruzilhadas está o projecto de afirmação de uma nova disciplina sociológica, à procura de uma identidade específica, que lhe permita uma acção e intervenção científicas auto-determinadas. Se até aqui podemos dizer que essa identidade se construía predominantemente por operações de ruptura, de natureza epistemológica, e por operações de recomposição analítica dos seus objectos e dos modos de os pesquisar, de

natureza metodológica, a partir daqui constituía-se uma terceira encruzilhada que, desta vez, confrontava o projecto inicial com o processo de fragmentação social das realidades abrangidas pela saúde e pela doença e do estilhaçamento dos modelos estabelecidos de os abordar, com a conseqüente necessidade de recepção de outros saberes sociológicos resultantes de novas especializações. São estas razões que permitem compreender a importância que ganharam, entre outras, a sociologia das organizações, a sociologia das profissões, a sociologia do trabalho e, numa fase mais avançada desta disciplina, a sociologia da ciência, a sociologia da dor ou a sociologia do corpo.

A contribuição da sociologia do corpo é problematizada em termos das questões que articulam as realidades corpóreas a novos movimentos culturais e a transformações da identidade pessoal, contextualizando estes processos nas mudanças de natureza socio-demográfica, ou seja, nas mudanças da estrutura das doenças, dos padrões demográficos e no impacto dos factores ambientais; nas mudanças de natureza económica e política, isto é, na tendência para a privatização dos sistemas de saúde, na mercadorização dos cuidados de saúde, nas novas práticas de gestão nas organizações de saúde e no crescente criticismo dos diferentes sectores da opinião pública; e nas mudanças de natureza técnica, científica e profissional, como sejam as mudanças na estrutura dos saberes da medicina; a comercialização da medicina académica e a erosão do estatuto profissional da prática médica. A partir da análise das conseqüências resultantes de todas estas mudanças, segundo o modo do racionalismo sensível e seguindo a óptica do relativismo social e cultural, é possível recolocar a questão do estatuto sociológico da doença e do corpo.

Enquanto que na língua portuguesa existe apenas uma palavra, *doença*, para designar as várias dimensões da experiência que atravessam o estado de doença, na língua inglesa foram criados três termos *disease*, *illness* e *sickness*, como categorias que se prendem a fenomenologias particulares, de natureza física, biológica e fisiológica, de natureza psicológica e de natureza social, respectivamente. O que estes termos comportam é a possibilidade de estratificar os vários planos da experiência do sentir e do viver a doença, que concentram as percepções, as representações e as experiências práticas de a socializar num corpo, que não é só entendido como um corpo com órgãos (*Body-with-Organs*), mas privilegiadamente como um corpo sem órgãos (*Body-without-Organs*), tal como Deleuze e Guattari conceberam esta superfície filosófica (1984, 1988 in Fox, 1999), ou seja, não como um organismo biológico, não como um corpo físico, mas sim como uma superfície metafórica onde se encontram e se interpenetram as experiências psíquicas e as forças sociais, transformando-o num lugar de colisão de forças contraditórias.

Assim, tomando em mãos este duplo entendimento conceptual e analítico do corpo, começa-se por estabelecer que as categorias doenças, em todas as dimensões que as representam, são variáveis no tempo e no espaço, tanto no uso que lhes é dado pelos profissionais, como no seu habitual uso leigo. Quer dizer que a primeira linha de raciocínio se organiza à volta da relação entre cultura e doença e à volta do carácter construído da doença. Uma segunda linha de raciocínio, que se desprende da anterior, é a evocação da doença num corpo humano, investido de um infundável "jogo de possíveis" entre a natureza e a cultura e entre a intenção e a acção. Ora, é aqui que se situam os pressupostos de análise da sociologia do corpo, quer pela problemática da *encorporação* do actor social, *embodiment*, como é referido pela língua inglesa (Turner, 1992; Fox, 1999), quer pela problemática das emoções, dos afectos e dos sentimentos, tal como eles se inscrevem na actividade social humana (Williams, 2001). De alguma forma, a proposta aqui implícita é de a sociologia do corpo permitir romper com a divisão ontológica, de inspiração cartesiana, entre o natural e o social, que tem contribuído para o isolamento analítico do corpo dos restantes objectos sociológicos e para o seu conseqüente acantonamento em formas de especialismo científico (Turner, 1984; O'Neill, 1985).

A sociologia do corpo permitiu abrir, ou reabrir, novas perspectivas e novos pontos de vista na agenda científica da sociologia da saúde e da doença e da sociologia da medicina, fundadores de um modelo que incita a ideia de pessoa totalmente incorporada no contexto socio-cultural e que, pelos mesmos fundamentos, se contrapõe ao etnocentrismo médico e ao reductionismo sociológico. É no âmbito desta sociologia que se equacionam-se novas relações entre a doença e os processos de identidade que, por sua vez, se desdobram em transformações psicológicas da personalidade, especialmente quando associadas a doenças

muito graves que também podem estar na origem de flutuações significativas na imagem de si dos indivíduos. É nas relações entre estrutura social, mudanças culturais, identidades pessoais e sociais e transformações corporais que se ancoram a anorexia nervosa ou a obesidade, como objectos legítimos, e não mais marginais, investidos de sentido sociológico, e é nestas mesmas relações que se recortam novos terrenos de reflexão, como é o caso da dor, para a compreensão das complexas relações entre o sistema nervoso, a mente, o corpo e a experiência da dor.

Na continuidade da ideia da prossecução da saúde ser uma prática incorporada e uma performance moral, que viabilizam os corpos, tanto no sentido literal, como no sentido metafórico, e como um apontamento final sobre as contribuições da sociologia do corpo para este domínio da sociologia, sugere-se a possibilidade de encarar uma noção alternativa de saúde, que reflecte e reproduz as contradições fundamentais do capitalismo tardio nas culturas ocidentais, e que assume um estatuto precário, oscilando entre a disciplina do corpo e a transgressão corpórea (Williams, 1998). Interpelando a saúde a partir da determinação do papel das emoções, este autor parte da investigação sociológica e antropológica realizada para salientar, por um lado, os aspectos dilemáticos da saúde como expressão ritual e desempenho moral, por outro lado, a deslocação cultural para formas de sentir e viver a doença, holísticas e emocionalmente expressivas, e, por fim, a emergência de *corpos recalitrantes*, ou seja, entidades incontidas em espaços e discursos cujos limites culturais estão bem identificados e cujas transgressões corporais estão bem assinaladas. Nesta proposta reside permanentemente a ideia de as questões da ordem do corpo estarem mergulhadas nos problemas das suas transgressões, pois os corpos, ao longo da história da civilização ocidental, mostraram estarem relutantes à ordem social e ao controlo racional.

A nota final que aqui é deixada é a de o corpo (tal como o *self*) ser um projecto reflexivo, envolvido por mandatos culturais e por imperativos tecnológicos. Mas não o é só agora, ou principalmente agora. A construção das ordens sociais modernas exigiu a mobilização reflexiva do corpo e, como entidade biológica suprema, o corpo foi incorporado nos sistemas abstractos da modernidade e integrado nas referências centrais dessas ordens sociais. Mas, na fase tardia do capitalismo, em que se identificam os sinais da deslocação da máquina metafórica cartesiana para formas mais fluidas de regulação e de controlo sociais, a mobilização reflexiva do corpo não parece realizar eficazmente a sua contenção, pois quanto mais controlo exercemos sobre o corpo (dietas, cirurgias plásticas, genética) mais incerto se torna, o que levanta a questão da sua ontologia, a questão dos limites da sua experiência, a questão das fronteiras das suas metamorfoses (por exemplo, em máquinas), em suma, a questão da sua humanidade.

Estabelecidos os contornos das principais controvérsias que têm convulsionado, e ao mesmo tempo inspirado, esta sociologia, vale a pena dar uma ideia, ainda que sintética e panorâmica, das eventuais repercussões destas controvérsias nas formas assumidas pela sociologia da saúde na sociedade portuguesa. Embora de uma forma latente, já desde os finais da década de setenta e princípios da década de oitenta que se vinham esboçando os primeiros passos de abertura da Sociologia da Saúde como uma nova área de investigação científica e de ensino universitário em Portugal. Os principais promotores deste projecto eram sociólogos ligados à Escola Nacional de Saúde Pública e eu própria, quando já equacionava a saúde como uma área de investigação futura, a partir do conhecimento e da experiência directa ganhos pela leccionação de disciplinas de Sociologia a estudantes de enfermagem e pelo acompanhamento dos seus primeiros estágios de inserção em organizações de saúde. A primeira expressão organizada deste esforço foi a realização do I Encontro Nacional de Sociologia da Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, em 1985. Aqui se delimitaram, pela primeira vez, os contornos dos interesses científicos neste domínio sociológico.

A publicação de um primeiro texto sobre a relação entre Saúde e Sociologia no primeiro número da revista *Sociologia - Problemas e Práticas* do CIES/ISCTE (Carapinheiro, 1986) e de um segundo texto, de análise das políticas de saúde em Portugal desde 1974, também publicado nesta revista (Carapinheiro, 1987), bem como a edição do livro resultante da investigação que problematizava os saberes e os poderes no hospital, realizada no âmbito da dissertação de doutoramento em Sociologia, defendida no ISCTE em 1990 (Carapinheiro, 1993, 1ª edição), constituíram, seguramente, os três principais suportes, de natureza teórica e empírica, para estruturar um lugar de ensino, pesquisa e debate sobre como fazer a

sociologia de todos os processos que envolvem a saúde, a doença e os vários regimes de a tratar e curar e que permitem identificar os modelos organizativos e as lógicas de acção que dinamizam a sua funcionalidade.

A vitalidade da investigação sociológica desenvolvida desde finais da década de oitenta e ao longo da década de noventa pode ser avaliada pelos numerosos estudos realizados sobre sistemas e políticas de saúde, profissões de saúde, processos específicos em organizações de saúde, fenomenologias do corpo, tecnologias da saúde e poderes profissionais, doenças e risco, saúde e etnicidade, saberes e práticas leigos na saúde, representações sociais da saúde e da doença, entre muitos outros temas que atravessam a pesquisa sociológica neste domínio, neste período de tempo. Na impossibilidade de referir todos os estudos realizados, e a mero título de exemplo, apresentam-se na bibliografia em anexo alguns dos estudos que foram objecto da minha supervisão científica e que já permitem tomar o pulso a esta disciplina e avaliar a sua diversidade temática. Esta diversidade constitui, precisamente, um dos principais sinais das potencialidades teóricas e analíticas deste projecto que, antes de tudo, é de sociologia e que, assim sendo, não prescinde do contributo de todas as sociologias especializadas que alargam e aprofundam a sua condição de ciência.

## Bibliografia

- ANTUNES, Lina (2000), *A problemática da comunicação na doença oncológica infantil*, Tese de Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação, ISCTE.
- CARAPINHEIRO G. (1986), "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº 1.
- CARAPINHEIRO G. (1987), "Políticas de saúde num país em mudança - Portugal nos anos 70 e 80", *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº 3.
- CARAPINHEIRO G. (1995), *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Afrontamento, 3ª edição (1ª edição em 1993).
- CARAPINHEIRO Graça e LOPES Noémia (1997), *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Estudo Sociográfico de Âmbito Nacional*, Lisboa, SEP.
- CARAPINHEIRO Graça e PAGE Paula (2001), "As determinantes globais do sistema de saúde português" in Hespânia P. e Carapinheiro G. (orgs.), *Risco Social e Incerteza. Pode o Estado Social recuar mais?*, Porto, Afrontamento.
- CARAPINHEIRO Graça (2002), "O método de pesquisa de terreno. A aproximação ao campo e aos informantes" in Mercado, Francisco J., Gastaldo, Denise e Calderón, Carlos (Comps.), *Investigación cualitativa en salud en Ibero-América. Métodos, análisis y ética*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.
- DIAS, Maria do Rosário (1996), *A Esmeralda Perdida: A informação ao doente com cancro da mama*, Lisboa, ISPA.
- FERNANDES, Ananda (2000), *Crianças com dôr: O quotidiano do trabalho de dôr no hospital*, Coimbra, Editora Quarteto.
- FOX N.J. (1999), *Beyond Health. Postmodernism and Embodiment*, Londres, Free Association Books.
- GONÇALVES, Conceição (2003), *Diagnóstico pré-natal e discursos sobre a criança*, Tese de Mestrado em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- LOPES, Noémia (2002), *Recomposição Profissional da Enfermagem - estudo sociológico em contexto hospitalar*, Coimbra, Editora Quarteto.
- O'NEILL J. (1985), *Five Bodies. The Human Shape of Modern Medicine*, Londres, Cornell University Press.
- PAGE, Paula, (1998), *Políticas de Saúde Portuguesas 1940-1990: Consolidação de um Novo Regime de Poder entre a Intenção da Mudança e os Limites da Continuidade*, Tese de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- SCAMBLER G. (ed.) (1989), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Londres, Tavistock.
- STACEY M. e HOMANS H. (1978), "The Sociology of health and illness: its present state, future prospects and potential for health research", *Sociology*, 12.

- SILVA, Ana Mafalda de Oliveira (2002), *O impacto social da informação genética*, Tese de Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação, ISCTE.
- TERESO, Alexandra (2004), *Educação para a saúde: educação para a cidadania?*, Tese de Mestrado de Ciências de Educação, Universidade Lusófona.
- TURNER B.S. (1984), *The Body and Society*, Oxford, Blackwell.
- TURNER B.S. (1992), *Regulating Bodies, Essays in Medical Sociology*, Londres, Routledge.
- WILLIAMS S.J. e CALNAN M. (eds.) (1996), *Modern Medicine. Lay perspectives and experiences*, Londres, UCL Press.
- WILLIAMS S. (2001), *Emotion and Social Theory*, Londres, Sage Publications.

### 3 Saúde: Olhares Múltiplos

**Artur Valentim**

Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

#### **Drogas e dependências**

Irei falar de drogas e dependências que é um tema pouco tratado pelos sociólogos em Portugal, porventura por o atribuírem como mais próprio de outras especialidades científicas.

Assiste-se na sociedade portuguesa a uma interessante inflexão nas representações sociais da toxicodependência. Ouve-se cada vez mais no discurso “informado” que o toxicodependente é um doente, não é um criminoso. Ainda recentemente, com um notório propósito de legitimação das políticas públicas neste campo, a presidente do Instituto Português da Droga e Toxicodependência (que por acaso também é socióloga) afirmava num artigo jornalístico que “a ciência já provou que a toxicodependência é uma doença”. Nesta afirmação a toxicodependência é entendida como uma entidade prévia às definições e aos enunciados produzidos na sociedade sobre a mesma. É uma entidade patológica que foi “descoberta” pela aplicação do conhecimento científico e que está a ser revelada socialmente pela sua disseminação no conjunto da sociedade.

De facto, todos os estudos mostram que há uma mudança significativa nas representações colectivas relativamente à toxicodependência e que começa a haver alguma relevância na deslocação da toxicodependência do terreno do estrito delito, para o terreno da patologia e da doença.

Ora, os cientistas sociais têm mostrado que a doença não é apenas uma entidade biológica natural. Direi mesmo que é menos biologia e mais sociedade e cultura. A doença é uma entidade biológica, mas a doença é sobretudo um fortíssimo dispositivo discursivo, fundamentalmente construído a partir do aparelho profissional médico e é a partir das ideias que a profissão médica tem acerca da doença que nós a pensamos. O discurso da doença veicula também um fortíssimo dispositivo de poder. Em torno da doença existem muitos poderes de natureza política e de natureza profissional. A doença nos seres humanos é também um papel social. Nós, ao assumirmos a condição de doentes, comportamo-nos de determinada forma em sociedade, temos determinadas prerrogativas, temos determinados deveres e inscrevemos a doença na nossa identidade pessoal.

Uma grande referência da Sociologia, Talcott Parsons, também formalizou a doença como um desvio. E aqui aparece uma aliança, um enlaçamento com a noção médica de doença fundada igualmente na ideia de desvio. No pensamento médico a doença é um desvio relativamente a uma determinada ordem anatomo-fisiológica que caracterizará a espécie zoológica humana. Quando Parsons formulou o conceito de desvio para interpretar a doença fundamenta-o a partir dos “imperativos da ordem social”: as pessoas doentes são desviantes porquanto deixam de assegurar os seus papéis sociais. Nesta medida, a sociedade tem que se mobilizar no sentido de reparar a desviância social que a doença representa. Neste sentido, Parsons atribui à profissão médica um papel social crucial no controle do desvio-doença. Mas o que importa aqui sublinhar é a similitude desta visão sociológica da doença com a da profissão médica: em ambas se estabelece um padrão normativo em relação ao qual se define o desvio, necessariamente qualificado de negativo, razão pela qual se coloca uma exigência no sentido do mesmo ser removido. Ora, é nesta ordem de ideias que aquelas declarações que nós inicialmente referimos situam a toxicodependência. Isto é, o facto de haver uma mudança nas representações relativamente aos toxicodependentes – deslocando-os do estatuto criminal para o estatuto patológico - não significa uma alteração qualitativa nas percepções públicas relativamente à toxicodependência. Mantém-se a ideia que as sociedades não podem viver com a toxicodependência e nesta medida têm que se mobilizar no sentido de a prevenir, corrigir, em suma, eliminá-la.

A nomeação da toxicodependência como doença não data de agora. Foi sendo construída a partir do final do século XIX e ligado por um lado, às manifestações mais fisiológicas da



dependência e por outro a atributos comportamentais, muito sinteticamente expressos na sua qualificação como “doença da vontade”.

Mas a relevância social da imagem destrutiva e ameaçadora que hoje está colada às pessoas toxicodependentes é um facto recente na história da humanidade e nasce com a política proibicionista das drogas na viragem do século XIX para o século XX. Esta ideia que droga é igual a dependência, igual a destruição, igual a qualquer coisa de inumano não existia no século XIX. O século XIX é, aliás, considerado como o século dos drogados, porque as substâncias hoje proibidas faziam então parte de uma farmácia caseira. O ópio fazia parte de inúmeros preparados medicamentosos utilizados na fármaco-terapia, desde a prisão de ventre até às tosses, como também fazia parte de consumos que hoje designáramos de recreativos e que tinham, digamos, os seus locais emblemáticos nas chamadas *fumeries d'opium* que existiram entre o final do século e entre as duas Guerras na Europa e, portanto, mais associados, digamos, ao hedonismo com que hoje se configura.

A alteração da política de definição relativamente às drogas e a sua criminalização gerou todas as figuras que hoje fazem parte do pânico social relativamente à droga. Estou-me a referir àquelas que nós encontramos na cultura *junkie*, estou-me a referir ao narcotráfico, estou-me a referir à destruição da juventude, estou-me a referir, enfim, à decomposição psíquica e física que é associada à toxicodependência. Os materiais históricos aí estão para o provar e os Estados Unidos desse ponto de vista têm estudos e material empírico riquíssimo para mostrar como estes mundos sociais se criaram a partir da criminalização da droga.

Nesse sentido, eu tenho referido nos meus escritos que a droga e a toxicodependência são artefactos sócio-culturais, isto é, a droga e a toxicodependência são dispositivos discursivos que se colocam naquilo que se pretende estigmatizar e naquilo que se pretende classificar na marginalidade.

Hoje em dia, a discussão que existe relativamente aos processos de regulação da toxicodependência não põem em causa a representação da incompatibilidade humana dos narcóticos e a questão que se põe é : qual é a melhor maneira da sociedade, com base neste pressuposto, regular e controlar as pessoas que consomem narcóticos? Desde logo a transição da regulação criminal para a regulação terapêutica dos toxicodependentes leva a uma mudança na hierarquia dos dispositivos de controlo relativamente à droga, isto é, começam a superiorizar-se como os dispositivos mais importantes os do controle médico-sanitário. E daqui decorre que a construção do toxicodependente como doente não está apenas dependente do consumo de droga, está dependente da forma como os dispositivos de controlo social o gerem de forma a institucionalizá-lo. Significa isto que, quando o legislador privilegia a regulação terapêutica é porque a entende mais racionalizadora para os fins em vista da “sociedade sem droga”. Tal deve-se à imagem benigna que o bio-poder médico-psicológico tem face aos poderes policiais e judiciais, o que o torna mais eficaz para captar e institucionalizar as pessoas que consomem as drogas proscritas. Nesse sentido, a importância que o dispositivo terapêutico tem para definir o que é a toxicodependência e o modo de a “tratar” passa a ser também decisivo. E a este respeito, as posições assumidas pelo bio-poder da droga desde o final da década de 80 no que respeita ao tratamento da toxicodependência nos mostra que esta é tudo menos uma entidade “natural” e “científica”. As divergências são muitas no próprio dispositivo terapêutico sobre como tratar um toxicodependente e, nalguns casos, não é apenas de dar o medicamento A ou o medicamento B, direi mesmo que, nalguns casos toca mesmo o próprio enunciado do que é a toxicodependência. Porquê? A classificação da toxicodependência como doença conduziu a legitimar uma intervenção médica curativa tendente à sua eliminação. Assim, se a doença é a toxicodependência, curar a doença significa curar o comportamento, o hábito que a pessoa tem. A pessoa só está curada quando perder esse comportamento. Este tipo de ideologia profissional levou a condicionar o tratamento dos toxicodependentes à abjuração dos consumos de narcóticos. Isto significou que todo o tipo de cuidados sanitários que os toxicodependentes careciam, - desde o tratamento das feridas até ao tratamento de septicémias, ansiedades, etc. - tudo foi condicionado ao abandono dos consumos de narcóticos. A consequência desta política de tratamento, a “política da abstinência”, estamos nós agora a registá-la através de indicadores dramáticos e que se expressam principalmente pelas doenças infecto-contagiosas que os toxicodependentes apanharam e que estão agora a exprimir-se na sua fatalidade.

Devo-vos dizer que isto não é uma especificidade portuguesa. Em toda a Europa, com excepção de algumas regiões da Grã-Bretanha e da Holanda, as políticas de saúde seguidas em

relação aos toxicodependentes foram todas elas baseadas na “política da abstinência”. Ora, em consequência desta política a situação dos toxicodependentes agravou-se de tal modo que, em meados dos anos noventa, houve uma alteração das políticas de saúde em Portugal neste campo (acompanhando, de resto, o ocorrido em toda a Europa) e começaram a ser aceites as políticas de redução de riscos que se iniciaram nos anos oitenta na Holanda e nalgumas regiões da Grã-Bretanha. Ora, essas políticas de redução de riscos abandonam o princípio fundamental das políticas da abstinência que entendia esta como a concretização do “tratamento” dos toxicodependentes.

A avaliação destas políticas de redução de danos obviamente que terá de ser feita com o tempo, na medida em que são relativamente recentes, mas desde logo criam uma “curto-circuitagem” representacional muito forte no que respeita à ideia da toxicodependência como doença que é a seguinte: as políticas de redução de danos partem do pressuposto de que o mais importante relativamente à toxicodependência são os comportamentos lesivos e nocivos para a vida da pessoa e que não estão ligados directamente ao consumo da substância, mas estão ligados aos modos de administração da substância, estão ligados aos contextos em que as substâncias são consumidas e, na base deste pressuposto aceita a relação que esses serviços de redução de danos têm com os toxicodependentes, aceitam que eles possam continuar a usufruir dos cuidados de saúde consumindo narcóticos. Ora isto cria condições para a erosão dos pilares definicionais acerca da toxicodependência como desvio-doença, por sua vez associada a comportamentos destrutivos. De facto, a política de redução de danos tem mostrado que é possível as pessoas manterem consumos de droga (não nos podemos esquecer que a metadona é um narcótico opiáceo) e restabelecerem relações sociais convencionais (família, amigos, trabalho). Aqui encontramos um dos critérios mais importantes que as pessoas (os “leigos”) habitualmente usam para reconhecerem os seus estados de saúde e a doença. A nossa relação com a funcionalidade, a nossa relação com a capacidade de realizarmos aquilo que faz parte de nós e que construímos na nossa vida social, é um dos principais indicadores do nosso conceito de saúde. Neste sentido, neste campo das drogas poder-se-ão criar a prazo condições sociais para uma redifinição de significados em relação a categorias socio-culturais que hoje povoam espectros de marginalidade e que poderão ser reavaliadas numa perspectiva de tolerância integrativa.

### 3 Saúde: Olhares Múltiplos

**Noémia Lopes**

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Sul

#### **Automedicação: as encruzilhadas sociológicas**

Falar de automedicação é entrar num terreno repleto de armadilhas sociais. Por um lado, porque se trata de um tipo de práticas sobre as quais recai um discurso relativamente consensualizado e generalizado de que são práticas a evitar: a maioria das pessoas quando interpeladas sobre este assunto referem, quase invariavelmente, que não gosta de automedicar-se. No entanto, o recurso à automedicação tem vindo a tornar-se cada vez mais comum, como o comprovam os diversos indicadores estatísticos neste âmbito. Por outro lado, se considerarmos as posições do sector médico sobre o recurso à automedicação, constata-se que estes profissionais têm, em geral, uma postura bastante crítica sobre estas práticas, apenas abrindo excepção para a automedicação que é feita com supervisão médica (i.e., quando o médico previamente elucidou o doente sobre o que pode usar em caso de determinados sintomas); já se considerarmos as posições do sector farmacêutico, constata-se que estes profissionais assumem uma postura bastante receptiva sobre a automedicação, desde que controlada pelos farmacêuticos (i.e., desde que os clientes se informem com o farmacêutico sobre o que devem tomar). O desigual acantonamento destas posições, revela que a automedicação não deixa de constituir um campo por excelência para a afirmação de estratégias profissionais de poder. Podemos ainda acrescentar que, também ao nível das políticas de saúde, sem que seja assumido explicitamente o objectivo de promover a automedicação, têm sido criadas as condições para a sua difusão, justamente com a criação dos chamados medicamentos de venda livre.

Mas os aspectos que me levaram a interessar pelo tema da automedicação, não foram tanto estas estratégias profissionais e políticas, mas antes, procurar perceber em que medida o crescente aumento destas práticas leigas representava, em si mesmo, mudanças de natureza sociológica mais amplas, tanto na relação dos indivíduos com a saúde, como com os medicamentos, como, inclusive, com os profissionais de saúde. É neste nível de problematização que os contributos da sociologia podem levar a um novo entendimento deste fenómeno social, e podem permitir novos dados para repensar e readequar as políticas de intervenção e regulação deste campo. Até hoje, a informação que tem sido produzida neste domínio tem-se circunscrito aos chamados estudos de mercado e aos estudos sociográficos, de caracterização da incidência deste tipo de consumos pelos diferentes grupos socio-económicos e etários, e pelo tipo de medicamentos usados. Os estudos sociológicos têm, lamentavelmente, estado ausentes deste campo.

Para a nossa conversa desta noite, vou circunscrever-me a alguns tópicos de reflexão que tenho vindo a desenvolver numa investigação que estou a realizar sobre esta temática, e com os quais pretendo sublinhar a relevância da análise sociológica neste domínio e de como a automedicação se revela um espaço analítico fulcral para se entenderem algumas das mudanças que hoje atravessam o campo da saúde.

Começarei por referir um dos aparentes paradoxos que actualmente caracterizam o campo da automedicação, e que consiste no seguinte: tem sido demonstrado por todas as estimativas estatísticas que o recurso à automedicação começou a aumentar significativamente, na generalidade dos países europeus ocidentais, a partir dos anos 70, e tem continuado a aumentar; acontece que este aumento coincide justamente com o período em que nestes mesmos países se desenvolveram sistemas universais de saúde que passaram a garantir um maior acesso da população aos cuidados médicos<sup>4</sup>. Portanto, o paradoxo em questão, é o facto do recurso à

<sup>4</sup> A universalização do acesso aos serviços de saúde, na generalidade dos países europeus ocidentais, está associada ao desenvolvimento do Estado\_Providência, nos finais da década de 60. Em Portugal, a institucionalização deste modelo só se concretiza depois de 1974, e é iniciado no campo da saúde com a criação do Serviço Nacional de Saúde. Não obstante as fragilidades e ineficiências que têm marcado

automedicação ter começado a aumentar quando as populações começaram a ter maior acesso aos cuidados médicos, sendo que o que seria de esperar era que um maior acesso aos cuidados médicos reduzisse o recurso a este tipo de práticas leigas, e não o contrário.

Sobre a actual expressão deste tipo de recurso, a generalidade das estimativas apontam que mais de metade dos episódios de saúde são tratados com recurso à automedicação (Leibowitz, 1989; Blenkinsopp & Bradley, 1996). Sobre o caso português, apesar dos dados disponíveis serem bastante escassos, apontam para um aumento no mesmo sentido do que é registado na generalidade dos restantes países europeus<sup>5</sup>.

O facto de a automedicação ter começado a aumentar nas últimas décadas, tem criado a ideia de se estar perante um fenómeno novo, específico da pós-modernidade, no qual supostamente se traduz uma crescente predisposição consumista por parte da população, ou, segundo outras interpretações, traduziria uma crescente autonomia da população em relação à tutela dos sistemas periciais em matéria de saúde. Quanto a estas suposições, retomo-as, e contesto-as, um pouco mais adiante. Para já, passemos à desconstrução do aparente paradoxo.

Um primeiro aspecto a considerar é que a grande maioria dos sintomas actualmente tratados por automedicação são os mesmos que tradicionalmente, e sobretudo antes da universalização do acesso aos cuidados médicos, eram tratados no espaço doméstico, com recurso aos chamados tratamentos caseiros, e com recurso aos saberes empíricos acumulados e transmitidos através das sociabilidades inter geracionais.

A incidência da automedicação sobre este tipo de sintomas tem sido demonstrada por diferentes estudos estatísticos de caracterização, e mesmo por alguns estudos de mercado, que revelam que a larga maioria destas práticas recaem em sintomas com os quais os indivíduos estão familiarizados, como é o caso das gripes, das dores de cabeça, ou outros sintomas comuns de mal estar físico. Na amostra de 309 indivíduos, que serviu de base empírica à investigação que estou a realizar, estes sintomas representavam 85% dos motivos de recurso à automedicação.

Quer isto dizer, que grande parte do aumento da automedicação resultou desta progressiva substituição do recurso aos tradicionais tratamentos caseiros pelo recurso aos medicamentos. O que quer dizer também, que se está perante uma reconversão das práticas de gestão leiga da saúde. Porque, de facto, o que tradicionalmente era tratado no espaço doméstico, continua a ser tratado no espaço doméstico, mas com recurso a novos meios, que se tornaram cada vez mais acessíveis aos leigos, e que são os fármacos.

Esta nova forma de *gestão doméstica da saúde*, revela que a automedicação é também um espaço privilegiado para se analisar como a reconversão das práticas leigas de gestão da saúde traduzem uma reconversão dos próprios saberes leigos. Mas esse é um outro espaço analítico da automedicação, que não cabe aqui desenvolver. Para já o que estou a pretender evidenciar é que a automedicação representa uma *nova forma* de gestão doméstica, ou de gestão leiga, da saúde.

No entanto, continua por explicar porque é que esta nova forma de gestão doméstica da saúde se desenvolveu em paralelo com um maior acesso da população aos cuidados médicos.

E aqui há a considerar um segundo aspecto. Foi precisamente através desse maior contacto com os cuidados médicos que a população foi progressivamente aumentando a sua familiaridade com os medicamentos, dando lugar ao que se poderá designar de um efeito de socialização com estes recursos terapêuticos.

Contudo, esse efeito não é apenas consequência de um maior contacto com o sistema médico. É também consequência daquilo que na sociologia da saúde tem sido designado como o fenómeno da *medicalização* (Crawford, 1980), entendendo-se como tal, o alargamento da

---

este Serviço, a sua criação possibilitou uma cobertura sanitária do país, antes inexistente, e a sua procura generalizou-se rapidamente entre a população, sendo um dos indicadores o rápido aumento do índice (regional e nacional) de consultas por habitante (Campos, 1991).

<sup>5</sup> Em Portugal, a única fonte oficial de dados que possibilitou aferir o recurso à automedicação foram os dados do Inquérito Nacional de Saúde, realizado pelo Ministério da Saúde, de 4 em 4 anos, desde 1984. Este inquérito incluiu, até 1995, uma rubrica relativa a “procedimentos adoptados perante problemas de saúde”, que contemplava nas múltiplas hipóteses de resposta os itens “tomou medicamentos já conhecidos” e “tomou medicamentos indicados por outra pessoa”, os quais constituíam o único dado disponível sobre automedicação. Inexplicavelmente, esta rubrica foi suprimida no último inquérito realizado (1998/1999), sem ser substituída por qualquer outra que permitisse a produção de informação sobre o recurso à automedicação. O que significa que, actualmente, não existe em Portugal qualquer fonte de dados oficial nesta matéria.

intervenção médica a um leque cada vez mais vasto de situações e comportamentos relacionados com o corpo e a saúde, que tradicionalmente eram exteriores a essa intervenção. Se, a par disto, atendermos ao facto de que o meio de intervenção terapêutica privilegiado pela medicina é a prescrição de fármacos, significa, então, que o fenómeno da *medicalização* acabou por dar lugar a um outro fenómeno que é o da *farmacologização*, isto é, o primado dos medicamentos na gestão do corpo e da saúde. É o efeito destes dois fenómenos que consolida a socialização leiga com os medicamentos.

A evidência de que o aumento do recurso à automedicação é indissociável destes dois fenómenos, é dada pelo facto de que a larga maioria dos medicamentos usados em automedicação são medicamentos que primeiramente foram prescritos pelo médico. Na amostra populacional com que trabalhei na minha investigação, cerca de metade dos medicamentos usados em automedicação eram medicamentos que tinham sido receitados pelo médico numa outra ocasião (48%). Além disso, 70% dos medicamentos usados faziam parte do stock habitual das farmácias caseiras, o que é também revelador de uma certa naturalização do uso dos medicamentos, e confirma a crescente permeabilidade leiga ao fenómeno da farmacologização.

É também interessante registar que, no decurso desta investigação, quando em contexto de entrevista pedia às pessoas para identificarem situações em que se tinham automedicado, e depois lhes perguntava porque é que nessa situação tinham tomado essa opção em lugar de ir ao médico, em geral, a razão imediatamente evocada era, quase invariavelmente, a falta de tempo. Porém, à medida que as razões iam sendo aprofundadas, era comum que os entrevistados acabassem por considerar que a razão essencial não tinha sido tanto a falta de tempo, mas sobretudo por considerarem que, muito provavelmente, o médico acabaria por lhes receitar o mesmo que eles tinham tomado por sua própria iniciativa, ou algo equivalente.

O que a evocação destas razões revela também, é que o aumento do contacto com o sistema médico não tem como efeito apenas a crescente familiarização leiga com os medicamentos, mas ainda, e simultaneamente, uma progressiva reconversão, ou mesmo especialização, dos saberes leigos, feita através da assimilação das rotinas de prescrição médica. Portanto, se ao fenómeno da medicalização e da farmacologização, acrescentarmos a crescente padronização das opções médicas de prescrição, em particular, no caso dos sintomas mais comuns, ficam identificadas as condições que permitem perceber como é que a própria lógica de intervenção médica dá lugar a esta expansão do fenómeno da automedicação. E, portanto, aquilo que numa primeira leitura poderia parecer um paradoxo, revela, à medida que desbravamos a sua construção social, que o aumento da automedicação é também um efeito (perverso) do próprio sistema médico que procura combatê-la.

Por mais interessante que possa ser o desvendar deste efeito do sistema médico sobre as práticas que este mesmo sistema pretende combater, penso que o maior interesse da automedicação, enquanto objecto de análise sociológica, é o facto destas práticas representarem uma mudança na relação leiga com o medicamento. O medicamento perdeu o estatuto de *bem raro e de uso excepcional*, que tradicionalmente mantinha, e passou a ser assimilado nas representações sociais colectivas como um *bem acessível e de uso comum*. Ao mesmo tempo, esta mudança na relação com o medicamento veio alterar também a relação dos leigos com os profissionais de saúde, e em particular com o médico.

Há duas metáforas consagradas na sociologia da saúde que simbolizam muito bem como esta relação leiga com os medicamentos e com os médicos se tem alterado. Uma dessas metáforas foi criada por Balint (1965), em meados dos anos 60, e procurava simbolizar o modo como a confiança no médico se sobrepunha à confiança no medicamento, sendo essa confiança simbolizada na frase "*o médico é o medicamento*". Duas décadas mais tarde, no final dos anos 80, um outro autor, Cockx (1989)<sup>6</sup>, inverteu esta metáfora e substituiu-a pela frase "*o medicamento é o médico*", pretendendo assim simbolizar o modo como a tradicional confiança no médico vinha dando lugar à confiança no medicamento, e o modo como o acesso ao medicamento estava a substituir o acesso ao médico.

Para se entenderem as condições que originaram esta supremacia do medicamento sobre o médico é necessário tomar em conta, não só os factores que têm vindo a ser enunciados, mas também o que Van deer Geest e White (1989) designam de propriedades socio-culturais dos medicamentos, e que os particularizam relativamente a outras formas de tratamento.

<sup>6</sup> Citado em Van deer Geest e White, 1989:359

Uma dessas propriedades está relacionada com o que tem sido designado de *efeito de privatismo* dos medicamentos. Este consiste no facto de que, sendo os medicamentos substâncias, e sendo nessas substâncias que estão incorporadas as possibilidades de tratamento, tal significa que os medicamentos incorporam em si mesmos as possibilidades de tratamento, ou dito de outro modo, os medicamentos comportam em si o poder de tratar, o que não sucede com outras formas de intervenção terapêutica. Noutras formas de intervenção terapêutica, o poder de tratar reside em quem executa o tratamento e não no próprio tratamento. Tomemos como exemplo uma intervenção cirúrgica: a eficácia dessa intervenção, enquanto forma de tratamento, reside, não nos instrumentos cirúrgicos usados para a sua realização, mas sim nas competências do médico no uso desses instrumentos. Portanto, o poder de tratar reside no médico, e não nos meios usados, enquanto que nos medicamentos é o próprio medicamento que incorpora o poder de tratar e não o médico. Este poder de tratar, materializado no próprio medicamento, permite, então, que este se autonomize do seu prescriptor, i.e., se autonomize do médico, e exerça o seu efeito independentemente de quem o prescreve. É neste sentido que se pode falar do efeito de privatismo dos medicamentos, pois que, os indivíduos ao acederem aos medicamentos acedem simultaneamente ao tratamento, sem necessitarem de uma mediação profissional, o que não é possível com outros meios terapêuticos. Um outro factor que reforça este efeito de privatismo é a própria informação escrita que geralmente acompanha os medicamentos. Essa informação permite desmonopolizar o saber sobre o medicamento, no sentido em que remove o monopólio do saber daqueles que produzem e que prescrevem os medicamentos, i.e., dos médicos e dos farmacêuticos, e torna esse saber acessível aos que possuem os medicamentos. E, portanto, apesar da natureza distinta dos diferentes saberes que interessam a cada um destes actores em torno do medicamento, o facto é que o acesso ao medicamento transforma-se em acesso ao saber sobre o medicamento.

Uma outra particularidade socio-cultural dos medicamentos é o que tem sido designado como o seu *efeito de metonímia*, ou seja, o efeito de substituição do todo pela parte. No caso dos medicamentos esse efeito reside no facto de que o medicamento, mesmo quando é autonomizado do médico, continua a representar uma extensão do médico, pois condensa em si o próprio saber médico, sob a forma de tecnologia terapêutica. Neste sentido, o medicamento torna-se, não só uma extensão do médico, mas pode tornar-se também uma substituição do próprio médico. É aqui que adquire todo o real sentido a metáfora, que há pouco referi, de que “o medicamento é o médico”: o medicamento pode substituir o médico, outras formas de tratamento não o podem fazer.

Ainda uma outra particularidade a considerar é a que respeita à *ergonomia social* dos medicamentos. Nas suas formas modernas de apresentação, os medicamentos são produtos fáceis de utilizar, tanto mais que, na sua maioria, são apresentados em forma de comprimidos ou xaropes e, portanto, não requerem quaisquer preparações prévias, contrariamente a outras formas de tratamento mais tradicionais. Portanto, não requerem quaisquer competências particulares para serem usados, porque são prontos a utilizar. Tão pouco consomem tempo na sua utilização, e por isso, podem geralmente ser tomados em qualquer momento e em qualquer lugar. Também são de fácil e discreto acondicionamento, pelo que podem ser guardados num pequeno espaço ou transportados em total privacidade. E toda esta ergonomia social dos medicamentos torna-os adequados às contingências sociais do quotidiano, e responde às condições necessárias para a disseminação cultural destes meios terapêuticos.

É na desocultação destas especificidades socio-culturais que se pode entender como é que o medicamento se constitui num meio terapêutico que pode ser dissociável do seu contexto de produção e prescrição e pode tornar-se apropriável no seu contexto de utilização. Está-se, portanto, perante um objecto sobre o qual podem igualmente recair apropriações profissionais e apropriações leigas, que outros meios terapêuticos não permitem, o que equivale também a dizer que, sem estas especificidades socio-culturais dos medicamentos, dificilmente a automedicação seria possível.

Naturalmente que nesta breve enunciação de algumas das dimensões que desenham as encruzilhadas sociológicas da automedicação, não fica esgotada toda a complexidade social deste fenómeno. Mas espero ter conseguido evidenciar que se está perante algo que não é redutível às explicações mais simplistas em que tem sido situado, sejam elas a falta de tempo para ir ao médico, ou uma crescente predisposição consumista, ou mesmo uma crescente autonomia leiga relativamente às tutelas periciais no campo da saúde. Relativamente a este último aspecto, só

quero ainda acrescentar que, embora o crescente recurso à automedicação não deixe de expressar uma progressiva especialização dos saberes leigos, entendida no sentido em que Giddens se refere à crescente reflexividade nos sistemas de racionalidade leiga, contudo, tal não equivale a dizer que a automedicação seja uma expressão da autonomia leiga na gestão quotidiana da saúde. Ao contrário, é uma expressão da crescente dependência dos sistemas periciais, embora não nos moldes dicotómicos tradicionais, e que se concretiza numa crescente incorporação e reelaboração de referências periciais nas tradicionais referências leigas.

### **Bibliografia**

- BALINT, M. (1970); "Le remède médecin", in Herzlich, C. (ed.), *Médecine, Maladie et Société*, Paris, Mouton
- BLINKINSOPP, A.; BRADLEY, C. (1996), "Patients, society, and the increase in self-medication", *British Medical Journal*, vol.312, march, pp.629-632
- CAMPOS, A.C. (1991), "O Estado Providência e a Saúde", *Sociologia Problemas e Práticas*, nº9, pp 9-41
- CRAWFORD, R. (1980), "Healthism and the medicalization of everyday life", *International Journal of Health Services*, vol.10, nº3, pp.365-388
- FEATHERSTONE, M. (1991); "The body in consumer culture", in Featherstone, M.; Hepworth, M.; Turner, B. (eds), *The Body – Social Process and Cultural Theory*, London, Sage
- LEIBOWITZ, A. (1989); "Substitution between prescribed and over-the-counter medications", *Medical Care*, vol.7, nº1, pp.85-94
- LOPES, N. M. (2000), "A dimensão social e cultural do corpo", in Dias, M.R.; Amorim, A.(ed.), *Clínica Dentária Integrada: contributos bio-psico-sociais*, Caparica, Egas Moniz Publicações
- LOPES, N. M. (2001), "Automedicação: algumas reflexões sociológicas", *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 37, pp. 141-165
- PIGNARRE, P. (1997), *Qu'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange, entre science, marché et société*, Paris, Éditions La Découverte
- RICHARD, D.; SENON, J.L. (1996), *Le Médicament*, Paris, Flammarion
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R.(1989), "The charm of medicines: metaphors and metonyms", *Medical Anthropology Quarterly*, vol.3 (4), pp.345-367
- WHO (1988), *Self-Medication in Europe*, Copenhagen, Regional Office for Europe