



**SOCIEDADE
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

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

ÁREA TEMÁTICA: ST2 SOCIOLOGIA DA SAÚDE

“VIVER COM DEPRESSÃO CRÓNICA – RECONSTRUÇÃO BIOGRÁFICA E REPRESENTAÇÕES SOBRE A SUA PRÓPRIA DOENÇA”

NETO, Cecília

Mestrado em Sociologia e da Saúde

Centro de Educação Especial Rainha D. Leonor

c-neto@sapo.pt

ALVES, Fátima

Doutorada em Sociologia

CEMRI/FCT

Universidade Aberta

fatimaa@uab.pt

Resumo

O aumento das doenças crónicas, nomeadamente das doenças mentais crónicas, bem como as mudanças operadas no domínio das respostas à doença mental coloca-nos perante a necessidade de avaliar os seus impactos na vida das pessoas, dos grupos e das organizações sociais, mas também de compreender as vivências, as alterações e ajustamentos que exige ao nível da identidade e dos modos de vida.

Em Portugal há poucos estudos sobre a experiência com a doença mental, sobretudo sobre a forma como aqueles que a vivenciam no seu quotidiano a experienciam e com ela convivem quotidianamente. Nesta comunicação, que se baseia em um estudo exploratório apoiado em entrevistas em profundidade junto de 10 pessoas com diagnóstico psiquiátrico de depressão crónica, analisaremos as concepções sobre a sua própria doença e a percepção sobre os impactos na vida quotidiana, procurando debelar os sentidos que se tecem a partir dessas experiências no quotidiano. Esta pesquisa adopta uma abordagem qualitativa que privilegia o ponto de vista do nativo de Geertz (1993) e se apoia no argumento de pluralidade de habitus e de contextos de acção (Lahire, 2005).

Procurámos assim compreender como é que os próprios sujeitos que vivenciam a depressão a explicam, interpretam e lidam com as suas consequências e impactos nos vários níveis e contextos onde a sua vida decorre. Daremos especial ênfase às concepções e representações sobre a sua própria doença, evidenciando as questões identitárias.

Abstract

The rise of chronic diseases, including chronic mental illness, as well as the changes operated in what concerns the social answers to mental illness, requires to assess their impact on daily lives of individuals, groups and social organizations, but also requires the understanding of the experiences, the changes and the adjustments required at the level of identity and ways of life of people with major depression diagnosis.

In Portugal there are few studies about the experience with mental illness, particularly on those that live the experience in their daily lives. In this paper, which is based on empirical evidence resulting from an exploratory study supported by in-depth interviews with 10 people with a psychiatric diagnosis of chronic depression, we analyze the conceptions about their own illness and the perception of the impact on daily life, seeking the senses and the personal experiences.

We sought to understand how people with major depression experience, understand, explain and interpret this condition and cope with its consequences and impacts on various levels and contexts where their life unfolds. We will give special emphasis to the concepts and representations of their own illness, highlighting the tensions between 'normal' (past) and subjective experience of the new 'self' (actual identity).

Palavras-chave: Identidade; Doença Mental; Depressão Crónica; Racionalidades Leigas; Sociologia da Saúde e da Doença

Keywords: Identity; Cultural and social studies on madness; major depression; lay rationalities

PAP0600

Introdução

O modelo biomédico da doença lança os fundamentos sobre os quais assenta a medicina ocidental moderna e determina grandemente a configuração dos sistemas de cuidados existentes. O bio-poder, disciplina, invade e penetra todas as dimensões da vida (Foucault, 2007). A doença é definida ‘objectivamente’, com base em sintomas que se enquadram em classificações, cujas causas assentam em factores orgânicos. Neste contexto, a tendência actual dominante, segundo Alves (2011), é a de analisar a doença mental enquanto uma doença física. Ou seja, a definição primária de doença física assenta, essencialmente, em disfunções no corpo, apesar de se poder relacionar com factores sociais e culturais. A doença mental, tal como Horwitz et al. (1999) alertam, depende não apenas da disfunção mas simultaneamente da avaliação social de desadequação social e cultural nela implicada. Aqui reside o interesse da abordagem sociológica. Por referência às ciências sociais sublinhamos a importância dos domínios cultural e social, e acentuamos a importância de tomar como objecto de análise a perspectiva dos sujeitos que lidam, eles próprios, com a atribuição e vivência de doença mental, com todas as consequências que terá nas suas vidas quotidianas e na sua identidade, tal como Alves (2011) propõe. É pois esta constatação que este estudo exploratório tentou evidenciar.

A nossa comunicação está organizada em 4 partes. Na primeira trataremos de contextualizar muito brevemente a pesquisa efetuada para de seguida procedermos à sua caracterização metodológica. Na terceira parte procederemos à identificação dos principais resultados que discutiremos muito brevemente. Na quarta parte apontaremos os pontos de destaque da pesquisa relacionando como outras pesquisas já realizadas.

1 - A depressão, doença crónica e desvio social

Controlar a evolução da doença no sentido de minimizar os impactos na vida quotidiana das pessoas e também de gerir os seus sintomas e crises, procurando não descurar uma intervenção social com o objectivo de manter alguma qualidade de vida, têm sido os desafios colocados pelas designadas doenças crónicas aos sistemas de cuidados de saúde.

Espera-se que o doente assuma um papel mais activo, pois dele se exige que reconheça os primeiros sinais da crise e procure ajuda, decida em conformidade e com eficácia (Parsons (1951). Neste sentido o desafio lançado àqueles que sofrem de doenças crónicas, como é o caso da depressão, será que adoptem comportamentos e que consigam gerir o aparecimento dos sintomas dando espaço a que a vida aconteça da forma mais natural possível. Como refere Mendes, (2005), é esta aprendizagem que permitirá gerir a doença.

Tal como Miles (1982) e Alves (2011) analisaram, socialmente os impactos de uma doença mental crónica são bem diferentes dos de uma doença física. Para a compreensão da experiência subjectiva do indivíduo em relação à sua própria doença, correlacionando-a com a experiência objectiva (por referência ao diagnóstico psiquiátrico), tomámos por referência os contributos da perspectiva interaccionista de Goffman (2003, 1ª ed. 1961; 1982, 1ª ed., 1963). Embora a interpretação e o significado do rótulo psiquiátrico possa variar de acordo com o contexto sociocultural da pessoa, a atribuição de um diagnóstico psiquiátrico origina no indivíduo um conjunto complexo de experiências de mortificação e reconstrução identitária, sobretudo quando a sua interpretação altera o destino social, como é o caso em que a pessoa é confrontada com o diagnóstico psiquiátrico de doença mental crónica e passa pela hospitalização.

Assim como Fox (1999) destacou, o efeito da temporalidade na trajectória identitária, é fundamental para compreender o controlo individual que reflecte as imposições culturais. O aparecimento da doença incapacitante, desmembra o tecido social e cultural, expondo o indivíduo às ameaças de ‘self-identity’ e à perda de controlo (Blaxter, 1992; Bury, 1997). Bury (1997) introduz a expressão de ‘*biographical disruption*’ para traduzir estes processos referindo-se à experiência subjectiva da doença (Illness) como um evento de ‘disrupção’ na trajectória de vida situada num contexto temporal. Esta experiência subjectiva e vivência da doença envolve alterações na situação global e suas relações e integra a doença em outras temporalidades e espaços da vida quotidiana: desempenho laboral, sociabilidades, interação familiar, redes sociais secundárias, etc.

2 – Método e sujeitos entrevistados

Trata-se de um estudo exploratório, onde se destaca o papel activo do sujeito na construção das suas vivências em torno da experiência com depressão crónica. Privilegiámos a abordagem das racionalidades leigas enquanto lugar de produção e de reprodução de saberes que visam ordenar o mundo e dar-lhes sentidos, numa acção reflexiva que combina conhecimentos provenientes de várias fontes (Alves, 2011). Consideramos que o conhecimento da experiência individual com a doença permite o acesso aos sentidos e aos significados que o sofrimento e o diagnóstico psiquiátrico trazem ao próprio doente. Com o objectivo de ter acesso a essas vivências com depressão crónica foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. A análise e interpretação da informação recolhida foi efectuada tendo por referência a análise de conteúdo de Bardin (1979), partindo das dimensões criadas para a análise empírica e estando abertos à riqueza e complexidade que esta realidade nos pudesse revelar.

Entrevistámos 10 homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico de depressão crónica, integrados na comunidade, sinalizados e acompanhados em consulta de Psiquiatria e Saúde Mental no ano de 2010 e que aceitaram livremente colaborar. Os entrevistados assinaram o consentimento informado e foi-lhes garantida a confidencialidade, anonimato. As entrevistas decorreram entre Maio e Julho de 2010. Segundo Lima (1987) trata-se de uma amostra não representativa do ponto de vista estatístico, mas que pode ser considerada, representativa do ponto de vista sociológico em profundidade, que procura identificar tipos de situações e compreender as relações sociais que nelas se estabelecem.

3 – Resultados

3.1 - Conceções leigas sobre a depressão

Em termos gerais, os discursos das pessoas entrevistadas classificam a depressão ora como ‘doença’, ora como ‘não-doença’ e dão-nos a ver ‘depressões’ em vez de uma classificação homogénea e claramente definida. Estas concepções relacionam-se intimamente com concepções culturalmente fundadas sobre o que sentiam/sentem, os impactos na vida quotidiana e enraízam-se nos percursos de sofrimento vivenciados e narrados, bem como com os itinerários terapêuticos efectuados.

A ‘depressão enquanto doença’ é muitas vezes reconhecida porque diagnosticada pelo médico. Esta concepção inclui o sofrimento vivido numa percepção que acentua a gravidade da situação, entendido, geralmente, como: “não tendo cura” (sendo crónica), e relacionada com o organismo, com o cérebro e com impactos diversos na vida quotidiana – algo ameaçador da vida em sociedade e da identidade. É o mesmo indivíduo que pensa e age, mas os elementos presentes no surgimento do sofrimento e na trajetória provocam mudanças identitárias, resultantes de perdas relacionadas com a vida que mudou, implicando uma certa “mortificação do eu” como Goffman diria.

A explicação médica (psiquiátrica), permite integrar, um conjunto de factores que ‘desculpabilizam’ e ‘desresponsabilizam’ o indivíduo de comportamentos socialmente avaliados pelo senso comum como negativos – a preguiça aparece interpretada como sinal de doença, por exemplo – e tem reflexos positivos na identidade.

A ‘depressão’ enquanto ‘não doença’, remete para um sofrimento originado por situações e acontecimentos de vida comuns e considerados ‘normais’, no sentido de humanos e possíveis: conflitos relacionais, sobrecarga de trabalho, endividamento, injustiças sociais, violência. Estes são apontados como causadores do sofrimento de que padecem: ‘esgotamento’, ‘grande cansaço’, ‘stress’, ‘incapacidade’, ‘vontade de morrer’, ‘humilhação’ e ‘sentimento de vergonha’.

Por um lado, a ‘depressão’, encarada como sofrimento mental não é considerada uma ‘verdadeira’ doença mental, é algo mais ‘leve’ e menos ‘mortificador’. Por outro lado, os processos estigmatizantes desencadeados pelo rótulo biomédico de doença mental têm consequências identitárias e sociais devastadoras – estigmatizantes socialmente e auto-estigmatizantes. Em consequência, estes são recusados.

Nesta pesquisa deparamos com uma pluralidade de concepções relacionadas com critérios de ‘normalidade’ subjetivos e referindo-se sobretudo às capacidades relacionadas com o desempenho dos papéis sociais em adultos (trabalhador/a, pai/mãe; filho/filha, irmão/irmã; amigo/a; etc). Quando se referem ao ‘antes do surgimento da doença’ falam em ‘quando eu era uma pessoa *normal*’.

” ... Para mim a depressão que é aquilo que eu sinto: é uma tristeza... uma tristeza que não sai... é crónica (...) falando por mim... eu era uma pessoa muito alegre (...) Os meus filhos não se lembram... ou por outra... não conheceram a outra mãe que têm...” Fem04, 49 anos, 2º Ciclo (6ª ano), Reformada

Destaca-se o estigma social associado à ‘verdadeira doença mental’ pois referem que o maior receio é o de poder vir a tornar-se ‘maluca/o’, por referencia ao cérebro e à cabeça, estruturante dos discursos em torno da doença mental em geral, e que significa ‘ficar sem memória’ e de ‘perder a noção da realidade’.

”... tenho medo de ficar maluca, não saber aquilo que se diz ou que se faz ... “ Fem03, 49 anos, 6º ano, Reformada

A depressão que se vive aparece nos discursos muito mais relacionada com a vivência e os afectos que resultam de reacções a situações de vida, e não como algo endógeno, biológico, interno, constitucional. O sofrimento que referem sentir, apesar de crónico e incurável, afasta-se do rótulo de doença mental pois é sentido como diferente deste e tem uma ‘natureza mais leve’. Expressões como ‘esgotamento’, ‘nervos’ e ‘stress’ são comuns para definir o sofrimento de que padecem.

” ... Não sei... (...) Às doenças de nervos (...) Há umas melhores e outras piores (...) É intermédia. Porque há medicação, mas não há cura.” Masc09, 60 anos, 1º Ciclo, Empregado

A doença mental aparece também relacionada ora com o organismo, com o cérebro, com os nervos, ora com a personalidade e relação com a sociedade, com uma perturbação do tipo psicossocial, relacional, ligada aos acontecimentos de vida.

”... Está relacionada com o pensamento. Antes achava que tinha a ver com o cérebro. Eram aquelas pessoas que não estavam boas da cabeça, estavam doidas. Associava às camisas-de-força e aquelas intuições... (...) aos hospitais...” Mas07, 27 anos, Ensino Superior, Desempregado

3.1.1 - Causas da depressão no discurso leigo

Apesar de termos encontrado alguns discursos onde o desconhecimento das causas é afirmado, pudemos perceber a necessidade que sentem em encontrar uma explicação para o seu caso, interrogando as razões que poderão dar sentido ao sofrimento. No geral, a explicação das causas para o sofrimento que vivem e que relatam remete para uma situação ou a um acontecimento doloroso provocado, pelas inevitáveis infelicidades da existência e pelos constrangimentos da vida.

Os factores hereditários, sociais, económicos, culturais e elementos característicos da personalidade individual surgem de um modo geral, como os elementos causais explicativos do surgimento do sofrimento vivenciado.

“... Exactamente, a minha depressão é hereditária. É por isso que ela começa tão jovem... e é claro que também é formada por um ambiente familiar... triste, pesado, (...) um pai que está sempre doente. (...) “Fem02, 44 anos, Ensino Superior, Empregada

São variados os elementos sociais que colocam em evidência a relação do sujeito com a sociedade e o habitus construído para explicar o sofrimento. Maioritariamente são referidos os relacionamentos e destacada a personalidade dos progenitores; os maus tratos psicológicos entre cônjuges; a sobrecarga familiar, etc.

“... Sim... ah... dizem... a minha mãe tenta fazer algo... o meu pai é uma pessoa muito distante e foi sempre muito frio desde eu em pequeno... (...) Frio é... não transmitir sentimentos e nunca me valorizou...” Masc07, 27 anos, Ensino Superior, Desempregado

É quando falam das causas que mais explicitamente os sujeitos entrevistados remetem o seu sofrimento para um estatuto de ‘não doença’, assente em acontecimentos de vida ‘normais’ mas problemáticos.

“ ... É... é isso... em casa é por não ser compreendido... na rua é por ver coisas mal feitas... ” Masc01, 64 anos, 6º ano, Empregado

“... Agora não me recordo, mas talvez a médica de família não tivesse a conseguir... gerir bem... porque o meu marido foi sempre uma pessoa muito complicada... não podia comprar uns sapatos... os filhos não podiam estudar... era tudo muito controlado, e eu andava sempre muito deprimida... (...) Sim... ele era contra tudo e contra todos... (...); O que me afectou agora mais, do tempo que tenho andado a ser tratada pela Dr.ª (...) foi de acções, coisas que me fizeram, porque eu confiei demasiado, porque eram muito amigos e muito amigas... e afinal...” Fem06, 59 anos, 1º Ciclo (4ª classe), Empregada

3.2 – A experiência subjetiva do novo ‘eu’ – negociações e tensões

A incompreensão que dizem sentir perante o sofrimento que sentem e que na maioria dos casos não conseguem explicar o que sentem e do que sofrem, origina muitas vezes que considerem que são mal interpretados os sinais que apresentam.

“... convidar-me para sair... nessas alturas a 1ª questão que me vêm à cabeça é: será que eu faço bem, ou será que faço mal em ir (...) Quando eu estou em baixo e não me convidam eu penso: não me convidaram porque a culpa é minha... eu é que estou assim”; (...) Fico muito desconfiado... (...) ... é o tal ciclo vicioso... é como se as pessoas entrassem nesse ciclo... por isso é que é melhor isolar-me...” Mas07, 27 anos, Ensino Superior, Desempregado

Todos referem a importância do carinho que recebem bem como da atenção de que são alvo, que ajuda a esquecer o sofrimento e a recuperar. Porém poucos são os que se sentem apoiados pela família nuclear e é aqui, no seio da família, que surgem em primeiro lugar as narrativas sobre situações de discriminação e de estigmatização estendendo-se, de seguida, à própria sociedade.

“... Toda a gente sempre me pôs de parte... as pessoas têm medo de se aproximarem e contagiarem-se...” Mas10, 44 anos, 9º ano, Reformado

“... quando eu me queixo à minha mulher... ele responde-me logo que eu sou maluco... que eu não tenho nada (...)” Masc09, 60 anos, 1º Ciclo, Empregado

Como consequência do surgimento da doença é referido também que algumas das actividades de lazer e tempos livres que faziam foram abandonadas por falta de vontade.

“...só me apetece é estar na cama... não tenho acção para nada... deixei de pintar e de escrever pelo computador...” Mas10, 44 anos, 3º Ciclo (9º ano), Reformado

Mas é ao nível laboral que surgem as consequências mais visíveis. Por um lado referem a incapacidade para o desempenho laboral que decorre do sofrimento em si, mas também da medicação. Por outro lado, sentem-se discriminados e marginalizados, pois o estereótipo de que não são válidos para o trabalho reflete-se em situações que são interpretadas e vividas como injustas. Tal como Goffman (1982) já tinha analisado as estratégias de ocultação e encobrimento da doença ou do sofrimento, emergem de modo a que se evitem processos de estigmatização angustiantes e violentos simbolicamente. Todos estes fatores são vistos potencialmente promotores de uma recaída. Falam em diminuição da produtividade e, simultaneamente, em alívio por não terem que ir trabalhar.

“... tenho muito medo de não conseguir desempenhar as tarefas...” Masc08, 49 anos, 9º ano, Empregado.

Destacando o efeito da temporalidade e a consequente mudança biográfica, os discursos centram os impactos ao nível da identidade e do auto-conceito, reequacionam os sentidos da existência e expressam a falta de esperança em recuperar ao vida como era antes do surgimento da doença.

O sentimento de ‘não ter valor’ nem utilidade social origina uma ‘destruição identitária’ e ‘mortificação do eu’, instalando-se um sentimento de desvalorização individual, reproduzido pelo próprio e em contactos com os outros.

”... é andar sempre com aqueles pensamentos: não vales nada... ou... não tens valor... sentir-me inútil...”
Mas07, 27 anos, Ensino Superior, Desempregado

Sentem e vivem na impossibilidade de virem a ter vidas ‘normais’, o que consequentemente causa grande sofrimento e reforça a situação angustiante que vivenciam. A sensação que o sofrimento não passa e que os medicamentos tratam mas não curam faz do futuro uma incerteza. O amanhã é encarado com grande apreensão e surge o medo do abandono relacional e afetivo, e o medo da loucura verdadeira. Esta percepção conduz ao imobilismo, à desistência, à inação: *“deitar-se na cama e ficar ali até morrer, sem comer”*.

Síntese conclusiva

Os nossos resultados evidenciam os processos plurais subjacentes à vivência com a depressão crónica e os factores sociais convocados na carreira do doente. Neste sentido, foram identificados os processos subjacentes ao acesso ao papel de doente, às suas vantagens, tal como Parsons (1951) enalteceu, ou à sua recusa pelas desvantagens implicadas, nomeadamente os seus impactos identitários e o seu carácter estigmatizante, e introduzindo a noção de papéis de doente no plural, para chamar a atenção para a diversidade de condições e vivências, tal como Freidson (1984) já havia chamado à atenção.

Vimos que, apesar de os sujeitos entrevistados nunca se identificarem com o rótulo de doente mental, por vezes, face à incompreensão social e não reconhecimento do seu sofrimento, requerem a classificação de doença, mas como algo semelhante à doença física, reclamando assim o estatuto social de doente pelo potencial socialmente justificativo desse sofrimento.

O nosso estudo confirma categorias identificadas no estudo de Alves (2011) sobre a realidade portuguesa e em outros estudos (Miles, 1982; Rabelo, 1999), que nos relatam um sofrimento permanente, que não tem cura, e que é visto como incompreensível socialmente, pois confunde-se com comportamentos socialmente e moralmente avaliados como negativos – são vistos como preguiçosos, ‘cismáticos’, complicados, fracos, nervosos, falta de vontade e desmotivação generalizada. Estes atributos, reforçam a ideia da sua incompetência social, relacional e laboral que, socialmente parecem ser difíceis de atribuir ao seu sofrimento, e afastar da personalidade.

Destacando o efeito da temporalidade e a consequente reconstrução biográfica, tal como Bury, (1997) destacou, é ao nível da identidade e do auto-conceito que os discursos centram os impactos. Esta ‘destruição identitária’ e consequente ‘mortificação do eu’, encontradas também por Goffman, resultam do facto de se sentirem desvalorizados pelos outros, reproduzindo a inutilidade na interação, sentindo-se eles próprios inúteis e sem valor, num ciclo que reproduz a situação.

Na tentativa de lidar com as suas consequências na vida quotidiana, sobretudo ao nível do estigma, a depressão crónica surge como uma das doenças mentais mais aceitável socialmente, mas não deixa de estar associada a um futuro negativista ligado à incerteza e ao medo da perda de controlo sobre o indivíduo e sobre a vida. Esta ideia aproxima esta doença da representação da doença mental à loucura e ao louco, como “alguém que não está bom da cabeça” e que paralelamente ao avanço da doença maior a dependência do suporte social e o medo do futuro, lembrando continuamente que as consequências parecem ser mais devastadoras do que o sofrimento. Os indivíduos (filhos na maioria dos casos, ou pais) que os rodeiam tornam-se os seus cuidadores. Esta ideia de ‘se vir a tornar um peso’ reforça a tese de Goffman (1961, op.cit: 114-115) de que a passagem de pessoa a doente mental, pode ser realizada através de uma série de estádios ligados. Cada estádio tende a provocar um brusco declínio no status adulto livre. E consequentemente, enquanto uma pessoa é gradualmente transformada em doente, a pessoa mais próxima é transformada em tutor ou cuidador. O indivíduo está sujeito a um conjunto relativamente complexo de experiências de mortificação: restrição de movimentos livres na vida comunitária.

Bibliografia

- Alves, Fátima (2011). *A doença Mental nem Sempre é Doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*, Porto: Edições Afrontamento.
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Blaxter, M. (1992). *Inequality in health and the problem of time*. Medical Sociology News 18, 1:12-24
- Bury, Michael (2000, 1ª edição 1997). *Health and Illness in a Changing Society*. London and New York: Routledge.
- Foucault, M. (2007). *História da Sexualidade – a vontade de saber*, Vol. 1 Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1989). *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Freidson, E. (1984, 1ª ed., 1970). *La Profession Médicale*. Paris: Payot.
- Fox, N.J. (1999). *Os Tempos dos Cuidados de Saúde, Poder, controlo e resistência, Sociologia – Problemas e Práticas*, nº29, pp.9-29.
- Geertz, C. (1993). *The Interpretation of Cultures*. Londres: Fontana Press.
- Goffman, E. (1982, 1ª ed., 1963). *Estigma, Notas Sobre a Manipulação da identidade Deteriorada*. Livros Técnicos e Científicos Editora. Rio de Janeiro, 1988.
- Goffman, E. (2003, 1ª ed. 1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- Horwitz, A. V. e Scheid, T. L. (eds), et al. (1999). *A Handbook for the study of Mental Health – Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lahire, B. (2005). *Patrimónios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual*. In Sociologia Problemas e Práticas, nº49: 11-42. Oeiras: Celta Editora.
- Lima, Marinús Pires de (1987); *Inquérito Sociológico – Problemas de metodologia*, Editorial Presença; Lisboa.
- Mendes, Felismina (2005). *"Doenças Crónicas: A prioridade de Gerir a Doença e Negociar os Cuidados"*, Pensar Enfermagem, vol.9, nº1; 42-47
- Miles, A. (1982). *O Doente Mental na Sociedade Contemporânea - Introdução Sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Nova Iorque: Free Press.
- Rabelo, M. C. M. (1999). *Narrando a Doença no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas*. In M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves e I. M. A. Souza, *Experiência de Doença e Narrativa*, 75-88. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.