

Da saúde e bem-estar/mal-estar ao termalismo

Maria Engrácia Leandro

Instituto Universitário de Lisboa

Ana Sofia da Silva Leandro

Assistente Social, SONAE

Resumo

Neste trabalho propomo-nos analisar três vertentes da dinâmica da saúde, bem-estar/mal-estar e termalismo nas sociedades hodiernas. A primeira incide sobre a importância da saúde na vida quotidiana e a pluralidade terapêutica em curso, inclusive o termalismo. A segunda preocupa-se em inscrever as novas buscas de bem-estar e saúde no espírito do tempo e nos seus mecanismos individuais, sociais e culturais. Enfim, a terceira procura apreender a (re)valorização do termalismo num contexto de novas nosografias da doença, buscas de bem-estar e terapias mais adequadas a situações desta natureza.

Palavras-chave: bem-estar; saúde; termalismo.

Abstract

From health and well-being/badly-being to termalism

In this work we analyse three dimensions of the dynamic between health, well-being/badly-being and termalism in contemporary societies. The first dimension aims to explore the importance of health in everyday life and plural therapy, included the termalism. The second aspect refers to the relentless pursuit of well-being in health in time feeling and their individual, social and cultural mechanisms. Finally, the third seeks to capture the (re)valorization of termalism in context of news sick nosologie, healthcare and pursuits of well-being and adequate therapies in situations.

Keywords: well-being; health; termalism.

Résumé

De la santé et le bien-être/mal-être à termalism

Dans ce travail nous étudions trois aspects de l'inextricable dynamique de la santé, bien-être/mal-être et thermalisme dans les sociétés ultramodernes. Le premier vise à étudier l'importance de la santé dans notre vie quotidienne et la pluralité thérapeutique à l'oeuvre, y compris le thermalisme. Le deuxième essaie d'inscrire la recherche acharnée de bien-être et de santé et dans les respectifs mécanismes, sociaux et culturels. Enfin, le troisième cherche à saisir la (re)valorisation du thermalisme dans un contexte de nouvelles nosologies de la maladie, quête de bien-être et thérapies plus adéquates à ces situations.

Mots-clés: bien-être; santé; thermalisme.

Resumen

De la salud y el bienestar/mal-estar a lo termalismo

En este trabajo nos propomos analizar três vertentes de la dinámica de la salud, el bienestar/malestar y el termalismo en las sociedades actuales. La primera incide en la importancia de la salud en la vida cotidiana y la pluralidad terapéutica vigente, incluyendo el termalismo. La segunda se preocupa por inscribir las nuevas búsquedas de bienestar y salud en el espíritu de los tiempos y en sus mecanismos individuales, sociales y culturales. Finalmente, la última procura captar la revalorización del termalismo en un contexto de nuevas nosografías de la enfermedad, búsqueda de bienestar y terapias más adecuadas a las situaciones de esta naturaleza.

Palabras clave: bienestar; salud; termalismo.

Quando tudo parecer cinzento vai à procura da cor.

Cherry Hartman (1987)

Introdução

As questões relacionadas com a saúde, o bem-estar e a emergência de novas terapias, sendo dinâmicas, têm vindo a ocupar um lugar preponderante na esfera pública em geral. O bom funcionamento dos nossos órgãos e a sensação de bem-estar são considerados garantias essenciais da vida humana e social. Nem sempre foi assim. No passado, honra, piedade, honestidade, respeito e lealdade levavam a melhor e estava-se disposto a arriscar a vida em sua defesa. Já a doença era essencialmente considerada um castigo divino (Herzlich e Pierret, 1991) ou objeto de prova e sublimação em função da vida do além (Leandro e Baumann, 2015). Porém, a preocupação com a saúde não era,

de modo algum, descurada. Muito precocemente, os indivíduos, as famílias e as sociedades, através de saberes de experiência, saberes empíricos, incluindo o recurso às águas termais e outros que, de forma erudita, se foram desenvolvendo, preocuparam-se em encontrar meios para combater a doença, melhorar a saúde e prolongar a vida com mais bem-estar.

A nível global, ainda que, nos últimos anos, as condições económicas e sociais – essencialmente em virtude das crises que nos têm vindo a assolar e do aprofundamento do fosso das gritantes desigualdades sociais – se tenham vindo a modificar e para muitos a deteriorar, nem por isso a busca de bem-estar holístico e de sensações fortes e marcantes deixa de se afigurar relevante. Os próprios media, pelo menos nas sociedades ocidentais, apresentam preocupações e programas congruentes com a auto-preocupação de bem-estar, a procura da felicidade, da realização pessoal e corporal, da exploração máxima das suas capacidades, uma acrescida sensibilidade perante os riscos e maior procura em tudo o que se refere a serviços e cuidados de saúde. Estas facetas, em virtude das suas inter-confluências, têm vindo a tornar-se num enredo de debates acerca da criação e transformação de múltiplos dispositivos de prevenção, manutenção e reparação, visando assegurar o bem-estar e a saúde de modo prolongado.

Entre nós, estas configurações sociais de saúde, variáveis segundo os tempos, as conjuturas e os grupos sociais, constituem um equilíbrio movediço atravessado por várias tensões, o que lhe confere um pluralismo médico e terapêutico que baralha as fronteiras entre o convencional mais tradicional e a abertura a novos possíveis. Estão, neste caso, o desenvolvimento de novas e a reconfiguração de velhas terapias; em suma, a dinâmica entre o curar, cuidar e prevenir, o medicamento e o produto estimulante, porventura menos agressivo, mas capaz de investir em novas formas de promoção da saúde e bem-estar, inclusive em ambientes calmos e aprazíveis, como acontece normalmente com os espaços termais.

Neste trabalho, porque se trata de uma problemática muito vasta, numa perspectiva de índole essencialmente reflexiva, tendo presente as dinâmicas sociais em curso, propomo-nos analisar apenas três dimensões cruciais desta interconexão que integra a saúde, o bem-estar e o termalismo. A primeira, numa perspectiva dinâmica, procura analisar a importância outorgada à saúde enquanto valor primordial da harmonia corporal no seu todo vivencial e social e a pluralidade de concepções e recursos de que tem vindo a ser alvo. A segunda, de forma articulada entre a saúde e o contexto social, preocupa-se em inscrever a busca incessante de bem-estar e combate ao

mal-estar/mal-ser no espírito do tempo e nos respetivos contextos sociais. Finalmente, a terceira visa apreender a revalorização do termalismo em contextos de emergência de novas buscas de saúde e bem-estar, em situação plural, de cuidados terapêuticos e oferta de serviços de bem-estar.

1. Olhar sociológico sobre a saúde

Uma breve referência ao impacto que a saúde tem alcançado nas sociedades hodiernas, mormente desde a segunda metade do século XX, leva-nos a dizer que se tem tornado num construto social, económico, político, cultural e metafísico. A saúde e a sua envolvência fazem parte das exigências políticas e sociais mais prementes. A biologia, as descobertas da genética e as tecnologias médicas abrem perspetivas prodigiosas, sem deixar, contudo, de suscitar questões complexas. Muito regularmente discute-se o impacto da saúde ao nível do bem-estar humano, social e económico, do aumento da esperança média de vida, dos prodígios das descobertas científicas e das novas tecnologias, das formas de organização do trabalho, do género, das práticas alimentares, do financiamento das despesas de saúde, da emergência de novos riscos sanitários, dos efeitos que podem advir das várias crises económicas e sociais que têm vindo a assolar as sociedades, mas também da bioética, das desigualdades sociais (Fassin, 1996; Antunes, 2014), das catástrofes naturais, dos escândalos sanitários, dos apelos e investimentos na prevenção da doença, na promoção da saúde e aí por adiante.

Em síntese, se a saúde advém extremamente medicalizada e medicamentada, tirando aos sujeitos a capacidade de se socorrerem dos seus recursos em função da auto-gestão da saúde, também se multiplicam os ângulos de saúde apostos a vários domínios da existência anteriormente sob a alçada de outros domínios, ainda que muitas terapias tradicionais continuem a co-existir. Canguillem (1966), desenvolvendo uma reflexão filosófica e epistemológica, releva o facto de ser a classe médica a única a dar a sua própria visão de saúde, ao passo que o que pode fazer norma de saúde para um ser vivo é, acima de tudo, a procura que faz da sua própria vivência. Muito frequentemente, o que se afigura doente aos olhos do médico pode não o ser para o indivíduo. Esta análise crítica releva o facto de as normas médicas também conterem artefactos de vária ordem, construídos no decorrer da própria história da medicina, ao definir nesta ou naquela época o que pode ser a saúde e a doença, menosprezando os próprios saberes e posições dos atores (Leandro, 2014), o que também não é alheio ao fenómeno do termalismo.

Atualmente a noção de saúde ultrapassa muito a simples conceção de “boa saúde”, como a que desejamos para nós e para os que nos são próximos ou mesmo o conteúdo da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946: “A saúde é o mais completo bem-estar e social e não só a ausência de doença”. Esta visão holística da saúde não é um projeto absolutamente novo, na história da humanidade. O paradigma da totalidade do sanitário no Ocidente remonta ao pensamento de Platão. Na cidade ideal da sua “*Republica*”, a figura do médico que deverá cuidar do seu doente está omnipresente na influência que os legisladores desta cidade ideal devem exercer sobre o bem comum: a indisciplina e o vício são associados a uma doença que importa irradiar de uma sociedade que se afigura patológica. Por conseguinte, bem governar releva de uma tarefa político-sanitária perfeccionista que deverá englobar todos os aspectos da vida humana e social, em favor do bem de todos, sem excepção. Esta totalização platociana da ideia de saúde extensiva a todos os domínios da vida, está igualmente contida na referida noção da saúde da OMS, que vindo de 1946, ainda não foi modificada, pesem embora várias análises críticas a seu respeito. Entre outras, para lá do seu aspecto utópico e a confusão que pode suscitar entre saúde e bem-estar, tem-se revelado muito estática.

Frise-se, ainda, que apesar da generosidade desta definição, também comporta em germe uma extensão ilimitada do bio-poder teorizado por Michel Foucault (1975) que, medicamente, pretende ser extensivo a todos os aspectos do bem-estar humano, físico, psíquico e social. Basta reparar que, atualmente, a medicina não se ocupa apenas do tratamento dos males do corpo na sua globalidade, mas igualmente dos comportamentos humanos, sociais e até de justiça, assumindo significados que ultrapassam o indivíduo e a sua envolvência. Alarga-se, de igual modo, ao contexto do trabalho, da habitação, da alimentação, da educação das crianças e do contexto envolvente em geral. Aliás, certas formas de desvios e de criminalidade, que eram até há bem pouco tempo inscritas no fórum da criminalidade e da justiça ou quando muito da inadaptação social, são hoje objecto de intervenção médica. Outro tanto se diga de certos comportamentos ditos “associais” para os quais a medicina, com a sua panóplia de especialistas, e a indústria farmacêutica têm o comprimido para os normalizar. Ao pretender medicamente ocupar-se de todos os aspectos da vida humana e social, a noção da OMS contém, em germe, uma extensão possível da medicalização completa da vida e dos respectivos comportamentos humanos e sociais, muito à semelhança do ideal de Platão. Perfilha-se, assim, a preservação da saúde como um todo, estabelecendo um

paralelo completo entre saúde, bem-estar e justiça, sendo esta última concebida como a saúde da sociedade.

É neste contexto que a saúde, longe de se inscrever no binómio saúde/doença, como se de uma noção vazia de saúde se tratasse perante a ausência de doença ou podendo limitar-se estritamente ao campo da medicina, se vem transformando num valor crucial para os indivíduos e num paradigma social, isto é, uma chave de leitura da realidade social e um princípio de acção em seu favor. É ainda sinónimo de desenvolvimento e edificação da felicidade tão enaltecida nas sociedades hodiernas. Se, no passado, esta ainda poderia ser transferida para a eternidade da vida do além, hoje quer-se terrena e material “*hic et nunc*”. Ora a saúde, sendo fator prospetivo de vida longa e feliz, idealmente sem ocaso, participa desta dimensão e integra uma conceção de fundo que não olha a saúde como estado, mas antes como um capital do qual depende a capacidade para trabalhar, resistir à doença, ao cansaço, ao desalento e a outras agruras da vida que importa saber gerir, mas também de bem-estar e bem-ser.

Diga-se que, se com o agudizar da crise económica e social em que vivemos mergulhados, as grandes questões sociais incidem no aumento do desemprego e da pobreza, paralelamente destaca-se o paradigma sanitário e os efeitos que situações desta natureza podem desencadear em prol da deterioração da saúde individual e coletiva. Deste modo, a questão das consequências das mutações deliberadas ou imprevistas sobre a saúde dos humanos impõe-se. O investimento na despistagem de problemas comportamentais em todas as idades da vida que possam lesar a saúde e, ao invés, o apelo à prevenção da doença e à promoção da saúde é significativo a este respeito. Denota-se, pois, um predomínio do sanitário nos discursos sociais da atualidade, inclusivamente em aspetos que antes não seriam contidos nesta vertente. A saúde tem vindo a ser concebida como algo de positivo, qualquer coisa de bom ou de mau, associada a um bem-estar ideal primordial. Quando este ideal se torna num programa sanitário dos governos em favor das populações, a saúde é perspetivada como algo de objetivo, exigindo condições de bem-estar¹ erigido em edifício de felicidade. Mas a saúde também se quer libertadora, fazendo parte de um discurso hedonista através do qual o indivíduo reivindica a capacidade de escolher o que muito bem lhe aprouver,

¹ A noção de bem-estar tem vindo a ser utilizada como uma medida interpessoal de julgamento moral, ao nível da qual as necessidades básicas, isto é, as necessidades humanas cujo espectro se tem vindo a alargar, estão satisfeitas (Griffin, 1986).

resistindo às injunções de promoção da saúde como muito bem o entender (Crawford, 1984).

Em contrapartida, também têm vindo a aumentar as doenças do mal-estar/mal-ser íntimo sob a designação de stresse agudo, ansiedade, depressão ou outras doenças mentais que alguns autores atribuem às mutações da individualidade contemporânea, ou seja, aos novos dilemas, riscos hodiernos, modos de vida e respetivas culturas (Ehrenberg, 1998). Marcel Drulhe (1996) avança com a noção de “sociopatias” para designar as doenças que têm vindo a surgir em virtude das profundas transformações epidemiológicas, médicas, sanitárias, culturais e sociais, fazendo com que a intervenção das medicinas se alargue do somático ao social em todas as dimensões. Se, em grande parte, muitas destas doenças estão sobre a alçada da psiquiatria ou de especialidades similares e dos seus receituários, também tem vindo a ganhar grande impacto o recurso a outras medicinas e formas de tratamento menos convencionais, como para certas situações acontece com o termalismo, que tem retomado novo vigor nestas matérias.

Denota-se, assim, que os indivíduos têm cada vez mais acesso a um pluralismo terapêutico onde abundam também as medicinas da esperança. Mediante o aumento dos males íntimos em forma depressiva e a busca da felicidade por receita², responde a alquimia do desespero; à medicalização do mal-estar opõe-se a depressão enquanto autêntica doença do século como já a definiu a OMS. À publicidade, fazendo a apologia de um medicamento milagroso, como foi por exemplo o Prozac, opõe-se a contrapublicidade de uma “droga” sem toxidade nem risco de dependência, podendo integrar

² Numa época em que as descobertas científicas e tecnológicas permitem dominar muitos dos fenómenos naturais e a máquina substitui progressivamente a força muscular e animal, os indivíduos dão-se conta das suas incapacidades para dominarem as suas próprias relações e emoções ou pelo menos para as regular harmoniosamente. A experiência das contradições entre desejos e aspirações pessoais e as exigências sociais contribuem para criar e ressentir uma distância, quiçá uma dissonância, entre o que se vive individualmente e as exigências ou dilemas sociais. Daí que os indivíduos hodiernos vivam muito frequentemente nesta tensão entre exigências antagónicas associadas às múltiplas contradições da própria sociedade. Ter de gerir estas tensões, desencadear desgaste mental não é alheio ao aumento das doenças degenerativas em idades ainda precoces e a vários tipos de sociopatias. Ora, a medicina tem muito a ver com este longo processo de socialização enquanto testemunha e co-participante: através dos seus conhecimentos e da sua intervenção, coloca à disposição dos indivíduos os meios para aliviar ou tratar estas tensões destruidoras e auto-destruidoras. Outro tanto se diga ao nível da construção de um “individualismo assistido” (Ehrenberg, 1998), ou seja, a exploração do seu próprio espaço de afirmação e evasão que, no limite, poderá ser encontrado em paliativos, mas igualmente no recurso a tranquilizantes objeto de receita médica (Drulhe, 1996). Pode-se evocar, ainda, o investimento que, desde os anos 1970, se tem vindo a fazer em atividades físicas e desportivas, umas mais arriscadas do que outras, contendo uma parte de busca de intensidade de ser para reencontrar uma vida plena de existência ameaçada por excesso de regulamentação e no caso em análise de medicação.

mudança dos modos de vida e recurso a terapias menos agressivas. Se a medicalização da vida se tem vindo a tornar num fenómeno de sociedade, também não deixa de suscitar questões de vária índole, devido sobretudo aos seus efeitos secundários, destacando-se, entre outros, as toxidades, as mudanças nos sistemas imunitários e as doenças iatrogénicas, isto é, patologias desencadeadas por receituários ou tratamentos médicos menos adequados à situação dos pacientes.

Grosso modo, no seio dos cuidados de saúde, o recurso a novas terapias tende a evidenciar uma procura que se inscreve, tanto na busca de cura, quiçá em desespero de causa, como numa nova filosofia de recursos de saúde fora da medicina convencional, buscando também aqui um novo universo de sentido e de afirmação. Nos anos 1970, emerge uma crítica da instituição médica, cujo livro de Ivan Illich “*Nemésis médica*” (1975) cristaliza os aspectos mais proeminentes. A expansão do domínio da saúde conduz a uma medicalização da existência desde o nascimento até à morte e mais recentemente à emergência de uma política de redução dos riscos que todos os dias espreitam daqui e dali. Só que esses excessos têm preços elevados para a saúde. Anteriormente fonte de segurança, a ciência e a tecnologia também apresentam elementos de dúvida. Daí que o aumento do recurso a tratamentos menos convencionais também tenha a ver com a vontade de se precaver, reduzir ou colmatar efeitos secundários daqui decorrentes. Este tipo de cuidados permite idênticamente exprimir o que o corpo médico tende a silenciar ou pelo menos a ter menos em consideração: o homem ou a mulher doentes, sejam quais forem os males que os assolam, as transformações operadas no corpo e os novos significados que têm vindo a adquirir as suas condições sociais, os vários desaires e agruras da vida, a importância das relações humanas e os efeitos provocados por certos tratamentos e medicamentos, quiçá a saturação do próprio organismo e não apenas a doença.

De qualquer modo, as perceções de saúde são essencialmente tributárias do contexto que as envolve, sendo a sua natureza um “reflexo” de uma multidão de elementos heterogêneos que concorrem para a definir. Isto não quer dizer que nos situemos numa espécie de relativismo precoce, que faz com que a saúde, teoricamente, não seja nada, porque é difícil defini-la. Ao contrário, afirmamos que a saúde, sejam quais forem as noções e conceitos a seu respeito, é sempre a saúde com os vários significados e prerrogativas que integra. Também não deixa de ser o que é pelo facto de não existir consenso acerca da sua definição ou porque não se consegue identificar com uma essência anti-histórica que a definiria, não sendo mais do que o reflexo de uma

determinação histórica movediça. Importante corolário desta perspectiva é, em nossa opinião, o seguinte: a saúde inscrevendo-se no biológico, no social, no cultural, no normativo e no simbólico, é tributária da intervenção dos atores que somos e da faculdade de infletir as modificações contextuais, conseguindo reajustar em permanência as perceções a seu respeito, a sua construção social e o que somos e desejamos ser. Aliás, importa frisar que o apelo às determinações contextuais não é, de modo algum, um fatalismo e que os humanos conseguem fazer algo daquilo que a sociedade quis fazer deles, tendo presente os seus possíveis (Sartre, 1961; Leandro, 1995).

Segundo Lazorthes (1991: 352), perspectiva que também adoptamos, “A saúde pode ser definida como a capacidade de manter um ‘estado de equilíbrio’ fisiológico e biológico do nosso organismo sempre ameaçado, de se adaptar continuamente às variações exteriores, de resistir às agressões microbianas, tóxicas, traumáticas e de se curar após ter estado doente”. Partindo, ainda, da definição de Bichat (1800) – “A vida é o conjunto de funções que resistem à morte” – podemos dizer que a saúde é feita do conjunto de forças que intervêm nas inter-relações biológicas, mentais, emocionais e interativas em geral perante o mundo exterior, permitindo resistir à doença. Como afirma Sournia (1984), apesar das pressões exercidas pela sociedade sobre o cidadão com saúde ou doente, a noção de saúde permanecerá sempre um viver pessoal e social provisório.

Não obstante, a saúde é sempre um dos grandes dilemas da nossa vida quotidiana, tanto na esfera privada como na esfera pública. Procura de realização pessoal, redescoberta máxima das nossas possibilidades, sensibilidade acrescida aos riscos que a ameaçam, exigências de proteção e de bem-estar, eis todo um arsenal de elementos que agudizam o debate acerca dos seus dispositivos de prevenção, manutenção, promoção ou reparação. Nesta ótica, queremos trazer para este debate a articulação entre estas vertentes e a reemergência do termalismo numa época e num contexto de pluralismo terapêutico em que abundam as designadas “medicinas doces” ou de conforto.

2. Bem-estar/mal-estar nas sociedades hodiernas

Em 1979 é publicado, em França, o livro de Jean Fourastié intitulado “Os trinta gloriosos”, onde analisa as grandes mudanças e conquistas alcançadas entre 1945-1975

quanto à melhoria das condições de existência nas sociedades da Europa central. Nunca como neste período se tinham atingido níveis de vida tão elevados, graças ao grande impulso da economia e do pleno emprego, permitindo aumentar os salários, fomentar a mobilidade social, o acesso generalizado ao consumo, o alargamento das idades de escolarização, o recheio dos cofres da segurança social e a expansão das medidas de solidariedade social. Tudo parecia concorrer para pensar que se vivia, enfim, em condições de pleno bem-estar económico, social e cultural e de realização das ideologias prometaicas do progresso, embora entre nós a situação fosse distinta. Só que as crises petrolíferas de 1973/1974 e seguintes trouxeram um duro revés a este surto de desenvolvimento e bem-estar que tem vindo a ser objeto de muitas oscilações e retrocessos.

É também desde finais dos anos 1960 que se vai denotando o declínio dos interditos ancestrais e, ao invés, se desenvolve a ideia segundo a qual cada um é autogestor da sua própria vida. Os costumes e os valores tradicionais modificam-se sobre muitos e variados aspetos, as relações de género passam a pautar-se mais pela igualdade, as liberdades alargam-se, a autonomia e a individualização intensificam-se e as aspirações a melhores níveis de bem-estar são muito elevadas.

Neste novo contexto, onde mais nada parece prevalecer por si mesmo, o indivíduo orienta-se cada vez menos pela tradição, os seus valores e regras institucionais. Pode, assim, enveredar-se por um exercício arriscado ao ter de se inventar a si mesmo, escolher a sua herança, as suas pertenças e a sua moral. O homem/mulher soberano/a igual a si mesmo(a), que em devir já havia sido anunciado por Nietzsche, vai-se tornando uma realidade de massa para a qual as descobertas científicas e tecnológicas muito têm contribuído. Ao indivíduo hodierno afigura-se-lhe não haver nada nem ninguém superior que lhe possa indicar o que deve ser, dado pretender ser o seu próprio senhor(a). Vai-se implantando um pluralismo moral e instaura-se a liberdade de construir ou escolher as suas próprias regras. O auto-desenvolvimento torna-se coletivamente um problema pessoal que a sociedade deve favorecer, forjando um tipo de sujeito menos disciplinado e mais livre. Esta nova liberdade, sendo também um constrangimento e uma injunção à realização pessoal e à felicidade, tem um preço: ao mesmo tempo que se alarga o espaço dos possíveis cresce o território dos riscos e dos conflitos que já não são assumidos pelos suportes tradicionais. Importante paradoxo que – conjuntamente com o aumento dos riscos de toda a ordem – parece fazer com que a melhoria das condições de existência torne cada

um vulnerável. Daqui pode advir uma depressão típica da modernidade que Ehrenberg (1998), designa de “cansaço de ser eu”, podendo fazer desencadear sensações de mal-estar, mal-ser e confusão.

Este conjunto de fatores, associado a vários outros, tendo sobretudo a ver com muitas formas de rutura, inclusive ao nível dos laços familiares e sociais, a situações inesperadas, a grandes transformações operadas no âmbito do trabalho e do exercício das próprias profissões, sobretudo ao nível do desemprego, das relações humanas, da pobreza e da exclusão social, tem dado azo ao aumento de níveis de stresse demasiadamente intensos³, podendo fazer desencadear vários tipos de doenças psicossomáticas. São, ainda, fatores stressantes as incertezas quanto às reorganizações laborais, a introdução de novas tecnologias, o desemprego, um futuro profissional incerto, as frustrações de vária ordem, as relações humanas, podendo mesmo dizer-se que, no decorrer dos últimos tempos, o homem/mulher – muito frequentemente também em virtude do carreirismo e da concorrência desleal – são um stressor para o outro(a) colega ou concidadão (Castel, 2003). O stresse é, assim, mediatizado por processos cognitivos, económicos, profissionais, sociais e emocionais, dependendo muito da maneira de o enfrentar, o que os ingleses designam de “*coping*”.

Nestas circunstâncias surge toda uma panóplia de estilos terapêuticos portadores de novas promessas em prol da reconquista do bem estar/bem-ser através de terapias da auto-realização e plena sensação de felicidade, augurando viver plenamente saudável. Relevem-se as novas formas de espiritualidade, meditação e contemplação, a redescoberta dos efeitos benéficos da natureza e dos seus elementos nutritivos naturais e paisagens capazes de transportarem para outros universos e formas de conceber a vida e as suas circunstâncias, dimensões que também se encontram nos espaços termais agora mais reconfigurados para o efeito. Abundam igualmente as terapias de grupo em locais

³ Contrariamente ao que correntemente se pensa, o stresse não é uma doença, mas uma formidável reação do nosso organismo quanto à libertação de substâncias químicas, sendo a adrenalina a mais conhecida, podendo dar azo a vários tipos de emoções para nos adaptarmos aos constrangimentos do meio envolvente. Légeron (2004) considera que vários decénios de pesquisa permitem compreender que o stresse é uma das funções do nosso organismo, tal como a respiração, a digestão ou a função imunitária. Como qualquer destas funções, a adaptação é não só útil como necessária à nossa sobrevivência, algo que é partilhado entre todos os mamíferos, ainda que nos humanos tenha características particulares. Os mecanismos biológicos e psicológicos do stresse têm como objetivo principal melhorar o nosso estado físico e mental para enfrentar uma situação difícil e ajudar-nos, deste modo, a uma melhor adaptação. Por conseguinte, o stresse é fundamentalmente útil desde que os mecanismos biológicos e psicológicos sejam ativados com bom discernimento e limites aceitáveis. Pelo contrário, se aumenta em níveis exagerados, o mau stresse ou “*distress*” como se designa em língua inglesa, a doença depressiva tende a surgir. Será, pois, absurdo falar de um mundo sem stresse (Légeron, 2004).

aprazíveis onde os indivíduos procuram encontrar novos meios para cuidar dos males que os assolam. Nestes, como em casos semelhantes, as técnicas de cuidados e de cura assentam exatamente num princípio oposto à noção de sujeito conflitual: procuram multiplicar as capacidades de bem-estar das pessoas como contraponto às dificuldades do viver, procurando usufruir de uma vida plena de forma mais autêntica. Edificam a logística do indivíduo emancipado, dado o seu objetivo não consistir em tornar praticáveis ao menor custo psíquico os interditos, mas exaurir todo o sofrimento e fomentar novas energias para prosseguir.

Ao nível das depressões, podemos dizer que, muito frequentemente, revestem hoje um estilo de desilusão e desespero que seriam estranhos às gerações anteriores, uma vez que lhes foi prometido muito menos e abertas muito menos perspectivas. Daí que as aspirações e os projetos almejados por umas e por outras sejam distintos e que haja, hoje, mais e variadas formas de depressões e angústias. Em termos de sintomas e de terapia, os cenários também são bem diferentes. Num passado recente, normalmente as pessoas sabiam identificar a causa, o mal, a culpa e/ou o espaço da dor, só que hoje sentem-se muitas vezes vazias perante a panóplia de elementos, inclusive ao nível emocional, que podem estar associados às suas patologias. Por vezes, sentem dificuldade em dizer “sofro disto ou daquilo, dói-me aqui ou ali” mediante a amplitude dos males que sentem assolá-las, que até podem ter muito mais a ver com outras agruras da vida do que com a doença propriamente dita, ou seja, uma alteração orgânica considerada na sua evolução como uma identidade definida (Ehrenberg, 1998).

Trata-se antes da noção de doença indicada por Leriche (1937), ao afirmar que a doença é o que incomoda os humanos no exercício normal da sua vida e, sobretudo, o que os faz sofrer, seja qual for a sua forma, dimensão e etiologia. Perante cenários desta índole são também os próprios profissionais de saúde, inclusive no âmbito dos psis, que se afiguram mais ou menos desarmados. Assim se procuram novas alternativas e se tende a alargar o recurso a muitas e variadas terapias que nem sempre se inscrevem cabalmente na medicina convencional, ou pelo menos da mesma maneira como acontece no âmbito do termalismo, afigurando-se, antes, como respostas possíveis mais abrangentes do que o comprido do conforto que cura ou pelo menos cuida e trata deste mal, mas não de outros que podem estar na origem e persistência do espectro de várias situações patológicas nas sociedades hodiernas.

Se, ao nível farmacêutico, a resposta poderá ser encontrada nos medicamentos anti-depressivos confortáveis, cada vez mais performantes e alguns possivelmente até

menos tóxicos, será que permitem, de facto, alcançar a cura, tendo até presente o seu prolongamento no tempo e as possíveis dependências a que podem dar azo? Refira-se que a saúde após a cura não é a saúde anterior, podendo necessitar de vários tipos de injunções no decorrer do tempo (Canguillem, 1978). Não há cura e restabelecimento da saúdes em trabalho do próprio doente, uma elaboração, um discurso, uma temporalidade, uma memória, uma ficção precisamente da pessoa que está implicada neste processo e que tem um Eu, não deixando de envolver os seus próximos. Mesmo assim, a cura não traz automaticamente o bem-estar, uma vez que curar implica ser capaz de sofrer e tolerar o sofrimento, saber fazer passagens e abrir-se a outros possíveis modos de vida, o que nem sempre se inscreve nos códigos da felicidade e do prazer que hoje se almejam. E que dizer logo que os fatores que deram azo a estas patologias se mantêm em continuidade, apesar de todos os tipos de “prozac”? Não poderão também fazer com que o indivíduo não saia deste imbróglio absolutamente curado mas possa, sim, continuar algo moribundo, embora possa ter mudado o que é a sua forma de estar na vida e na sua identidade? Tenha-se presente que as sociedades hodiernas, procurando escamotear a morte biológica, têm vindo a segregar muitas outras formas de morte social (Thomas, 1991), que nem sempre são fáceis de suplantar com os medicamentos e de uma vez por todas.

Ademais, a depressão é hoje definida pela psiquiatria como uma doença recidiva com tendência crónica. Sendo assim, trata-se de uma forma de vida com a qual importa saber (con)viver, fazendo a economia de tudo o que a possa lesar. Tenha-se identicamente presente que o mal-estar resultante dos novos constrangimentos económicos, profissionais, sociais e culturais, bem como a precariedade do emprego e da vida privada, das sensações de vazio e de ausência de suportes, tendem a espreitar de vários lados e os modos de se revelarem tendem a ampliar-se. Não admira que se revelem novas formas de ansiedade, depressão e mal-estar/mal-ser que permitem falar de uma forma de depressão de guerra económica, social, cultural, sentimental e existencial. Não se sabe muito bem onde começam, se prolongam e terminam estes males, sendo que muitos se afiguram dificilmente curáveis, podendo exigir antes intervenções periódicas mais consistentes. Ora, o recurso aos cuidados de saúde termais, não apenas em função do tratamento de certas doenças de cariz mais biológico, mas também da busca de lazer, capacidade de descontração, atividades culturais ou semelhantes, tem-se vindo a manifestar de grande alcance a este propósito. Por outro

lado, muito mais isentos de produtos farmacológicos, também se inscrevem em tendências recentes.

3. Termalismo na ótica de cuidados de saúde e bem-estar

O recurso aos cuidados termais, enquanto prática de saúde e bem-estar, vem de tempos de antanho. Na Pré-História, o homem ao verificar que os animais melhoravam ou curavam as suas feridas, bebendo ou molhando-se nestas águas, procedeu à sua transferência para os cuidados aos humanos. Enquanto povo, terão sido os gregos os primeiros a descobrir e fazer uso das propriedades das águas termais. As primeiras termas, nascentes na Grécia Antiga (2 400 anos A.C.), os aquários eram designados de Asclepsios, nome do respetivo deus da medicina. Os crentes nos deuses acreditavam na cura através das águas que eram associadas à sua divindade e potencialidades curativas. Por sua vez, Hipócrates, considerado o pai da medicina, não acreditava que a fé curasse, mas sim a água com as suas propriedades, a luz, as condições climáticas, a dieta, o descanso e o relaxamento. Se a doença era o desequilíbrio do corpo, estes elementos articulados entre si contribuíam para o seu (re)equilíbrio. Para si, a hidroterapia era mais um meio de cura a par de outros. Outros povos, com destaque para os romanos, judeus, turcos e indianos seguiam esta via.

Falar hoje de termas e termalismo, para além de outras dimensões, traz à memória as qualidades das águas naturais termais e respetivos cuidados de saúde. A água em geral é imprescindível para a vida do planeta. Grosso modo, são-lhe concedidas três significados simbólicos dominantes: fonte de vida, meio de purificação, centro de regenerescência. Massa indiferenciada e livre, a água representa uma infinidade de possíveis. Incorporando e trazendo vida, além da pureza corporal e espiritual, a água confere força, ânimo, alegria, visão, plenitude, saúde e bem-estar, ainda que a poluição tenda a destruí-la. Sendo a saúde concebida como sinónimo de bem-estar, felicidade e vida longa sem maleitas, a água simboliza a vida em toda a sua pujança e o facto de as águas termais serem meteóricas e brotarem da terra quentes e sulfurosas, também contribui para estas interpretações. Emergir nas águas, refazer-se num imenso reservatório com grandes potenciais ou receber jactos das mesnas sobre o corpo e aí ir buscar novas energias é inerente aos banhos termais.

Etimologicamente, o vocábulo “termas” deriva do grego antigo “thermos”, que quer dizer “quente”, ou “thermon”, significando calor. Significado idêntico tem o etimo

latina *termae* (1213), ou seja, “banhos quentes”. Já o termo grego antigo “*therma*” refere-se ao estabelecimento de banhos públicos da Antiguidade. O vocábulo termalismo (1845), derivando de “*thermal*”, adjetivo de “*termas*” (1625), é definido como a ciência de utilização e exploração das águas minerais e, por extensão, refere-se ao desenvolvimento, organização, exploração e envolvimento das estações termais. Mais comumente, falar de termalismo faz pensar no uso da água mineral natural, outros meios complementares para fins de prevenção terapêutica, reabilitação e bem-estar; em suma, saúde, cura e recreação. De qualquer modo, intrincam-se aqui dados fundamentais relativos às águas termais, isto é, águas naturais resultantes das chuvas que, infiltrando-se por rochas variadas das quais recebem as suas peculiaridades, vêm depois a brotar quentes da terra⁴, carregadas de princípios mineralisantes, hidrominerais e terapêuticos a quem se atribuem vários curas e significados. Delas se fazem usos diversificados mais correlacionados com a saúde, o bem-estar e a cosmética.

Historicamente o termalismo tem passado por diversas oscilações, acompanhando as preocupações com a saúde e a doença, as suas interpretações, as tendências da medicina e da sociedade, as políticas de saúde, os hábitos, as modas e as perspectivas do mercado. Na Antiguidade foram sobretudo os romanos que mais procederam à sua divulgação. Na era imperial, não se limitaram a explorar as tradicionais nascentes dissipadas na natureza para fins terapêuticos. Graças a técnicas de aquecimento da água, também as desenvolveram nas cidades que iam construindo para aí desfrutarem de espaços de relaxamento e bem-estar. Em Roma ficaram célebres as termas de Caracalla e as de Diocleciano. No nosso território a sua exploração antecede a fundação da nacionalidade (Cantista, 2008-2010).

A este respeito, não estamos perante um processo linear. Na Europa, durante toda a Idade Média, apesar da vertente espiritual e sagrada que, aos olhos dos crentes, envolve as águas termais, muito em virtude dos mistérios acerca das suas peculiaridades intrínsecas, houve que contar com a oposição da Igreja na sua vertente de desvalorização do corpo (Le Breton, 1990). Porém, mais tarde foi o próprio clero a promover a organização de peregrinações aos locais termais e alguns deles foram mesmo equipados de infraestruturas para a assistência espiritual e religiosa aos aquistas.

⁴White (1957) designou por águas termais as águas cuja temperatura exceda a temperatura média do ar em 5° C, opção retomada por Schollelller (1962), embora este último considere 4° C. Na Europa (CEE, 1988) foi adoptada a solução de considerar termas as águas que brotam com temperatura superior a 20° C., retomando a sistematização do Simpósio de Águas Minerais de Praga de 1968 (Malkovsky e Kacura, 1969, in Cantista, 2008-2010).

Nestas circunstâncias são sobretudo os árabes, muito avançados em medicina, que mais continuaram a investir no desenvolvimento termal e nas suas prerrogativas, numa dupla vertente de saúde e recreação.

No século XVIII, a aristocracia europeia, com destaque para a francesa, redescobre as termas. A própria corte “vai a banhos” e desfruta de outras atividades de lazer. Durante um certo tempo instala-se numa instância termal para aí usufruir das suas prerrogativas. Segundo as crónicas, a corte de D. João V vai durante doze anos para as termas das Caldas da Rainha, cujas infraestruturas foram preparadas para o efeito. Nasce, então, a “época termal”, la “*saison*”, “*the season*”. Mas é no século XIX e início do XX que as águas medicinais se popularizam, com as idas às estâncias hidrominerais para usufruir das águas com propriedades medicinais (Le Breton, 1990). É também nesse período que surgem alguns dos modernos tratamentos hidroterápicos. Todavia, a partir dos anos 1970, com uma nova nosografia das doenças e a implantação da época farmacopeia, levando à medicação da vida e das sociedades, a moda da praia vem ocupar a componente lúdica das termas. Sob o ponto de vista médico, envereda-se por um intenso processo de medicina da doença limitada aos muros do hospital, dos centros de saúde ou dos consultórios médicos, em detrimento de outras medicinas e terapias.

Neste contexto, o termalismo entra em regressão, ficando nos anos 1980 mais confinado a uma vertente social. Com a participação do Estado, através da Segurança Social, são sobretudo algumas franjas da população idosa ou atingida por doenças crónicas suscetíveis de serem tratadas por este meio que advêm a principal clientela do termalismo. São-lhes, assim, oferecidos cuidados médicos e de outros profissionais de saúde, serviços de hotelaria para muitos deles, atividades lúdicas e de natureza ao ar livre, entretenimento, percursos pedestres, etc. Só que pouco depois, entre nós sobretudo desde finais dos anos 1980, com o aumento vertiginoso dos *deficits* da saúde, as respetivas políticas modificam-se profundamente em favor da desospitalização, implementando fortemente o ambulatório (Monteiro, 2006). O papel do hospital, enquanto instância de internamento e de cuidados mais distendidos no tempo, na maioria dos casos é transferido para o domicílio, sendo de novo a família chamada a ocupar-se dos seus doentes e os indivíduos a investirem mais na prevenção e promoção da saúde. Em certos casos, o recurso aos cuidados termais também se inscreve em períodos de convalescência e recuperações desta índole, designadamente no que às doenças reumatológicas e ortopédicas diz respeito.

Em contrapartida, pouco depois, com novas janelas de oportunidades de mercado em torno da crescente preocupação com o corpo, a estética, a vontade de encontrar novas terapias para os males que ameaçam as sociedades hodiernas materializados na expressão de “doenças da civilização”, como acima as analisamos, sem que a medicina convencional se revele totalmente capaz de responder a todas as ansiedades e expectativas acerca deste fenómeno e até uma certa saturação do excesso de medicação, surge uma nova dinâmica termal com produtos mais associados ao lazer e ao bem-estar. Ocupam aqui particular destaque atividades de *spa*, banho turco, sauna, solários, massagens, relaxamento e outros programas similares. O termo *spa*⁵, sendo hoje o mais corrente para designar técnicas de relaxamento, não sendo novo, entre nós popularizou-se no final do século XX, passando a significar um espaço onde se fazem tratamentos pela água, vapor ou infusões, normalmente complementados com massagens e tratamentos médicos não invasivos, que também podem ter lugar fora das estâncias termais. Só que inseridos no conjunto de atividades oferecidas nestes espaços auferem igualmente do prestígio das respetivas águas termais e da sua envolvência. Refira-se que, em geral, as estâncias termais se inscrevem em locais aprazíveis da natureza e têm vindo a ser dotadas de vários tipos de infraestruturas compatíveis.

Detendo-nos sobre o perfil dos aquistas, podemos dizer que também tem mudado bastante. Em geral, o termalista clássico, com rendimentos médios, cultura popular, idade mais ou menos acima dos 40 anos, ia mais às termas para tratar uma maleita de cariz respiratório, dermatológico, reumático, musculo-esquelético, alguma forma de cronicidade ... ou prevenir os efeitos patológicos e sofrendores ao longo do ano que se seguia. Já o termalista hodierno, sendo mais jovem, elitista, escolarizado e mais aberto às inovações culturais e vogas sanitárias e estéticas em curso, procura o termalismo com o objetivo de melhorar a saúde na sua ampla dimensão, com destaque para a saúde de bem-estar, incluindo relaxamento, alívio do stresse, quiçá da depressão, recuperação e reservatório de energias; em suma, um conjunto de serviços e cuidados que lhe tragam harmonia corporal integral, condições para prevenir possíveis patologias, inclusive de cariz mental e social (Domerg, 1992; Sicot, 2014).

⁵ De origem belga, o termo *spa* guarda o nome da cidade que o viu nascer: Spa, conhecida na Roma Antiga como *Aqua e Spadanae*. Na Inglaterra, a primeira estação de águas em Yorkshire data de 1576. Em 1596, o Doutor Tiana de Bright chamou a este lugar “*the English Spam*”, introduzindo o uso da palavra em sentido genérico, sendo hoje mundialmente utilizada como tal. Normalmente estas ofertas estão incluídas nos programas de turismo de saúde tão em voga e em muitas ofertas hoteleiras ou similares (Peris-Ortiz e Alvarez-Garcia, 2014).

Pensar esta intensa busca de bem-estar e a sua articulação com o termalismo, leva-nos a determo-nos um pouco mais sobre as suas dimensões teórico-empíricas. Desde tempos ancestrais, que a aspiração ao bem-estar e à sua melhoria se inscreve na condição humana. Pelo facto de todos sermos humanos trata-se de uma aspiração justa e comum. Só que estamos perante uma noção extremamente subjetiva: o que é o bem-estar para uns pode não o ser para outros. É muito diferente não poder aceder à água potável ou viver numa sociedade moderna como a nossa. E mesmo assim, quem é pobre ou excluído, não podendo usufruir da realização das necessidades básicas, ter um emprego, não passar fome, vestir-se convenientemente, ter uma habitação, ir à escola, usufruir de boa saúde serão elementos importantes de bem-estar. Esquece-se, porém, que as necessidades básicas, para além de poderem comportar uma dimensão moral, dada a sua carga normativa e de justiça social, incluem não só o que é necessário para sobreviver, mas igualmente a faculdade de poder usufruir de boa saúde para evitar o sofrimento e a doença e viver corretamente. Ora, a saúde, pelo menos uma boa dose de saúde, permitindo um mínimo de funcionamento de todas as faculdades, é inerente aos elementos mínimos da condição humana e do respetivo bem-estar. A perspetiva fundamental que emana daqui é que toda a vida conta e não mais uma do que outra, o que a estratificação social e a realidade económica e social continuam a contrariar. Os indivíduos e famílias de condição social modesta não usufruem, de modo algum, de condições iguais às de outros grupos dotados de capital social e cultural mais elevado (Bourdieu, 1979), sendo-lhe assim vedadas capacidades de bem-estar que apenas estão ao alcance de outros bafejados pela pertença social.

Para Sen (1985), a vida pode colocar em equação uma série de “*functionings*” (modos de ser e fazer) em correlação, como o alimentar-se corretamente, beneficiar de boa saúde, ser feliz ou vivenciar o prazer; em suma, sobreviver ou poder fazer outras opções. É o conjunto de capacidades (“*capabilities*”) de que cada um dispõe que lhe confere informações sobre a faculdade de uma pessoa realizar o seu bem-estar desta ou daquela maneira. Se todos têm direito a uma vida confortável, nem todos usufruem das mesmas capacidades para a conseguir. Importa, por isso, identificar os elementos suscetíveis de aumentar o bem-estar e as respetivas capacidades. Interfere aqui a questão da liberdade real das pessoas tendo em conta as suas condições objetivas de existência. Refira-se que as expectativas “naturais” das pessoas, num dado contexto social, podem exercer um efeito normativo, como acontece hoje com os “dispositivos disciplinares” (Foucault, 1963) impostos aos indivíduos e às populações quanto à

prevenção, à educação para a saúde ou aos cuidados a doentes. Também as esperanças tendem a ajustar-se às possibilidades, como acontece normalmente com a frequência do termalismo por estas ou aquelas clientelas. Nesta ótica, Feinberg (1973) distingue o que é exigido para viver uma vida minimamente decente, relativamente a normas realistas num espaço e num determinado tempo, numa dada sociedade, o que se junta a estas exigências e os (im)possíveis contidos na sociedade. Com efeito, quem não tem que se preocupar com essas premícias, decerto que aspira a outros elementos e níveis de bem-estar que poderão ultrapassar em muito a materialidade da vida, diz-nos Griffin (1986).

Esta perspetiva afigura-se importante para a problemática que aqui nos ocupa, na medida em que incidir sobre as capacidades permite apreciar as aptidões funcionais e racionais no âmbito da saúde, podendo ou não recorrer às ofertas do termalismo. Se se tem vindo a alargar a nosografia das doenças também se expande o campo das (im)possibilidades abrangidas pelas políticas de saúde, os mecanismos profissionais, económicos, sociais, culturais e de mercado. A saúde, porque engloba a vida na sua integralidade e porque por ela se está disposto a pagar preços sem preço, nunca como nas últimas décadas se afigurou um produto tão vendável e rentável, mobilizando muitos enredos em torno de si, o que também não escapa às novas malhas do termalismo. Frise-se que, sobretudo para quem tem condições para o efeito, vivemos numa época em que a busca de saúde, bem-estar e emoções fortes parecem insaciáveis e inversamente (Leandro, 2014).

Ora, em matéria de termalismo na perspetiva em que o temos vindo a analisar, o que nos damos conta é que, inscrito no espírito do tempo, nas novas procuras de saúde e bem-estar, pesem embora as suas potencialidades curativas, preventivas e bem-estar, revela-se mais uma capacidade/possibilidade bastante seletiva tendo em conta os diferentes estratos sociais que lhe podem aceder. Tal como em tempos idos, metaforicamente tem vindo a reemergir uma “nova nobreza” social com capacidades para investir e desfrutar de mais ofertas de bem-estar, graças à interconexão entre este dom da natureza que é água termal, o que económica e sanitariamente se faz com ela e toda uma panóplia de investimentos em prol de um processo de “normalização” heterónima da existência ou as condições de chegada de sujeitos autónomos e racionais na determinação das suas condutas de saúde e a procura de elementos de bem-estar para a conservar ou melhorar. O diagnóstico da patologia, do mal-estar e, ao invés, do sentir-se bem e estar em forma adveio fulcral e o termalismo afigura-se mais uma potencialidade nesse sentido.

Conclusão

Este exercício de reflexão sobre a interconexão saúde, bem-estar/mal-estar e termalismo, tendo em conta dimensões históricas, sanitárias, políticas, sociais, culturais, económicas, aspirações humanas e manifestação de novos meandros que atravessam estas problemáticas, procurou relevar as transformações de que estas vertentes da vida têm vindo a ser alvo e o seu impacto social e sanitário. As novas aspirações que têm vindo a ser forjadas acerca da integralidade do corpo, da saúde, do bem-estar humano e social, a emergência de um novo quadro de doenças normalmente inscritas na designação de “doenças mentais” ou de “doenças da civilização”, fazem com que se olhe para elas de maneira distinta de há tempos pouco recuados, inclusive no âmbito do termalismo. Poder-se-á, no entanto, retorquir que o recurso ao termalismo enquanto forma de terapia, busca de bem-estar e lazer, vem de tempos de antanho e que muitas pessoas ao longo dos tempos aqui encontraram remédios para as suas maleitas. Só que a nosografia das doenças, as respetivas concepções, as políticas de saúde, a pluralidade das terapias, as ofertas do mercado de saúde e bem-estar, as representações acerca do corpo da saúde e do bem-estar adquirem nas sociedades hodiernas outros contornos e significados a que o termalismo tem sabido ajustar-se. É neste contexto que as respetivas ofertas, a par de outras inseridas em modalidades menos diretivas da gestão da saúde como tem vindo a ser reconhecido pelo conjunto de observadores do campo da saúde (Fassin, 2001), fazem apelo a públicos mais selecionados e com mais capacidades de opção por esta ou outras modalidades de cuidados.

Referências bibliográficas

- ANTUNES, Ricardo (2014), “Desigualdades sociais, desigualdades de saúde”, in Maria Engrácia Leandro e Ricardo Monteiro (orgs), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*. Viseu, Psicosoma, pp. 128-146.
- BICHAT, Xavier (org.) (1800), *Histoire de la médecine*, Paris, Brosson.
- BOURDIEU, Pierre (1979), *La Reproduction*, Paris, Éd. de Minuit.
- CANGUILLEM, George (1978), “Une pédagogie de la guérison est-elle possible?”, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 17, pp. 18-27.
- CANTISTA, António (2008-2010), *Anales de hidrologia médica*, 3, pp. 79-107.
- CASTEL, Robert (2003), *L'insécurité sociale*, Paris, Seuil.

- CRAWFORD, Richard (1984), “A Cultural Account of ‘Health’: Control, Release and the Social Body”, in J. B. Mckinlay, *Issues in the Political Economy of Health*, London, Tavistock, pp. 60-103.
- DOMERGUE, Claude (1992), *Points de repères sur le Nouvel Age*, Paris, Ed. l’Emmanuel.
- DRULHE, Marcel (1996), *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF.
- EHRENBERG, Alain (1998), *La fatigue d’êtresoi*, Paris, Odile Jacob.
- FASSIN, Didier (1996), *L’espace politique de santé*, Paris, PUF.
- FASSIN, Didier (dir.) (2001), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- FEINBERG, Jack (1973), *Social Philosophy*, Englewoold Cliffs, Prentice-Hall.
- FOUCAUT, Michel (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- FOURASTIÉ, Jean (1979), *Les trente glorieuses*, Paris, Fayard.
- GRIFFIN, Jack (1986), *Well-Being. Its Meaning, Measurement and Moral Importance*, Oxford, Clarendon Press.
- HARTMAN, Cherry (1987), *Be good to yourself therapy*, Indiana, Abbey Press.
- HERZELICH, Clauduine; PIERRET, Janine (1991), *Maladies d’hier, maladies d’aujourd’hui*, Paris, Payot.
- ILLICH, Ivan (1975), *Némésis médicale*, Paris, Ed. Du Seuil.
- LAZORTHES, Guy (1991), *L’Homme, la médecine, le médecin*, Paris, Mason.
- LEANDRO, Maria Engrácia (1995), *Familles portugaises. Projets et destins*, Paris, L’Harmattan.
- (2014), “Saberes de saúde. Teorias e usos sociais”, in Maria Engrácia Leandro e Baltazar Ricardo Monteiro (orgs), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicossoma, pp. 67-112.
- LEANDRO, Maria Engrácia; BAUMANN, Michèle (2015), “Interconfluências: família, género e saúde nas malhas das mudanças”, in Maria Engrácia Leandro, Fernanda Nogueira e José Machado (orgs), *Saúde e seus dilemas. Teorias e práticas familiares de saúde*, Famalicão, Húmus, pp. 21-52.
- LE BRETON, David (1990), *Anthropologie du corps*, Paris, PUF.
- LERICHE, René (1937), *Chirurgie de la douleur*, Paris, Masson.
- MONTEIRO, Baltazar (2006), *O fenómeno da desospitalização*, Tese de doutoramento em Sociologia das Organizações, Braga, Universidade do Minho.
- PERIS-ORTIZ, Marta; ALVAREZ-GARCIA, José (eds.) (2014), *Health and Wellness Tourism. Emergency of New Market Segment*, Spain, Ststronger.
- SARTRE, Jean-Paul (1961), *La méthode*, Paris, Gallimard.
- SEN, Amartya (1985), *Commodities and Capabilities*, Amesterdam, North-Holland.

SICOT, François (2014), “Sociologia da saúde mental”, in Maria Engrácia Leandro e Baltazar Ricardo Monteiro (orgs.), *Saúde no prisma da sociologia. Olhares plurais*, Viseu, Psicosoma, pp. 184-207.

THOMAS, Louis-Vincent (1991), *La mort en question. Traces de mort, morts des traces*, Paris, L’Harmatan.

Maria Engrácia Leandro (autor de correspondência). Professora Catedrática e investigadora do CIES/Instituto Universitário de Lisboa (Lisboa, Portugal). Endereço de correspondência: Rua Dr. Mário de Castro, 24, 2500-194 Caldas da Rainha, Portugal. *E-mail*: maria.eng.leandro@gmail.com.

Ana Sofia da Silva Leandro. Assistente social – SONAE.
E-mail: analeandro@portugalmail.pt

Artigo recebido a 28 de fevereiro de 2015. Publicação aprovada a 30 de junho de 2015.