

A saúde e o “homo economicus”

JOSÉ MANUEL E. HENRIQUES

A problemática das necessidades humanas não tem suscitado, nos tempos mais recentes, muito interesse no seio das Ciências Sociais. A análise das condições sociais globais que facilitam, ou bloqueiam, a diminuição da sua insatisfação não tem conhecido aprofundamento teórico significativo.

Porém, é exactamente em torno desta problemática que algum consenso se vem registando na tentativa de redefinição do conteúdo da própria problemática do desenvolvimento.

As reflexões que seguem procuram contribuir para uma reabilitação das necessidades humanas como objectivo de análise. Assumir-se-á como axiomática de referência que a satisfação das necessidades humanas constitui a razão de ser para a existência de qualquer sociedade. Consequentemente, parte-se do princípio de que a responsabilidade primeira da investigação em Ciências Sociais é a de contribuir para que tal satisfação efectivamente se verifique.

Já noutro lugar foi possível um aprofundamento desta questão (Henriques, 1983). Foi aí possível mostrar que, se se admitir que a satisfação das necessidades humanas constitui a razão de ser para a existência de qualquer sociedade, e se se admitir ainda que o conceito de ‘sobrevivência’ constitui o núcleo central do conceito de ‘necessidade básica’, a problemática da ‘saúde’ readquire um estatuto conceptual central para as Ciências Sociais.

Colocam-se por esta via desafios à Teoria Económica. Algumas interrogações permitem enunciar as preocupações centrais das reflexões propostas neste texto:

a) existirá um divórcio conceptual entre a abordagem da organização do sistema produtivo e a abordagem da satisfação de necessidades que torne conceptualmente possível que a um aumento da produção e do consumo possa corresponder um aumento da insatisfação de necessidades?

b) será possível que a acentuação da insatisfação de ‘necessidades básicas’, expressa no agravamento de estados patológicos ou na acentuação da dependência face ao sistema médico, possa ser expressão das consequências socio-espaciais da organização do processo produtivo?

c) poderá tal insatisfação persistir apesar de aumentos significativos na produção e no consumo de cuidados médicos?

d) o aumento da produção e do consumo de cuidados médicos, como forma exclusiva de responder à ausência de saúde, poderá conduzir à acentuação da medicalização de sintomas e, consequentemente, à manutenção de formas patogénicas de existência social (controlo social médico de condições insalubres de existência)?

e) poderá a ‘produção social’ de insatisfação de ‘necessidades básicas’, resultante da subordinação da organização social a critérios de eficiência produtiva, tornar-se financeiramente in comportável, se assentar no aumento da produção pública e privada de cuidados médicos como forma indirecta de impedir a quebra dos níveis de produtividade do trabalho (assistência médica nas afecções agudas, crónicas e nos acidentes)?

f) os pressupostos sobre o comportamento humano em que assenta a Teoria Económica (quer pela imaturidade intelectual, moral e afectiva do Homo Economicus, quer pela sua desinserção social e isolamento), poderão legitimar formas de intervenção do Estado na vida social eventualmente facilitadoras do agravamento de situações economico-sociais patogénicas?



José Manuel E. Henriques é economista, assistente no Instituto Superior de Economia

1. A insatisfação evitável e inevitável das necessidades humanas

1.1. A natureza das necessidades humanas

As necessidades humanas têm em parte origem biológica, e em parte, origem no processo de socialização, têm, por um lado, origem no ambiente e, por outro, no indivíduo, algumas necessidades são factos outras serão interpretações (Lederer, 1979). Ou seja, as necessidades humanas resultam de uma complexa interdependência entre os aspectos de ordem biológica, cultural e psico-social. Consequentemente, os indivíduos poderão experimentar necessidades de que não têm consciência e estão presentes nas suas motivações, atitudes e comportamentos, assim como podem ter consciência de necessidades que o não são de facto.

Factores de ordem cultural, económica ou psico-social podem interferir:

a) na génese de necessidades (modos de vida, condições de trabalho, necessidades de equipamentos colectivos decorrentes da desorganização da vida socio-comunitária, necessidades de transporte causadas pela segregação funcional do espaço urbano-metropolitano, necessidades de cuidados médicos provocadas por uma organização do quotidiano que sujeite a 'stress' persistente, etc.);

b) na facilitação, ou no bloqueio, da tomada de consciência de necessidades e da sua insatisfação ('conscientização' dos problemas v.s. 'alienação' no consumo material);

c) e na adopção, ou não, dos comportamentos mais adequados à sua satisfação, a partir da interpretação subjectiva das causas de 'mal-estar' e das formas de o ultrapassar (procura da convivência solitária, da comunicação inter-pessoal, da participação cultural e política, do consumo material, etc.).

Assim a determinação precisa das 'necessidades humanas' não implica somente, o conhecimento dos aspectos históricos, culturais, políticos, económicos e sociais associados a uma população residente num território concreto. Essa determinação implica, igualmente, um conhecimento global sobre a forma concreta como esses diferentes aspectos se articulam entre si no quotidiano 'vívado', assim como, sobre as representações colectivas e individuais dessas populações sobre esse seu quotidiano (Lederer, 1979).

1.2. Génese social da 'interiorização'

· Face à inexistência de uma teoria das necessidades humanas aceite de um modo generalizado, e face à ausência de um tratamento satisfatório da problemática das necessidades humanas no seio das diferentes Ciências Sociais Schwefel (1979) encontrou no conceito de 'interiorização' o instrumento das contribuições da Psicologia e da Sociologia.

Tomando, como exemplo, a escola de Frankfurt e a escola estrutural-funcionalista, Schwefel conclui que, se os objectos da Psicologia e da Sociologia não se distinguem apenas pelo nível de abstracção, a grande operacio-

nalidade para a integração complementar das duas Ciências é efectivamente garantida pelo conceito de "interiorização". Freud encontrava na concepção do "super-ego" a expressão da "interiorização" pelo indivíduo de uma estrutura normativa, em contradição com o princípio individual do prazer. O "super-ego", em Freud, não é explicável através de necessidades individuais. Surge no decurso do desenvolvimento psicológico da repressão da pulsão individual de prazer. Fromm (1966), mostra como o homem, adaptando-se (conflitualmente) às condições sociais, passa a desejar, e querer, agir tal como tem que agir.

Existirá, assim, uma dimensão estrutural da problemática da insatisfação de necessidades que radica no conflito indivíduo-sociedade. Tais necessidades tornar-se-ão 'insatisfactíveis'. Encontra-se nestas posições o pressuposto de que existe entre indivíduo e sociedade uma contradição essencial. Uma contradição que persistirá muito embora se trate de dois aspectos do mesmo humano.

1.3. Génese histórica da 'interiorização'

A génese histórica e social da "interiorização" traduz-se por um aumento crescente da pressão social para o auto-controlo, ou seja o aumento da pressão social para a "interiorização" do controlo social. Este fenómeno encontra-se associado a transformações profundas na qualidade dos afectos e das atitudes, na relação dos humanos entre si e consigo próprios. Alguns autores debruçaram-se sobre a génese histórica do processo de "interiorização". Elias (1969) analisa o processo resultante da interdependência entre os humanos, processo que, não sendo racionalmente planeado, contém em si uma ordem concreta, subjacente à "mudança social", a qual designa por "processo de civilização". Caracterizado pelo aumento crescente da pressão social para o auto-controlo, ou seja, pelo aumento da pressão social para a "interiorização" do controlo social, o "processo de civilização" encontra-se associado a transformações na qualidade dos afectos e das atitudes, na relação dos humanos consigo próprios e entre si. Fromm (1966), também ele analisa o processo histórico de 'individualização' da Reforma aos nossos dias. Caracterizado pela libertação dos indivíduos das suas ligações tradicionais, e, consequentemente, pelo reforço do "eu", este processo de isolamento individual crescente estaria, por sua vez associado à interiorização de mecanismos de auto-controlo.

Subjacente ao "processo de civilização" há, portanto, para estes autores, um processo caracterizado pelo reforço da pressão social para o auto-controlo, pela "individualização", pela perda da referenciação socio-comunitária e sua substituição pela referenciação individual. Este processo, associado com um isolamento e perda de segurança crescentes, estaria, por sua vez, associado a uma angústia existencial crescente. Um processo global e multifacetado, que se caracteriza, no essencial, pelo reforço da "interiorização" de mecanismos de auto-controlo, traduzindo uma conflitualidade crescente, no mesmo humano entre as suas dimensões individual e social.

Consequentemente, a compreensão da gênese social e histórica da "interiorização" leva a admitir:

I) a possibilidade da gênese social de necessidades assim como da sua insatisfação (somatização de conflitos entre a personalidade individual e as "normas sociais" etc.);

II) a possibilidade da gênese social da consciência, e da não consciência, de necessidades e da sua insatisfação;

III) a possibilidade da gênese social da interpretação das causas da insatisfação e da identificação dos comportamentos mais adequados à sua resolução, ou seja, da interpretação subjectiva das causas de "mal-estar" individualmente experimentado de acordo com as "normas sociais".

Assim, formas de condicionamento social podem conduzir a uma interpretação subjectiva de insatisfação exclusivamente como insuficiência de consumo e à não consciência de necessidades socialmente não aceites (Leiss, 1978). O reforço da pressão social para a interiorização do controlo social pode, ainda, conduzir a formas de bloqueio emocional e a dificuldade crescente de raciocinar de formas não "normalizadas".

1.4. Gênese social e histórica de 'bloqueios emocionais' individuais

A investigação recente em psicossomática tem demonstrado que "bloqueios emocionais" poderão ter origem histórica e social e poderão repercutir-se na instalação de necessidades humanas, nomeadamente, em formas patológicas de grande gravidade (Capra, 1982, Fromm, 1960, Lowen, 1980, Mitscherlich, 1966). O recalcamento da tristeza e de conflitos emocionais graves têm sido encontrados em associação com o desencadear de perturbações do sistema imunológico, nomeadamente, em doentes de cancro (Capra, op.cit.).

Bloqueios emocionais resultantes da "interiorização" do controlo social estão associados à tendência para o recalcamento do sofrimento individual que decorre na civilização ocidental do recalcamento da fragilidade e da fraqueza como condições da existência humana em sociedade (Richter, 1981); ora, os processos de "civilização" e "individualização" caracterizam-se, exactamente, pela acentuação de sentimentos de angústia perante a pequenez, a impotência e a ameaça de destruição que acompanham a existência individual; o recalcamento do sofrimento individual manifesta-se para Richter na tendência para a "fuga" para o consumo material e para o crescimento de patologia psíquica e psicossomática que acompanham o progressivo isolamento individual colectivo.

1.5. "Falsas" necessidades ou consciência deslocada de necessidades "verdadeiras"?

Admitir a gênese social e histórica da 'interiorização' de "normas sociais", e de bloqueios emocionais obriga a questionar a legitimidade de uma distinção formal entre necessidades "verdadeiras" e "falsas".

"Necessidades verdadeiras" encontram, para Schweffel (1978), a sua legitimidade, na gravidade das consequências da privação prolongada da sua satisfação, quando essa privação possa ser considerada como evitável face ao estágio de desenvolvimento e aos recursos disponíveis numa sociedade. Exemplificando, no campo da alimentação, as consequências da insatisfação de necessidades 'verdadeiras' poderão traduzir-se sob a forma de deficiência mental ou incidência mais elevada de doenças infecciosas.

"Necessidades verdadeiras" só encontram o seu significado real em relação íntima com o 'vivido' quotidiano e com a consciência que sobre elas têm as populações que as experimentam. "Necessidades verdadeiras", poderão não ser passíveis de expressão sob a forma de procura, nem a sua satisfação ser redutível a comportamentos de consumo. Por outro lado, "necessidades verdadeiras" poderão não ser conscientes, assim como poderão não ser conscientes as atitudes necessárias à sua satisfação. Contudo, a consciência possível sobre a realidade "vivida" poderá ser um ponto de partida para a identificação de necessidades verdadeiras, nomeadamente, em torno de problemas "vividos" e conscientemente sentidos como tal (ainda que possam corresponder a uma consciência deslocada ou "alienada").

Frequentemente se assiste à classificação de necessidades como "falsas", pretendendo-se designar aquelas necessidades que surgem mais visivelmente associadas aos estímulos publicitários. Porém, em sociedades capitalistas, a questão não estará em saber se elas são mais ou menos socialmente "produzidas", mas sim em saber se mecanismos de ordem socio-institucional podem interferir na interpretação subjectiva de insatisfação. Ou seja, tratar-se-ia de indagar se os sujeitos são levados a interpretar estados vivenciais de insatisfação como ausência de consumo quando na sua natureza íntima se trate de necessidades cuja insatisfação é estruturalmente determinada pela conflitualidade indivíduo-sociedade. Exemplificando, a "alienação" no consumo poderia ser levada a "substituir" a frustração pela ausência do sentimento de pertença e a angústia do isolamento que acompanham a dissolução dos laços da vida socio-comunitária. É aqui que poderá interferir a publicidade. Não interfere "produzindo" necessidades mas "sugerindo" a diminuição de insatisfação inevitável através da apropriação das características que são associadas aos produtos publicitados. Quando a publicidade abandona a informação sobre a qualidade dos produtos e conota a sua posse com necessidades socialmente reprimidas, receios existenciais (medo do envelhecimento, da rejeição social, etc.) ou argumentos de autoridade (qualidade cientificamente comprovada, etc.) actua naquele sentido (Meixener, 1979).

1.6. Insatisfação das necessidades humanas e reprodução da "ordem social"

Como se viu, a problemática das necessidades humanas encontra-se, atravessada pela bipolaridade conflitual entre os aspectos individuais e sociais da existência humana em sociedade. A "interiorização" de normas de comportamento e do controlo social é, pois, um aspecto

central de um aprofundamento da problemática da insatisfação das necessidades humanas, em que, naturalmente, a diferentes "ordens sociais" corresponderão diferentes tipos de "normas" interiorizadas. Naturalmente, não se poderá esperar que "normas sociais" encontrem explicação em si mesmas. Elas encontram o seu sentido na "ordem social" a reproduzir, ordem essa que encontra a sua razão de ser na satisfação de necessidades humanas. Paradoxalmente, tais "normas" condicionam a possibilidade de satisfação de algumas necessidades, para que outras necessidades possam efectivamente ser satisfeitas. A conflitualidade indivíduo-sociedade não poderá ser dissociada da problemática das relações sociais e de poder no seio da sociedade.

2. A insatisfação evitável de necessidades humanas básicas

Ao conceito de "necessidade básica" está frequentemente associado uma ideia de urgência e prioridade. Porém, é na insatisfação de "necessidades verdadeiras" que se poderá encontrar o ponto de partida para um aprofundamento conceptual do conceito de "necessidades básicas". O conceito de "necessidades básicas" pode ser entendido como critério de orientação e referência em abordagens de contextos comunitários no seio dos quais se expressam sintomas de "necessidades verdadeiras" (c.f. 15.), isto é, necessidades cuja não satisfação põem em risco a sobrevivência colectiva e individual (Schwefel, 1978; Galtung, 1980; Lederer, 1980). Os referidos sintomas surgem articulados com problemas sentidos como fundamentais, problemas cuja *causa* deverá constituir ponto de partida de uma abordagem desta problemática.

2.1. Necessidades "básicas" e "não básicas"

É por esta forma que o conceito de sobrevivência surge, para Schwefel (1978) como núcleo central do conteúdo do conceito de "necessidades básicas". Trata-se, para ele, de um conjunto de necessidades básicas, interdependentes entre si, cuja satisfação se expressa pela garantia da sobrevivência material. Para este autor, todas as outras necessidades humanas não são passíveis de apreensão técnica e remetem para a problemática da democracia participativa. Galtung (1980) escreve que quando uma necessidade humana básica não é satisfeita terá lugar qualquer forma de desintegração fundamental. A nível individual esta desintegração poderá expressar-se sob a forma de mortalidade ou morbilidade, em termos somáticos ou psíquicos. Para Galtung, o termo "básico" tem por finalidade qualificar algo que tem que ser satisfeito para que um indivíduo possa existir como ser humano. Daí a sua proposta de, citando Sicinski, hierarquizar as necessidades em função do grau de destrutividade da sua não satisfação (op.cit.).

O termo básico poderá, assim, ser utilizado para qualificar necessidades cuja não satisfação se considera pôr em risco a integridade humana, nomeadamente, cuja satisfação se considera constituir uma condição necessária para a sobrevivência humana num quadro de valores

sociais e culturais específico. Se a máxima destrutividade da insatisfação encontra na morte a sua expressão última então, e em síntese, a garantia da sobrevivência material constituirá o núcleo central da dimensão básica das necessidades humanas.

Porém, trata-se de uma acepção do conceito de sobrevivência não dissociável do sistema de valores básicos de uma sociedade concreta, e que remete, em última análise, para o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). Recorde-se que a OMS propõe um conceito de saúde não redutível à mera ausência de doença, e se reporta a estados caracterizados por aquilo que designa como "bem-estar físico, psíquico e social".

Consequentemente, a persistência de formas evitáveis de mortalidade e morbilidade face aos recursos existentes em determinada sociedade histórica concreta poderão constituir sintomas indicativos da persistência de insatisfação evitável de necessidades humanas básicas.

2.2. Necessidades "mais" e "menos" básicas

A utilização corrente do conceito de "necessidades básicas" pressupõe uma hierarquia das "necessidades humanas". Tal pressuposto radica na herança conceptual dos trabalhos pioneiros de Maslow. Não se trata somente da distinção entre necessidades "básicas" e "não básicas", mas do pressuposto de que existe um conjunto de necessidades identificáveis e hierarquizáveis, permitindo distinguir necessidades "mais básicas" que outras. De um modo geral existiriam necessidades "mais básicas", de carácter essencialmente "fisiológico" e material, e outras, "menos básicas", de carácter "psicológico" e não material.

Em sociedades onde existem casos extremos de privação material generalizada, esta concepção tem o mérito indiscutível de permitir uma orientação dos esforços em função das prioridades das prioridades. Contudo, do ponto de vista conceptual, concepções hierárquicas das necessidades humanas podem legitimar o desprezo pelas necessidades não materiais, servir objectivos políticos de preservação do "status quo" e fundamentar concepções desumanizantes da sociedade. Não se trata de negar a existência de prioridades. Trata-se de relativizar o contributo de qualquer teoria das necessidades humanas que defenda a universalização de prioridades (Galtung, 1980).

Então, e a propósito de "necessidades básicas" trata-se menos de "coisas em si" e mais da sua "qualidade social". Trata-se menos dos "produtos" que os humanos precisariam para satisfazer as suas necessidades, e mais da institucionalização dos processos adequados globalmente à satisfação da multidimensionalidade dessas necessidades (Lederer, 1979). A implementação de processos facilitadores da democracia participativa e da reconstrução da vida socio-comunitária poderá ser tão "urgente" quanto a garantia da sobrevivência material.

Desta forma, não parece haver fundamento suficiente para a sustentação de uma concepção hierárquica de "necessidades básicas". Não se afigura legítima a distinção formal entre necessidades mais e menos básicas (Galtung 1980; Lederer, 1979). O conceito de "necessidades básicas" não parece poder ser usado, no sentido da

definição de objectivos prioritários relativamente ao output do processo produtivo nem no sentido da identificação e hierarquização de necessidades de satisfação prioritária.

Não sendo defensável a universalização de prioridades e consistindo o núcleo central da problemática das "necessidades básicas" na garantia da "sobrevivência", ou seja da vida saudável, tratar-se-á de analisar o problema da "satisfação de necessidades básicas". O facto de a ausência de saúde ser considerada como expressão da insatisfação de "necessidades básicas" isso não implica a sua redução conceptual à chamada problemática da "satisfação de necessidades básicas de saúde", principalmente, quando com tal expressão se pretende referir a garantia da acessibilidade real na doença (física, económica e social) aos cuidados médicos. Tratar-se-á de uma condição necessária mas não suficiente. Illich e Capra (Illich, 1975; Capra, 1982) enfatizam o carácter decisivo das condições sociais gerais de existência para o nível de saúde de uma população. Illich (op.cit.) sublinha a reduzida eficácia do sistema médico, e Capra (op.cit.) acentua os riscos para a saúde decorrentes da ausência de uma "visão global e sistémica da vida".

2.3. Acção humana para a diminuição da insatisfação de "necessidades básicas"

As necessidades humanas básicas não podem ser, assim, satisfactíveis exclusivamente através de comportamentos de consumo. A motivação humana para a satisfação de necessidades não poderá ser restringida a comportamentos de consumo exclusivamente determinados por formas de motivação exógena em função de estímulos externos. A interpretação subjectiva de insatisfação e a elaboração colectiva e individual sobre as causas dessa insatisfação podem conduzir a comportamentos orientados por formas de "motivação endógena" na participação consciente na vida colectiva (mobilização política, solidariedade social, participação cultural, etc.).

A problemática da satisfação de necessidades humanas básicas não se identifica, por outro lado, com o reforço da intervenção estatal nos chamados sectores sociais. A intervenção directa do Estado na produção de valores de uso nos chamados "sectores sociais" através da criação de equipamentos colectivos (saúde, educação, segurança social), só por si, pode não ser garantia de maior satisfação de necessidades básicas. Pode mesmo conduzir à perpetuação de situações estruturalmente determinantes de formas de insatisfação. A expressão psicossomática de conflitos emocionais no trabalho, latentes e, eventualmente, não consciencializados, pode conduzir, por exemplo, a necessidades crescentes de cuidados médicos. A redução conceptual da problemática da saúde à da medicina, ainda que sob a forma da produção pública de cuidados médicos, favorece a legitimação do controlo social da expressão individual dos conflitos sociais através da medicalização de sintomas. A destruição latente da saúde conduz, assim, e inevitavelmente, ao reforço da dependência do sistema médico, ainda que ocorra a par de um reforço da intervenção pública na produção de valores de uso no sector da saúde.

Possivelmente, existirão sempre dimensões inevitá-

veis de insatisfação de necessidades básicas. Nestes casos, o problema não reside, obviamente, na sua satisfação mas sim na não alienação da insatisfação, ou seja, na consciência crítica da insatisfação e das suas causas. O problema está no não deslocamento da insatisfação estrutural para o consumo, paralelamente com o controlo social (médico) da insatisfação de necessidades "verdadeiras". Esta atitude implica a reconhecimento da dimensão não-individual do comportamento humano individual, e o problema coloca-se, assim, na minimização da produção social de insatisfação e na identificação do quadro social que melhor propicie a elaboração individual e colectiva da satisfação possível e da insatisfação inevitável, a partir da consciência da sua natureza.

Tal reflexão afasta-se de uma sua redução conceptual à problemática da produção de bens e serviços. E, se a saúde readquire um estatuto central na problemática da insatisfação das necessidades humanas isso não pressupõe a sua redução ao respectivo "sector".

3. Saúde, doença e medicina

Dado que a insatisfação evitável de "necessidades básicas" remete, em última análise, para a mortalidade e morbilidade evitáveis, torna-se necessária alguma reflexão sobre os conceitos de "saúde" e de "doença" e sobre a função social da Medicina face à "doença" e à ausência de saúde.

No essencial, interessará enquadrar o significado da "ausência de saúde" como sintoma da insatisfação de "necessidades básicas". Interessará, saber como se diferencia o conteúdo dos dois conceitos. Interessará, por último, ver que, se a "ausência de saúde" poderá não corresponder, necessariamente, a estados patológicos, uma concepção de promoção da saúde exclusivamente centrada no sistema médico pode conduzir a um reforço da dependência social e estrutural face ao sistema médico. Esta dependência pode ser incompatível com a preservação da saúde de uma população.

Se se admitir que pode existir uma dimensão "socialmente produzida" do estado "patológico", torna-se possível a insatisfação persistente de "necessidades básicas" com um acréscimo de intervenção pública no sector da saúde. Tal solução, além de se tornar, a prazo, financeiramente incomportável, pode tornar-se, bloqueadora da transformação das condições sociais de existência responsáveis pela inviabilidade da "vida saudável".

3.1. Saúde e sua ausência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental, e social", não consistindo apenas na ausência de doença ou enfermidade'. A definição não permite a sua concretização em operacionalidade imediata mas deixa claro que não se pode mais continuar a reduzir a conceito de saúde à simples não existência de doença. Saúde e doença correspondem a estados vivenciais distintos em que o primeiro se caracteriza por uma atitude positiva e autónoma perante a vida.

A saúde do Homem tem uma existência socialmente

definida, identificando-se com a cultura de que fala a Antropologia. A saúde identifica-se com o "programa de vida" que permite aos membros de uma comunidade terem consciência da sua fragilidade, terem capacidade de lhe fazer face e assumirem a responsabilidade da transformação do seu meio. Orientando o comportamento a cultura determina a saúde ao elaborar e definir um modo particular de se ser humano e são, de gozar, de sofrer e de morrer (Illich, 1975).

A falta de saúde não depende apenas de um estado patológico.

3.2. Doença e doentes

A doença, tal como a conhecemos, resulta, para Caldeira (Caldeira, 1976), da articulação de um certo sofrimento com uma definição e um comportamento social (a construção social do conceito de doença). O contexto social surge como tão importante para predizer o comportamento de um doente como a natureza ou a gravidade do seu estado. Independentemente de um critério científico para definir o que se poderá entender por doença, é necessário ter em conta a importância decisiva da construção social do conceito de doença. Aquilo a que se chama doença difere de sociedade para sociedade. Muitos sofrimentos são doenças para a medicina ocidental, e muitas doenças da medicina primitiva não são conhecidas entre nós.

Por outro lado, quem adoece são pessoas concretas. A doença não existe desinserida do contexto em que pessoas e comunidades encontram os condicionamentos materiais e sociais à sua existência. A doença, como fonte de perturbação e de desequilíbrio do ser humano na sua totalidade bio-físico-social, assume uma grande importância em todas as culturas e sociedades, e todas criam sistemas de protecção contra ela. Estes permitem determinar quais os indivíduos doentes, qual a origem da doença, e qual a terapêutica adequada para os restituir à vida normal. Nas sociedades contemporâneas é à medicina que cabe esse papel.

Devido à especificidade e multidimensionalidade do "processo de adoecer" haverá que ter em conta que, associados com o conceito de doença, se encontram os conceitos de "normal" e "patológico". O estado patológico, na medida em que está ligado aos valores e normas da sociedade, caracteriza-se não por um desvio em relação a uma norma mas sim pela incapacidade de uma certa autonomia no seio do sistema social. A falta de saúde, ou o estado patológico, não se manifesta, pela "anormalidade" mas sim pela incapacidade da autonomia.

3.3. Os doentes e o "poder médico"

A doença, tal como qualquer ataque à integridade de uma pessoa, provoca uma reacção de protecção de tipo regressivo. A relação cuidador-cuidado reproduz um modo de relação análogo à posição da criança em relação ao adulto que se ocupa dela. O doente toma atitudes infantis com redução tempo-espacial (vive no momento presente e no espaço próximo, não suporta a espera), com egocentrismo (o doente encara todo o mundo em relação a si e não consegue colocar-se no lugar de outra

pessoa; não imagina que os outros possam também estar doentes ou cansados) e com dependência (o doente precisa dos outros e, tal como na criança, essa dependência pode tornar-se numa tirania). É associada com esta protecção de tipo regressivo que interessa relacionar a problemática do "poder médico". Só nesse contexto ela adquire o seu significado social particular. Tanto mais que na doença de pessoas concretas interfere sempre a complexidade e a multidimensionalidade da existência humana em sociedade. As pessoas vão ao médico porque sofrem. O médico intervém numa situação de crise e a sua intervenção é vivida de forma ambivalente. O médico tem o poder de curar e de provocar a morte. É face a este poder que deve ser entendida a perda de autonomia da pessoa que se sente doente (Caldeira, 1976).

A insatisfação de "necessidades básicas" poderá manifestar-se sob a forma de estados patológicos ou de estados de mera ausência de saúde. Esses estados patológicos poderão eles próprios ser indicadores de situações de conflito latente face às condições materiais de existência (patologia psicossomática, etc.). Na ausência de estados patológicos, a ausência de saúde remete para a perda de autonomia e consequente dependência do sistema médico.

3.4. Saúde e medicina: controlo social da expressão da "doença" e da "normalidade"

Nas sociedades contemporâneas industrializadas a medicina, como ciência e como instituição, detém o poder de determinar o que é doença e qual é a terapêutica adequada. A medicina "oficializa" a doença, legítima os actos do doente enquanto doente, cria a doença como "papel social" (Caldeira, 1976). Quando a medicina rotula alguém como doente isso implica uma perturbação da relação do indivíduo com a sociedade a que pertence. Com o declínio da religião a medicina tem vindo a tomar uma importância crescente no sistema social, quer directamente relacionada com doenças propriamente ditas, quer com a crescente insatisfação socio-cultural e económica das pessoas e orientando a sua intervenção pelo mito de que o bem-estar exige a eliminação da dor (sofrimento), a correcção de toda a anomalia, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte. A dor, a enfermidade e a morte, de experiências essenciais à existência humana foram transformadas em obstáculos ao bem-estar, justificando o recurso a consumos médicos crescentes cuja produção é monopolizada pelo sistema médico (prestação de serviços, indústrias médicas, indústria farmacêutica, etc.). O homem transforma-se em mecanismo frágil, submetido a uma contínua reparação, e a saúde adquire um estatuto clínico, tornando-se na ausência de sintomas clínicos. A boa saúde é associada aos padrões clínicos de "normalidade" (Illich, 1975). A existência de doenças predominantemente orgânicas permite justificar o poder dos médicos e do conjunto da estrutura sanitária sobre a população e o desvio da doença para o sector mercantil da medicina e da farmácia; o medicamento é, por vezes, eficaz, mas é sempre uma mercadoria, e submetido à racionalidade económica subjacente à lógica da sua produção (Caldeira, 1976).

Na medida em que a insatisfação de "necessidades básicas" se traduza pela ausência de saúde essa situação poderá coexistir com a ausência de estados patológicos propriamente ditos.

É, contudo, a possibilidade desta situação de perda de saúde irresolúvel através do reforço da intervenção do sistema médico que interessará confrontar com os conceitos de iatrogenese clínica, social e estrutural sugeridos por Ivan Illich.

3.5. Iatrogenese clínica, social e estrutural

Illich (1975) analisa o conflito existente entre o doente e o sistema médico do ponto de vista da iatrogenese, distinguindo uma iatrogenese clínica, uma social e uma estrutural.

A iatrogenese clínica corresponde aos danos causados pelos profissionais de saúde directamente sobre os doentes, e devido a uma concepção de medicina equivalente a uma engenharia, e em que o doente é equiparado a uma máquina, como um conjunto de peças distintas que haverá que reparar por intermédio da intervenção terapêutica.

A iatrogenese social consiste na dependência da população relativamente às instituições de assistência médica. Escreve Illich: "A proliferação de instituições médicas, por muito seguras que sejam, desencadeiam um processo social patogénico. O excesso de medicalização transforma a capacidade de adaptação em disciplina massiva de consumo médico".

Finalmente, a ligação e a fidelidade crescente face à terapêutica afectam o estado de espírito colectivo de uma população. Uma procura idolatra de "protecção médica" substitui a confiança na força de recuperação e de adaptação biológica, o sentimento de se ser responsável pela eclosão desta força e da confiança na solidariedade humana que dará apoio na cura, na enfermidade e no declínio. A esta regressão estrutural do nível de saúde, entendendo-se esta como o poder de adaptação do ser consciente, chama Illich, iatrogenese estrutural.

Navarro (1978), tece críticas à posição de Illich. Não se distanciando de Ivan Illich no que respeita à análise dos fenómenos iatrogénicos, Navarro defende que o problema não tem as suas causas no poder das tecnoburocracias médicas. O controlo social e a canalização da insatisfação que Illich designa por iatrogenese estrutural, não obedece, para Navarro, à cultura da medicina e à omnipresença da industrialização. As tecnoburocracias médicas limitam-se a cumprir a sua função de legitimar e proteger o sistema e suas relações de poder.

3.6. Controlo médico da insatisfação evitável de "necessidades básicas"?

Entretanto, novas formas de insatisfação de "necessidades básicas" emergem com a complexidade crescente da organização social. Problemas cuja solução não pode ser equacionada **exclusivamente** em termos de reforço da produção de cuidados médicos. Se se procurar sintetizar as posições de Illich e de Navarro, poder-se-á admitir que fenómenos iatrogénicos venham de en-

contro ao processo de acumulação de capital no sector médico (indústria médica em geral, indústria farmacêutica, etc.). A insatisfação de "necessidades básicas" não é incompatível com este processo e não carece da persistência de estados patológicos. A ausência de saúde associada à persistência de fenómenos de iatrogenese social e estrutural seria suficiente.

4. O "homo economicus" e a insatisfação das suas necessidades

Como se adequam os pressupostos da Teoria Económica relativamente à satisfação de necessidades humanas com as reflexões atrás expostas? Como se adequam os pressupostos relativos à estrutura do comportamento humano, na acção, para a satisfação de necessidades, face ao posicionamento atrás desenvolvido?

4.1. Breve síntese dos pressupostos

A natureza está ao serviço do Homem e é por ele controlada. Os indivíduos experimentam necessidades e a Economia assegura a sua satisfação através de uma afectação óptima dos recursos escassos da sociedade. Bens e serviços são tanto mais valiosos quanto a premência das necessidades que permitem satisfazer. Os indivíduos consomem bens e serviços sem dificuldade de escolha entre alternativas (o que implica, entre outros aspectos, a sua proximidade física) e sem que a sua escolha seja influenciada pela sua interacção com outros indivíduos ou outros factores de ordem social. As decisões são, assim, "racionalis", em função de preferências individuais, e cada bem ou serviço pode, em princípio, ser substituído por outro sem que daí resulte perda de utilidade para o consumidor. Os indivíduos estão na posse de informação plena sobre a totalidade de bens e serviços oferecidos em mercado e sobre os respectivos preços. Tem no seu rendimento a única restrição às suas escolhas.

4.2. Necessidades humanas, sua natureza e insatisfação

a) A diferença qualitativa entre necessidades 'satisfacientes' e procura

Schwefel (1978), propõe que, para uma avaliação da eventual diferença qualitativa entre procura e necessidade sejam analisados os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde, pelos economistas da saúde franceses e pelos especialistas ingleses dos serviços da segurança social. A OMS admite para o caso da saúde cinco categorias: necessidades conscientes (tal como os indivíduos delas têm consciência), necessidades definidas profissionalmente (reconhecidas pelos técnicos de saúde), necessidades comprovadas cientificamente (definidas tendo em atenção a multiplicidade de factores em jogo), procura potencial (necessidades sentidas pelos doentes, pelos técnicos e investigadores) e procura expressa (procura concreta e actual). Os estudos franceses de economia da saúde distinguem por um lado a procura

(procura expressa) e, por outro, as necessidades reais (identificáveis através de estudos epidemiológicos) e instrumentais (serviços de saúde). Os serviços ingleses de segurança social distinguem a existência de necessidades normativas (de acordo com "normas") necessidades sentidas (desejos, aspirações e esperanças), necessidades expressas (verbalizadas e manifestadas) e necessidades por analogia (de acordo com o pressuposto da igualdade de oportunidade).

A diferente utilização dos conceitos de procura e necessidade nestas situações permite clarificar a diferença qualitativa entre os dois conceitos. A procura não é suficiente para a identificação de necessidades. Consequentemente, a intensidade da procura não pode ser critério suficiente para a medida do grau de insatisfação. É na relação concreta e funcional entre procura, necessidade e 'satisfacimento' (o que é necessário para a satisfação), que os aspectos económicos dos fenómenos sociais adquirem o seu sentido socio-económico.

b) A escassez de recursos como "produto social"

Se tanto o "excedente social" como a "escassez" podem ser entendidos como "produtos sociais" (Bauer, 1985) a "escassez" não poderá ser critério suficiente para assegurar uma afectação de recursos em função de necessidades de satisfação prioritária. A própria "escassez" poderá ser socialmente produzida enquanto "necessidades básicas" podem permanecer insatisfeitas com uma orientação da procura em função do consumo material de bens e serviços. E podem não lhe ser afectados recursos "escassos" através do simples funcionamento do mercado.

4.3. O comportamento humano individual para a satisfação de necessidades

a) A consciência das necessidades e da sua insatisfação

A consciência individual de necessidades e da sua insatisfação é já hoje dificilmente sustentável como critério exclusivo para a identificação de necessidades (c.f. 1.). Terá que se admitir a génese social e histórica das necessidades assim como da consciência, ou não consciência, da sua insatisfação. Uma Teoria da Utilidade, assente na utilidade individual, que não questione a génese social das necessidades e das preferências e a génese histórica de estruturas de auto-controlo interiorizadas, e, que não tenha em conta os aspectos do 'psicológico' que não encontram explicação com recurso exclusivo à psique humana, torna-se limitada para uma avaliação científica das necessidades de uma população.

b) A interpretação subjectiva de insatisfação e da sua superação através de actividades de consumo.

Na medida em que a interpretação subjectiva da insatisfação e da sua natureza pode ter uma génese social e histórica ela estará fortemente dependente de "normas" e "ideias" dominantes na sociedade. O aumento do consumo material pode coexistir com a acenuação da insatisfação de necessidades. Não só comportamentos de

consumo podem não ser suficientes, como necessidades não satisfactíveis por essa via podem permanecer não conscientes (c.f. 1.).

4.4. "Imaturidade" psicológica do "homo economicus"?

a) A imaturidade intelectual e moral

i) Bauer (1985) mostrou que, à luz da Psicologia Genética, o comportamento do Homo Economicus se aproxima de um comportamento infantil, na transição entre as fases pré-concreto-operacional e pré-convencional, um comportamento egocêntrico e onipotente (pressuposto da informação total e da acessibilidade a todo o mundo dos bens e serviços).

ii) O pressuposto de uma existência estritamente individual e uma referência estritamente egocêntrica no posicionamento face ao "mundo exterior" tornam conceptualmente excluídas todas as formas de comportamento moral, ético e cooperante. O Homo Economicus não tem "consciência moral". A "pertença" a uma comunidade e a "reciprocidade" na relação inter-pessoal tornam-se conceptualmente excluídas.

iii) A inserção social do Homo Economicus é negada. O Homo Economicus desconhece a "vida de relação". É conceptualizado como um "ego" consciente, individual, "separado da realidade" e para o qual "os outros" não existem. Como se para a existência do "eu" não fosse igualmente necessária a existência do "não-eu" para dele o "eu" se poder diferenciar. A desagregação da vida socio-comunitária encontra-se conceptualmente legitimada.

b) A imaturidade afectiva

i) A conceptualização do comportamento humano em termos estritamente funcionais na reacção automática e mecânica a estímulos externos nega a possibilidade da reflexão madura e da "motivação endógena". Uma vez que se admite um comportamento estritamente "racional" e "normal" todas as dimensões não intelectuais (emocionais) da existência humana são excluídas.

ii) Embora se admita nos pressupostos ser o Homo Economicus um "ego" individual e autónomo, que decide racionalmente face a alternativas de acção, o comportamento "normal" (logo "previsível") que se admite é contraditório com aquele pressuposto. Tal comportamento só poderá ser inteiramente "normal" se corresponder a um humano em que as "normas sociais" tenham sido integralmente "interiorizadas". "Interiorizadas" de um modo de tal forma violento que se admite a anulação do "ego" individual como instância mediadora entre o mundo das pulsões instintivas (o "id") e as "normas sociais" "interiorizadas" (o "super-ego"). Exclui-se, assim, conceptualmente, a possibilidade de um comportamento "não-normal" como forma madura da integração social crítica. Se se admitir que "normalidade" é violência "interiorizada" implicitamente se terá que admitir que a Teoria Económica assenta no pressuposto de que o Homo Economicus se "Auto-controla" para não se permitir existir como humano, forçado a garantir a si próprio, um "funcionamento" sem contradições, ou seja, não permitindo a si próprio abandonar-se à vida.

iii) A desinserção social do Homo Economicus, consequência do seu 'egocentrismo', da sua "autonomia" e da sua "liberdade" repercutir-se-ia no seu isolamento, na sua solidão e na angústia existencial resultantes da perda de segurança e da perda do sentimento de pertença. A relação com os outros torna-se-ia "ameaçadora", sendo eles vividos como ameaçadores.

iv) Um comportamento com tais características seria indiciador de uma vida afectiva muito pobre, "narcísica" (egocêntrica), com forte limitação da criatividade e reforçado por estruturas psicológicas infantis referentes à construção do super-ego. Tal comportamento poderia corresponder a um "funcionamento adaptado" sustentável enquanto a "constelação de referências" se mantivesse razoavelmente estável para o indivíduo. A sua alteração resultante da "mudança social" dificilmente poderia encontrar uma adaptação possível por parte do Homo Economicus. Torna-se conceptualmente impossível de admitir a "malcababilidade" do "ego" necessária à adaptação a situações novas.

5. Desafios contemporâneos à economia: a saúde como prioridade

A acentuação da insatisfação evitável de "necessidades básicas" não é só um problema de sociedades "menos" desenvolvidas. Também persiste em sociedades ditas desenvolvidas. Novos padrões de morbilidade e mortalidade surgem associados às condições de vida dessas populações. Basta recordar as condições de vida nas grandes áreas urbano-metropolitanas onde processos de segregação funcional e social no espaço forçam a maioria da população a quotidianos dificilmente suportáveis. A desagregação da vida socio-comunitária, a perturbação da relação inter-pessoal, o "stress" contínuo, o desemprego e a insegurança no trabalho, a mal-nutrição moderna (industrialização da alimentação, envenenamento da natureza) e a poluição, são exemplos da gravidade e da complexidade de alguns problemas contemporâneos com reflexo na insatisfação persistente de "necessidades básicas".

Não será de mais realçar que algumas formas de morbilidade e mortalidade contemporâneas, frequentemente designadas por "doenças da civilização" (patologia psicossomática, doenças cardio-vasculares, cancro, etc.), parecem estarem intimamente relacionadas com a falência do sistema imunológico. A complexidade do problema reside em que o carácter patogénico das condições de vida não decorre apenas de agressões físicas externas aos indivíduos (poluição química, por exemplo) mas da perturbação da capacidade de resistência aos factores externos com origem, por exemplo, em conflitos psico-socio-culturais de ordem emocional. Basta lembrar a angústia de um desempregado que não possa garantir uma alimentação adequada a seus filhos menores, ou a falta de esperança de um jovem perante uma sociedade que lhe não permite perspectivar projectos para o seu futuro.

As condições culturais, sociais e psicológicas subjacentes à falência do sistema imunológico vêm merecendo uma atenção crescente na investigação recente em medicina psicossomática. A própria designação de "patologia psicossomática" é posta em questão. Opta-se

por estudar a presença de factores culturais e socio-psicossomáticos em todo e qualquer "processo de adoecer".

Assim, recolocar a problemática da saúde como objecto central de análise nas Ciências Sociais comporta desafios conceptuais à Teoria Económica. Alguns dos seus pressupostos relativos às necessidades humanas e à sua insatisfação mostram-se, no mínimo, desajustados face à complexidade dos problemas contemporâneos.

As necessidades e sua insatisfação são, em parte, um "produto social", podem não ser conscientes, e a acção orientada para a superação da sua insatisfação pode não ser redutível a comportamentos de consumo material.

A importância da "vida de relação" para a vida saudável e as consequências negativas da sua dissolução na génese de um número crescente de estados patológicos têm sido abundantemente demonstradas (Caldeira, 1979; Capra, 1982; Lowen, 1980). Porém, a Teoria Económica pressupõe a ausência de relação interpessoal e socio-comunitária.

A importância da capacidade de diferenciação individual face às "normas sociais" e ao controlo social numa sociedade doente é particularmente enfatizada por Fromm (1980). No entanto, a "previsibilidade" dos comportamentos em função de estímulos externos pressupõe o reforço do auto-controlo da diferença face à norma.

Tais pressupostos da Teoria Económica podem legitimar que as instituições sociais desempenhem uma função crescente de "normalização" dos comportamentos para que se adequem aos pressupostos. Lembre-se a propósito que, na distinção dos outros animais, o "sapiens" se afirma exactamente pela sua capacidade de não ter que ser "normal", pela capacidade de se comportar de modos diferentes, pela sua exposição a erros, enganos, desconhecimentos e insegurança (Morin, 1973). Neste sentido, se os pressupostos da Teoria Económica servirem de legitimação à intervenção do estado na sociedade orientadas pelo objectivo de subordinar a organização social à eficiência produtiva, tal processo não será incompatível com a acentuação de condições de vida "patogénicas".

Se se admitir a legitimidade da subordinação da organização social aos critérios da eficiência produtiva, e se se admitir que as instituições sociais desempenham um papel significativo na disseminação de valores que cimentem e legitimem tal subordinação, poder-se-á analisar o papel eventualmente "patogénico" desses valores. A subordinação da existência individual e colectiva à "interiorização" de valores como racionalidade, eficiência, especialização, concentração e centralização, aceites como "obviamente positivos", poderá ser analisada à luz dessa preocupação.

Os humanos não podem ser entendidos como meras máquinas autónomas, necessitam dos outros humanos. Necessitam da colectividade da língua viabilizadora da comunicação e para o desenvolvimento das estruturas cognitivas do neo-cortex necessitam do contacto com outros humanos. Para a própria construção da sua identidade o seu "ego" necessita os outros "egos" para deles se distinguir.

Como contribuir em Economia para uma conceptualização adequada sobre os condicionamentos da vida saudável se não se partir dos humanos concretos, na sua realidade histórica, social e territorial, ou seja, no contex-

to em que é vivida a quotidianidade da vida, do trabalho, e da organização dos afectos e do pensamento na relação inter-pessoal e socio-comunitária?

Se a mudança é uma das características essenciais dos fenómenos sociais, e se os humanos manifestam a sua especificidade na mudança das suas ideias, comportamentos e valores, como contribuir para uma conceptualização da problemática da saúde se não se partir da apreensão dos processos de transformação de longo prazo das estruturas sociais e da personalidade individual, e sua expressão nos comportamentos de relação inter-pessoal e socio-comunitária?

Como equacionar a problemática da satisfação de necessidades através do sistema produtivo, se não se analisar em que medida o mesmo sistema produtivo poderá ser responsável pela insatisfação persistente de "necessidades básicas"?

Résumé

LA SANTÉ ET L' "HOMO ECONOMICUS"

Cet article essaie de démontrer à quel point la problématique "santé" reprend place centrale au sein des Sciences Sociales lorsque le manque de satisfaction des "besoins fondamentaux" trouve son expression ultime dans l'impossibilité de "survivre", c'est-à-dire, dans l'absence de santé.

On y analyse quelques présuppositions de la Théorie Économique se rapportant à la structure du comportement humain face à l'insatisfaction de ces besoins, pour en conclure qu'il conviendrait de pousser les efforts de conceptualisation à partir de l'analyse des contextes réels où se reproduit, effectivement, l'existence humaine, dans ses dimensions historique, sociale et territoriale.

Summary

HEALTH AND THE "HOMO ECONOMICUS"

The article tries to show how the health problematic regains central status within the Social Sciences when the unfulfilment of "basic needs" finds its ultimate expression in the incapability of "survival" or, in other words, the absence of health.

Some of the assumptions of the Economic Theory related to the structure of human behaviour, in its reaction to the lack of satisfaction of those needs, are analysed, and the article stresses the convenience of directing conceptualization efforts towards the analysis of the very context in which reproduction of human existence actually occurs, in its historical, social and territorial dimensions.

Bibliografia

- BAUER, L.:
"Kritik der Ökonomischen Denkweisen" Frankfurt Haag und Herchen Verlag, Frankfurt am Maim, 1985
- CALDEIRA, C.:
"Curso Integrado de Sociologia Médica e de Economia Médica", ICBL, Lisboa, 1976
- CALDEIRA, C.:
"Análise Socio-Psiquiátrica de uma Comunidade Terapêutica" (Tese de Doutoramento) Lisboa, 1979
- CALDEIRA, C.:
"O sentido de uma Comunidade de Saúde Mental", Psicologia, 3 (1/2) Associação Portuguesa de Psicologia, Lisboa, 1982

- CAPRA, F.:
"Wendepunkt" (Wein:Scherz), trad. alemã de "The Turning Point" Scherz, Wien, 1983
- ELIAS, N.:
"Über den Prazeres der Zivilisation", Suhrkamp, Frankfurt, 1969
- FOUCAULT, M.:
"Maladie Mentale et Culture Occidentale", in STEUDLER, F. "Sociologie Medicale" Armand Colin, Paris, 1972
- FREIRE, P.:
"Pedagogia do Oprimido", Afrontamento, Lisboa 1975
- FROMM, E.:
"Die Furcht vor der Freiheit", trad. alemã de "Escape from Freedom" (1941) Frankfurt am Main, Europäische Verlagsanstalt, 1966
- FROMM, E.:
"Wege aus einer Kranken Gesellschaft", trad alemã de "The Sane Society" (1960) Iullstein, Wien, 1980
- GAUTUNG, J.:
"The Basic-Needs Approach", in LEDERER, K. (1980)
- GHAL: "What is a Basic Needs Approach to Development all About?", "The Basic-Needs Approach to Development" Ilo, Geneve, 1977
- HENRIQUES, J.M.:
"As Necessidades Humanas e a Problemática do Desenvolvimento: o conceito de "necessidades básicas", IDG, Lisboa, 1983
- ILLICH, I.:
"Limites para a Medicina", Sá da Costa, Lisboa 1975
- LEDERER, K.:
"Bedürfnisse: ein Gegenstand der Bedürfnisforschung" in MEYER-ABICH, K., BIRNACHER, D. (Hsg.) "Was braucht der Mensch um glücklich zu sein?" C.H. Becksche, München, 1979
- LEDERER, K.:
"Needs methodology: The environmental case", in LEDERER, K., (ed) "Human Needs: a contribution to the current debate" Delgeschlager, Berlin, 1980
- LEISS, W.:
"Die Grenzen der Bedürfnisbefriedigung", in "Technologie und Politik", no 12 Rowohlt Hamburg "Development Theory" Frank Cass, London, 1979
- MEIXENER, H.:
"Manipuliert die Werbung?", in MEYER-ABICH, K., BIRNACHER, D. (1979) "Was braucht der Mensch um glücklich zu sein?" Becksche Verlagsbuchhandlung, Munchen 1979
- LOWEN, A.:
"Medo da Vida" Sumus, S. Paulo, 1986
- MITSCHERLICH, A.:
"Krankheit als Konflikt" Suhrkamp, Frankfurt am Mein, 1966
- MORIN, C.:
"O Paradigma Perdido" Europa -America, Mem Martins, 1975
- NAVARRO, V.:
"La Medicina bajo el Capitalismo" Crítica, Barcelona, 1979
- RICHTER, H.:
"Wer nicht leiden will muss hassen", in RICHTER, H. "Sich der Krise stellen", Rowohlt, Hamburgo, 1981
- SCHUMACHER, E.F.:
"Small is Beautiful", D. Quixote, Lisboa, 1973
- SCHWEFEL, D.:
"Grundbedürfnisse und Entwicklungspolitik" Nomos, Baden-Baden, 1978
- SILVA, M.:
"The notion of Basic Needs" in "Employment and Basic Needs in Portugal", ILO, Geneve, 1979
- STEUDLER, F.:
"Sociologie Medicale" Armand Colin, Paris, 1972