
MARIA JOSÉ FERROS HESPANHA

Médica. Membro do CES e da Direcção da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

O CORPO, A DOENÇA E O MÉDICO

REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS SOCIAIS NUMA ALDEIA

195

Ao estudar as determinantes sociais e culturais da procura dos cuidados médicos, por parte da população de uma aldeia situada numa área peri-urbana, a A. dá-se conta da existência de quadros relativamente diferenciados de representações sociais acerca do corpo, da doença e do médico. Verifica-se, hoje, um maior recurso aos agentes e aos meios da medicina institucional mas não o desaparecimento das categorias cognitivas e dos padrões valo-

rativos próprios do senso comum médico popular, mesmo relativamente àquelas camadas da população que mostram maior capacidade de incorporar as mudanças. Mais do que perante uma generalização dos padrões de conduta correspondentes ao modelo médico-científico parece estar-se, assim, perante uma recriação actualizada de velhas estratégias de saúde populares baseadas na pluralidade das fórmulas, dos recursos e dos agentes.

A cobertura médica da população portuguesa, particularmente na área dos cuidados primários de saúde, deu um salto em frente na última década. Uma nova e mais arrojada política de saúde baseada na implantação de um serviço nacional descentralizado e gratuito, uma filosofia de prestação de cuidados primários assente na integração e planeamento a nível local das acções de saúde básica, a reestruturação do aparelho oficial da saúde, desde as direcções gerais até aos centros de saúde e a criação da carreira de clínica geral constituem alguns dos marcos principais da mudança.

Esta nova realidade trouxe consigo ou tornou mais agudos os problemas de desajustamento entre a procura que se dirige aos serviços, sobretudo aos serviços periféricos, e a resposta que estes são capazes de dar.

Pondo de parte o conjunto de limitações institucionais que tem pesado — e de que maneira — sobre esses serviços, reduzindo-lhes a capacidade de resposta e fazendo recair sobre eles a imagem, cada vez mais nítida para a opinião pública, de inoperância e de excesso de burocracia, pareceu-me importante analisar os factores de desajustamento que, do lado da procura, explicam as distorções e a relativa ineficiência dos serviços médicos. Algumas manifestações desse

Introdução

desajustamento são bem conhecidas e constituem um importante tema de reflexão: capitação elevada das consultas médicas, sobreconsumo de medicamentos e de meios auxiliares de diagnóstico, excessivo peso dos motivos administrativos de consulta.

A actuação do Estado, dominada principalmente por preocupações orçamentais, tem consistido até aqui praticamente na adopção de medidas para reduzir forçadamente a procura, dificultando o acesso às consultas e encarecendo os serviços e os medicamentos, ou para limitar a autonomia do médico de prescrever os exames e os tratamentos que entenda necessários. À medida que os problemas se avolumam torna-se cada vez mais claro que as suas causas radicam mais fundo e têm de ser compreendidas num outro contexto: o das determinantes sociais e culturais da procura dos cuidados médicos.

A análise desta questão tem de passar por um conhecimento mais rigoroso das práticas de saúde da população e dos saberes e representações sociais sobre a doença, sobre a cura e sobre os médicos que comandam os comportamentos individuais. Trata-se de revelar o que está por detrás das práticas da população relativamente à saúde e à doença, nomeadamente conhecer o que é para cada um estar doente, o que se sabe acerca do próprio corpo e acerca das diferentes espécies de doença, como é que se age perante a doença e em que circunstâncias se procura o médico.

Aproveitando a minha experiência como médica numa aldeia da proximidade de Coimbra e as facilidades de contacto com a população que frequenta as minhas consultas, procurei estudar algumas das questões que ficaram atrás enunciadas. O objectivo principal e mais geral desse estudo sobre as práticas médicas da população era o de saber como se relacionam e se transformam os vários modos, dominantes ou dominados, de saber médico. Dada a inexistência entre nós de estudos globais sobre o assunto e na certeza da indispensabilidade de estudos de casos a realizar em diferentes regiões do país tinha procurado, em trabalho anterior (Hespanha, 1985), analisar à escala de uma freguesia os padrões sociais de consumo de cuidados médicos em meio rural. Tratou-se de um trabalho meramente exploratório, limitado ao conjunto dos doentes em idade activa que frequentaram as consultas durante o ano de 1983. A constatação da existência de factores de ordem social a condicionar os comportamentos perante a doença e a procura do médico, levaram-me a aprofundar e alargar mais o objectivo inicial.

Graças ao Programa Luso Norueguês de Cooperação na Área da Saúde e ao Centro de Estudos Sociais da Faculdade

de Economia da Universidade de Coimbra (CES) foi possível realizar um trabalho de âmbito mais alargado que envolveu o estudo das situações de doença através das consultas realizadas durante o ano de 1985. Ao longo desse ano e para cada consulta foram registadas todas as informações relevantes acerca dos motivos da consulta, queixas, percepção da doença, auto-diagnóstico e auto-terapia. Os registos, feitos durante a consulta, reproduziram, sempre que possível, as expressões usadas pelo doente e os dados da minha observação directa sobre o comportamento e atitudes do doente.

Paralelamente procedeu-se a um levantamento da composição sócio-económica das famílias da freguesia, com a colaboração do CES e da Junta de Freguesia local, entidades igualmente interessadas em dispor de informação básica sobre a população. O boletim de recenseamento cobria a situação familiar, a instrução, a ocupação (principal e secundária), a trajectória profissional e a ocupação dos pais e, tendo actividade agrícola, ainda oito variáveis de caracterização da exploração agrícola. A partir desta informação sobre o quadro social dos doentes, cruzada com os dados das consultas, tentei aprofundar as determinantes das suas práticas e tipificar os quadros de representações.

No presente texto tratarei apenas dos resultados da pesquisa relativamente aos saberes e representações sobre o corpo, a doença e o médico (1).

O contacto directo e prolongado com o doente no seu meio coloca os médicos de clínica geral num posição particularmente favorável para detectar os elementos da cultura médica da população. Contudo, porque os quadros de representação não são nem universais — cada grupo social tem a sua «cultura somática» —, nem imutáveis — os saberes médicos vão-se actualizando pelos contactos com outros saberes —, nem sistemáticos — ao conhecimento relativamente coerente, completo e esclarecido de algumas funções do organismo contrapõe-se o desconhecimento quase total de outras —, a organização desses elementos dispersos em diferentes modelos de representação torna-se uma tarefa muito difícil.

No caso particular da população que estudei, várias razões vêm aumentar as dificuldades dessa tarefa. Desde logo, o facto de se tratar de uma população rural, em termos de densidade populacional e de espaço residencial, mas relativamente urbanizada, em termos de espaço de trabalho e mesmo em termos culturais.

(1) Trata-se de uma versão resumida de um dos capítulos do relatório de investigação já referido (Hespanha, 1986), onde, nomeadamente, se pode encontrar as referências estatísticas que apoiaram a análise.

Ainda que a população, sobretudo a mais idosa, mantenha profundas referências de carácter simbólico com o passado agrícola e rural da aldeia, a verdade é que não encontramos já quaisquer traços típicos daquelas comunidades onde floresceram, pelo seu isolamento, elementos de uma cultura específica ligada à reprodução das condições materiais de existência. Tudo o que se apercebe no domínio da cultura médica local é já o produto caldeado de uma sabedoria empírica (medicina popular) de reduzido suporte material e de uma divulgação secundária do conhecimento médico oficial, que se foi dando ao longo do tempo.

Por tudo isto, a informação que recolhi, embora muito rica, não permite avançar com segurança para a caracterização de diferentes padrões de cultura médica no seio da população. Mesmo os elementos recolhidos do discurso dos doentes sobre aspectos particulares do seu universo de representações — por exemplo, os respeitantes aos órgãos e às funções orgânicas, — são insuficientes para identificar com clareza quadros socialmente diferenciados.

Irei tão longe quanto possível na interpretação dos elementos discursivos para detectar as categorias de representação e as condições para a sua persistência. Recolhi de Boltanski (1969 e 1971) a inspiração para organizar e apresentar os materiais e, mais do que tudo, o quadro teórico da sua análise das representações sociais sobre a doença.

Segundo Boltanski cada grupo social detém um sistema de comportamentos corporais que está ligado às condições objectivas de existência próprias desse grupo. Uma vez que «os determinismos sociais não informam o corpo de modo imediato por uma acção exercida directamente sobre a ordem biológica, mas são antes mediados pela ordem cultural que os retraduz em regras, em obrigações, em interditos, em repulsões ou em desejos, em gostos ou em desgostos», torna-se necessário analisar e descrever a «cultura somática» própria de cada grupo. As variações do consumo médico segundo as diferentes classes sociais permitem detectar a intensidade com que os seus membros percebem e toleram as sensações mórbidas.

O corpo — Nas sociedades rurais que dependem totalmente da agricultura o corpo representa um instrumento de trabalho e uma condição básica para a reprodução económica das famílias. Ao longo do tempo foram sendo geradas regras e valores visando precisamente regular e potenciar a utilização do corpo, por forma a maximizar o seu rendimento no mais largo tempo possível, num quadro simbólico e religioso em que aos próprios corpos é atribuída a responsabilidade de

manterem a existência das almas. É possível detectar a nível dos comportamentos manifestações típicas deste quadro: resistência à dor física e relativa inibição das sensações mórbidas, valorização da capacidade física em detrimento da beleza e estética do corpo, reprovação social da prostração perante as sensações mórbidas («dar-se demasiado à doença»).

Contra-pondo-se a esta situação, nas sociedades urbanas onde predomina o trabalho de carácter intelectual, o corpo liberta-se dos constrangimentos económicos e entra-se numa nova relação do indivíduo com o seu corpo em que este assume novas funções (estéticas, lúdicas, etc). O corpo disforme, marcado pela usura do trabalho e insensibilizado pelo esforço físico excessivo torna-se o símbolo de um modo de vida que se quer ultrapassado. Os cuidados com o corpo que hoje dominam as classes média e alta urbanas não traduzem assim apenas uma preocupação estética, mas sobretudo uma fuga à desclassificação social.

199

Embora, hoje em dia, seja possível detectar, quer na cidade quer no campo, uma diversidade de estatutos de trabalho e de grupos sociais, o passado agrícola das famílias rurais (e também o presente), mesmo em zonas de periferia urbana, alimenta ainda um quadro de representações de tipo rural que cada vez menos vai dispondo de suporte material, mas que nem por isso deixa de ser efectivo. Acresce que a população que tende a ocupar os empregos onde predomina o trabalho manual é, sem dúvida, a população rural. Ao invés, é na cidade que, para além da existência em larga escala de empregos que não «usam o corpo», mais se tem expandido a consciência corporal e se tem promovido e difundido os símbolos de outras «culturas somáticas».

A particularidade do caso estudado reside no facto de ser particularmente intensa a convivência entre diferentes representações corporais numa população relativamente urbanizada, em que as principais clivagens passam mais pela trajetória social e pela idade do que pela ocupação económica. Assim, são os indivíduos das famílias camponesas, particularmente os agricultores idosos e os operários e empregados com passado agrícola que denunciam comportamentos corporais do primeiro tipo, enquanto que a camada mais jovem de empregados e mesmo de operários mantém uma relação mais equilibrada entre o esforço físico e os cuidados, própria do segundo tipo.

A informação que recolhi e a observação que fiz da população permitiram-me identificar um conjunto de manifestações relacionadas com uma representação do corpo a que, à falta de melhor, chamarei de tipo camponês.

— Desde logo, a relativa indisponibilidade da população activa para frequentar as consultas. «Com a nossa vida não há vagar para ir ao médico» (M. R., 28 anos, casada, operária fabril). A pressão das necessidades é particularmente notória no caso dos camponenses e dos operários-camponeses na época dos principais trabalhos agrícolas. Reduz-se então drasticamente a frequência das consultas e aumenta a pressão sobre o médico para a administração de «tratamentos fortes» para uma cura rápida dos casos mais graves. No fundo, uma expressão do mesmo fenómeno que conduz ao absentismo na fábrica ou no emprego.

— A «desatenção» ao corpo manifesta-se também numa capacidade diminuída de percepção dos «sinais» de doença. A inibição de pensar ou mesmo de olhar o próprio corpo pode explicar em muitos casos a detecção tardia de, por exemplo, nódulos e massas tumorais, de varizes ou de hipertensão, ou até mesmo de perturbações de crescimento e de desenvolvimento nos próprios filhos.

— O *déficit* de «cultura somática», traduzido num conhecimento muito sumário do corpo, dos diferentes órgãos e das suas funções, dificulta a interpretação dos sintomas e retarda toda a acção curativa adequada.

Na representação mais corrente e simplista o corpo é uma *máquina* que produz *energia* (a força física, sobretudo) à custa — e na medida — do *combustível* (os alimentos, o álcool) que lhe vai sendo fornecido. O *motor* (o coração) deve andar sempre *bem oleado* (boa circulação, com sangue bom) e a *caldeira* (o estômago) sempre *cheia* (bem alimentado). Algumas *peças* (os membros) ganham *ferrugem* com a idade (articulações presas, reumatismo) e o *motor* (o coração) também se gasta. De tempos a tempos a máquina tem de ir à *revisão/vistoria* (consulta) e as *avarias* (as perturbações de saúde) devem ser reparadas na *oficina* (o posto médico/o hospital).

O projecto alimentar das famílias camponesas está directamente ligado a esta concepção «mecânica» do organismo: a comida tem de ser forte e abundante para que «a máquina trabalhe em condições». A carne é o alimento que dá força, por excelência, merecendo ser bem regada e temperada. O peixe «não puxa carroças», salvo o bacalhau que «não é peixe». A batata, o feijão, as massas e o arroz são acompanhamentos indispensáveis destinados a «encher a barriga», enquanto a boroa serve para «tapar os buracos».

Quanto ao vinho, sobretudo o vinho tinto, ele é também um elemento fortificante muito valorizado. Dá-se às crianças

para «ganharem cor», aos doentes «para arrebitarem», às grávidas «para fazer bom leite», ao «pessoal» para «trabalhar com mais vontade» e, em geral, bebe-se «para manter a rijura».

— O vocabulário de que se dispõe para descrever as sensações corporais é muito limitado e, por essa razão, o recurso a imagens e analogias retiradas do quotidiano é particularmente elevado. Apenas alguns exemplos: «parecem formigas a fazer esfervedouro na testa», «o esfervilhadoiro na coxa; parecem cobras a rabiarem», «tenho aqui um pito no peito», «tenho um pito a piar nas costas», «uma grande panelada no peito», «os pulmões parecem uma concertina», «um cão a comer e a roer na anca». Por vezes trata-se formas de expressão perfeitamente consagradas e generalizadas que atravessam todos os grupos da população⁽²⁾.

201

Por muito curiosas que sejam estas expressões, o interesse do médico em conhecê-las tem por objectivo *analisar até que ponto as analogias ou as imagens que são utilizadas no discurso do doente traduzem uma particular representação do organismo* que condiciona em certo sentido os próprios comportamentos desse doente. As queixas de ansiedade, por exemplo, andam frequentemente associadas à ideia de que os nervos se localizam em determinadas partes do corpo («na boca da cabeça», «no coração», «no intestino», «nas coxas e nas dobradiças das pernas», «à superfície») e entram brusca-mente em actividade, causando o mal-estar. Por isso se procura um remédio para «tirar os nervos».

— Uma outra manifestação detectada é a «vergonha» de estar doente, um sinal de fraqueza física considerado socialmente desclassificador. «Tenho dores e finedouros na cabeça, mais dores finas e fixas nas ilhargas. Até tenho vergonha de me queixar tanto» (A. C., viúva, 79 anos)⁽³⁾. Nem todas as doenças desclassificam igualmente, sendo que algumas, podem mesmo ser avaliadas positivamente (vg. as doenças de «homem viril»), mas os indivíduos sofrendo de doenças pulmonares, de perturbações linfáticas ou de outros males que incapacitem para o trabalho «não prestam para nada».

Perante o médico, contudo, as queixas são frequentemente avolumadas, sobretudo se se trata de obter o «ates-

⁽²⁾ A imprecisão do vocabulário médico popular e a dificuldade em estabelecer a correspondência exacta entre a terminologia vulgar e a científica é já assinalada em 1919 por Alberto Saavedra na sua tese de doutoramento sobre a linguagem médica popular.

⁽³⁾ É de recordar, a este propósito, que o culto mórbido da hipocondria e o «ar doentio» da mulher caracterizaram de certo modo a cultura e a estética das classes média e superior das sociedades europeias e norte americana entre os meados do séc. XIX e o final dos anos 20. Cfr. Ehrenreich (1973).

tado» ou a «baixa» duvidosos. Mas nestes casos a opinião local é muito condescendente, porventura por reconhecer uma certa «legitimidade» na simulação e apreciar estas situações em que a tradicional «astúcia» camponesa é posta à prova e sai vencedora.

A doença e o doente — Já foi referido o facto de que a detecção e interpretação dos sinais de doença são relativamente diferenciadas nos vários grupos da população e de que, em regra, são as camadas mais jovens e urbanizadas aquelas que, dando mais atenção aos aspectos somáticos, mostram uma percepção mais apurada desses sinais. São também essas camadas que dispõem de uma cultura médica que integra um maior número de categorias da medicina oficial e onde, por isso, o discurso médico vulgarizador melhor penetra.

Deter-me-ei, por agora e ainda, na população mais envelhecida e menos urbanizada a que corresponde o sistema de representações de tipo camponês e onde é possível encontrar os comportamentos mais heterodoxos.

Uma primeira observação respeita à frequência muito elevada de queixas mal definidas, traduzindo um mal estar geral, falta de forças, dores difusas. «Queixo-me de tudo» (M.S., casada, 68 anos, pastora). «Não há nada de que eu não me queixe» (A. C., casada, 57 anos, agricultora). «Olhe, dos pés à cabeça não tenho nada bom» (M. J., casada, 43 anos, agricultora). «Doença por tudo quanto é lado» (M. P., casada, 56 anos, doméstica agrícola).

As dores do sistema ósteo-articular são queixas comuns em pessoas de idade com um passado agrícola⁽⁴⁾ e podem ser difusas — «Dói-me o corpinho todo», «Ando manca do esqueleto» — ou mais localizadas — «nas cruces», «nos rins» e nos membros e são conotadas com «mal dos ossos», «reumático», «ferrugem nas dobradiças», «ossos a mais no joelho», «bicos de papagaio» e as suas causas são atribuídas genericamente à «velhice», à «podridão» do corpo, ao «caruncho» ou mais especificamente à vida no campo (e particularmente ao trabalho nos arrozais). Aceitam-nas com fatalismo e raramente as relacionam com histórias infecciosas, regime alimentar ou com os aspectos psicológicos (Hall, 1981).

A hipertensão arterial constitui um outro grande motivo de queixas e leva ao médico periodicamente um número muito elevado de pessoas⁽⁵⁾. Porém, o conhecimento que

⁽⁴⁾ Para o conjunto das pessoas com consulta ao longo do ano, 34% apresentaram queixas ósteo-articulares (24% dos homens e 40% das mulheres).

⁽⁵⁾ Em 10.3% das consultas o motivo principal foi o controlo da tensão arterial (a variação desta percentagem em função do sexo não é significativa).

essas pessoas têm das causas e dos efeitos da HTA revela-se muito superficial. Apesar disso o medir da tensão tornou-se o acto médico mais procurado hoje em dia e constitui mesmo um dos rituais mais característicos das consultas.

A tensão «avariada» atribuem-se «os apertos do coração», as palpitações cardíacas, as dores de cabeça, «as veias a soprarem nos ouvidos», os afrontamentos, a falta de ar e, mais raramente, as «estrelinhas» e o «soltar sangue pelo nariz». Outros efeitos, a nível da função renal ou da visão, por exemplo, são praticamente desconhecidos.

203

— Bastante mais difícil se torna a objectivação dos «sinais» que levam a pessoa a sentir-se doente e que não são reconhecidos pela medicina científica. Os casos de mal estar indefinível, de «tristeza», de ansiedade — aquilo que os médicos designam por queixas a-sintomáticas ou classificam como doenças de natureza psico-somática — são demasiado frequentes para poderem ser negligenciadas. A mudança repentina operada nas últimas décadas nos modos de vida da sociedade portuguesa e, em particular, das aldeias, constitui um elemento explicativo importante para os níveis elevados dessas situações de doença. Verifiquei ainda que as frequências mais elevadas de casos se encontravam precisamente nos grupos de maior instabilidade ou dependência económica: desempregados, operários com salários em atraso, reformados e mulheres.

— Um outro aspecto a referir neste ponto sobre a cultura médica de tipo camponês é o do processo de integração das informações nosológicas da medicina científica no quadro de representações do doente.

O fluxo de informação sobre a doença que chega às pessoas é muito elevado e procede das mais diversas fontes, desde o médico e outros agentes ligados ao aparelho da saúde até aos meios de comunicação social. Essa integração parece ser tanto mais fácil quanto mais aproximado for o discurso divulgador das categorias de percepção do destinatário. A intervenção de agentes mediadores é normalmente uma condição favorável.

Nalguns casos são os filhos que «traduzem» para os pais a informação do médico. Mais frequente, porém, é o doente receber directamente do médico uma informação ou uma explicação que, pela tecnicidade dos termos usados ou por supor o domínio das categorias do saber culto, não pode ser compreendida o que não impede, porém, que esses termos venham a ser reutilizados no discurso do doente, sob formas adulteradas de sentido.

Na posse da informação que lhe é dada pelo médico o doente vai «construir» a sua explicação, dando um sentido aos termos que reteve da consulta mais conforme com as categorias que lhe são familiares. Dois exemplos:

«Estou coxa da perna direita. O nervo enrolou-se-me na anca e esticou os fios da coxa e do joelho» (M. M., casada, 40 anos, doméstica agrícola);

«O coração é que não me deixa ir indo. É da nevrite, porque a veia do sangue atravessa-me por cima do coração» (O. G., casada, 56 anos, doméstica agrícola).

— Sendo deficiente o conhecimento sobre o organismo e a doença, a compreensão dos «sinais», como vimos atrás, pode ser tardia ou incompleta. A atenção está desigualmente desperta para os diferentes tipos de «sinais». A ausência de dor, a irregularidade dos sintomas, a aparente normalidade das funções vitais, entre outras circunstâncias, levam o doente a subestimar os «sinais» da doença (nódulos indolores, neoplasias dérmicas, retenção de urinas, etc.).

Sobrevalorizar a importância dos «sinais» pode ser igualmente uma manifestação do *déficit* de conhecimento e estar associado às representações sobre a gravidade das doenças. O «receio de doença grave» parece ser mais comum na mulher e no grupo dos adultos.

A gravidade da doença é normalmente medida através de um conjunto de factores — prognóstico de mal estar, incapacitação para o trabalho, encargos com o tratamento, alteração do modo de vida, necessidade de internamento hospitalar — diferentemente ponderados segundo o grupo social, a idade, o sexo, a dimensão da família, etc. «Doenças más» são, sem dúvida, o cancro, a tuberculose, as doenças do coração e as doenças do sangue e todas aquelas de que se conhecem casos que levaram a morte.

Sendo imprevisível e incontrolável no seu aparecimento, a doença foi ganhando ao longo do tempo uma explicação de carácter «sobrenatural» que ainda hoje é muito acentuada particularmente em meios sociais menos urbanizados. A doença, tal como outros flagelos, representa na tradição religiosa popular «a vontade divina» e, por conseguinte, deve-se guardar respeito e mostrar-se temeroso a propósito dela. O excesso de confiança, o orgulho humano, pode desencadear o castigo; daí que se seja sempre cauteloso ao falar das melhoras: «agora ando regularzinha», «quando mal nunca pior», «graças a Deus não ando mal», etc.

Algumas outras doenças, não sendo graves em si mesmas, são altamente valorizadas pela carga simbólica que contêm e, por isso, são objecto de uma apertada censura

social — é o caso daquelas que traduzam um desrespeito grosseiro dos preceitos elementares da vida doméstica e social — limpeza do corpo, higiene alimentar, etc. — e, sobretudo, as doenças venéreas (D. T., casado, 53 anos, agricultor — manda vir «um pó» da farmácia de Coimbra para não se saber na aldeia da sua blenorragia. «Mas não diga nada à minha mulher, que ela se sabe faz um circo»). A mesma censura cobre as situações, nem todas graves (como a lepra e a tuberculose), de doenças contagiosas.

Finalmente, os «sinais» ou o receio de impotência sexual remetem para um dos domínios mais centrais da cultura popular — o das relações sexuais. Só podem ser entendidos num quadro de representação dessas relações em que o homem tem o poder-dever de iniciar e comandar o acto sexual e a mulher a obrigação de «servi-lo». Queixa não rara em mulher de idade ou na mulher doente é a de que «não presta para nada ao marido», ou a de que este já não se «serve dela». Os cuidados do homem em preservar a sua honra são também por demais evidentes:

«Quero deixar de tomar o Moduretic porque me tira a potência. Os meus companheiros até me disseram que aqueles comprimidos tiram a honra a um homem» (M. C., casado, 70 anos, assalariado rural);

«Acabei de tomar as ampolas que têm o touro. Deram-me tanta força que a minha mulher ficou pasmadinha» (J. P., casado, 85 anos, agricultor).

Os problemas sexuais do casal são tratados com grande constrangimento e tantas vezes a verdadeira razão da consulta só aparece depois de muitas outras queixas secundárias terem sido apresentadas. O desajustamento sexual é a regra em casais adultos e o problema é sobretudo relatado (porque sentido) pela mulher nas consultas em que está só com a sua médica. Relação sexual falida como é, pela ausência de prazer mas, mais do que isso, pela relação de poder que recria, ela torna-se em breve um fardo para a mulher e, reflexamente, reforça as necessidades extra-conjugais do marido.

A doença e o trabalho — O doente tende a ir procurar no seu quadro de vida uma explicação para o aparecimento da doença. São correntes na consulta as explicações que relacionam o tipo de trabalho com a doença e as sensações de mal estar.

Desde logo, numa população em que as queixas mais frequentes dizem respeito ao sistema ósteo-articular, a causa dos padecimentos, sobretudo em pessoas de idade, é atribuída à dureza do trabalho agrícola realizado no passado. Sendo esta uma característica comum à generalidade dos

meios rurais, o que parece ser específico aqui é o facto desse trabalho se fazer em condições de grande insalubridade, sobretudo, na cultura dos arrozais. Algumas tarefas eram extremamente penosas e obrigavam à permanência dentro de água, nos canteiros de arroz, durante horas seguidas. De resto, toda a zona ribeirinha dos campos ficava sujeita aos efeitos nocivos das águas estagnadas⁽⁶⁾ — um ambiente doentio ainda agravado pelo clima excessivamente húmido de todo o vale.

Quem hoje observa as condições de vida e de trabalho da aldeia (e não só desta) tem dificuldade imaginar o quadro completamente diferente de há vinte ou trinta anos atrás, quando poucos eram os empregos fora da agricultura e esta se fazia à custa de um enorme esforço de trabalho físico da população. O crescimento industrial e a expansão urbana de Coimbra atraem uma fracção cada vez maior da população da aldeia, que se torna operária e empregada no sector terciário (comércio, serviços públicos, trabalho doméstico). É por isso que a trajectória profissional do doente, a sua biografia de vida e a monografia de meio, são elementos decisivos para compreender os terrenos patogénicos individuais e de grupo.

A gente mais nova detesta a agricultura, censura os pais por se «andarem a matar nas terras» e queixa-se do trabalho agrícola que «além de sujo, deforma o corpo». Ao contrário, para a população agrícola mais idosa, o trabalho nas terras não pode ser facilmente abandonado, mesmo quando as condições de saúde o exigiriam. O médico, de origem urbana, tem por vezes dificuldade em entender esta carga simbólica do trabalho agrícola, que leva as pessoas a tratarem das terras só para que não pareça mal o deixarem-nas incultas.

Verdadeiro hábito cultural, o trabalho agrícola dos velhos também comporta importantes aspectos positivos, sobretudo se comparado com o que se passa com os reformados da cidade. Na aldeia a reforma praticamente não altera o modo de vida das pessoas e que, por esse facto, o trabalho no campo, por pouco intenso que seja, contribui para estabilidade psicológica dos velhos, além de reforçar a sua autonomia económica face aos filhos e às camadas mais jovens e urbanizadas da população.

⁽⁶⁾ A cultura do arroz, introduzida na região nos meados do século passado, esteve proibida durante algumas décadas (embora a violação dessa proibição fosse frequente) por razões de salubridade. Em Montemor-o-Velho, sede do concelho, funcionou até muito recentemente um posto médico anti-sezonático, que procurava controlar os efeitos da cultura em termos epidemiológicos. Hoje, a monda química e a mecanização, substituíram praticamente o trabalho humano ao ponto de «se poder fazer o arroz de gravata».

Mas não é apenas o trabalho na agricultura que «estraga» a saúde. Os problemas digestivos e as afecções do sistema otorrino são particularmente sentidos na população operária e empregada que trabalha fora da aldeia conforme pude verificar em estudo anterior (Hespanha, 1985:12) e este agora confirma.

Uma referência especial deve ser feita à situação de insegurança de trabalho que atingia uma fracção importante da população operária da aldeia, sobretudo do sexo feminino, em relação a qual é particularmente notória a frequência de queixas indefinidas de mal estar, as perturbações neurológicas ou psicológicas e os problemas digestivos.

207

O médico e as instituições da saúde — As gerações presentes herdaram a lembrança dum passado de angústia pela falta de médico, viveram a experiência do «médico das Caixas» depois da criação, na aldeia, de um posto dos SMS e têm hoje dificuldade ou receio em acreditar na estabilidade da nova situação.

O sistema que têm conhecido gerou nelas uma atitude de desconfiança e um condicionamento tal das suas reacções que chega a bloquear, em certos casos de forma dramática, uma relação equilibrada entre médico e doente. Acresce que para as camadas mais novas da população em contacto com a cidade, a carga simbólica que rodeava o médico está a desaparecer e este, numa forma de representação que já vai sendo comum, não passa de um profissional ao qual se pode exigir um serviço a que cada um tem direito.

O facto de competir ao médico colocado nos serviços de saúde a confirmação do estado de doença, para os efeitos de baixa, compromete ainda mais a relação de confiança e obscurece o papel do médico de família que pretende ser.

No actual contexto de crise financeira, o próprio aparelho de saúde estatal de que o médico depende acaba por determinar-se mais por uma economia de custos (não pagamento de horas extraordinárias, redução dos exames complementares, controlo das baixas, limitação dos domicílios) — de que resulta, como efeito inevitável, uma degradação das condições da prática clínica — do que por uma lógica de eficácia (implantação de um serviço eficaz de prestação de cuidados primários baseado na carreira dos médicos de família).

Uma apreciação da importância do enquadramento institucional do médico na representação que dele fazem os doentes não pode ignorar os aspectos positivos que o sistema actual tem quando comparado com os anteriores: presença diária do médico na aldeia, quase gratuidade das consultas,

qualidade do acto médico, assistência personalizada e continuada à família, possibilidade de escolha de médico, etc.

A presença continuada do médico e a segurança que ele mostra no conhecimento dos doentes à medida que o tempo vai passando fazem progressivamente radicar nas pessoas a ideia de estabilidade e de diferença e ajuda a normalizar as relações médico-doente. Atribuimos, assim, uma grande importância não só ao estatuto como também ao perfil sociológico do médico de família em Portugal pela alteração, positiva, que se tem vindo a dar nessas relações.

Se no passado os estereótipos acerca do médico oscilavam entre a imagem do «Deus» ou do «Demónio», hoje as representações são muito complexas pela acumulação de referências culturais díspares resultantes das transformações nos modos de vida. O mesmo doente determina-se mais fortemente, em certas alturas, pela sua condição de trabalhador dependente (quando o que está em causa é a falta ao emprego) — e então tende a hipervalorizar as funções de controlo do médico — enquanto que noutras (sem relação com a condição laboral) parecem vir ao de cima as representações tradicionais e o comportamento torna-se deferente e expectante.

De uma forma geral, no grupo dos agricultores, das mulheres domésticas e dos idosos predominam comportamentos deste último tipo. A relação é menos horizontal precisamente na medida em que a distância cultural e social entre o médico e o doente é também maior, mas a empatia é muito elevada. O doente, ainda que não tenha entendido perfeitamente o discurso do médico, sentiu-se «agradado com os modos» dele e procura a ocasião para lho demonstrar. Quanto aos outros grupos da população, sendo em regra mais elevado o grau de instrução e mais forte a aculturação urbana, a imagem que se tem do médico está mais próxima da que se tem de outros profissionais com formação equiparada e a relação assente numa maior identidade dos códigos de linguagem e numa menor empatia.

Conclusão

Procurei mostrar, a partir do estudo que fiz de um população rural sofrendo de forte atracção urbana, que as diferentes atitudes em relação ao corpo, à doença, à cura e ao médico que encontramos têm a ver com certas formas de conhecimento e certos tipos de representação ligados ao meio de origem, à trajectória e à experiência de vida das pessoas. As práticas de saúde parecem estar, assim, fortemente condicionadas pelos universos culturais e pela inserção social dos indivíduos.

Correndo o risco de simplificar o que é por natureza extremamente complexo, parece-me, ainda assim, ser legítimo

reconhecer que a percepção do corpo e da doença e as atitudes que se lhe referem são distintas nas camadas da população com passado agrícola ou de trabalho manual, relativamente às camadas mais jovens e urbanizadas com uma experiência de trabalho predominantemente intelectual. Também relativamente ao médico as representações sociais ora inspiram atitudes de grande submissão, deferência e empatia, mais notórias em pessoas de idade e nas que nunca saíram da aldeia, ora fundamentam uma relação mais horizontal, de tipo profissional e admitindo um elevado nível de negociação, sobretudo nas camadas jovens e na população mais intensamente urbanizada.

209

Não se trata, no entanto e como já vimos, de reconhecer uma relação directa entre as condições materiais de existência e as atitudes, mas sim de pensar as representações sociais inspiradoras das práticas de saúde como algo que se produz e reproduz em estreita ligação com essas condições de existência.

Poderão as novas condições de trabalho e a crescente urbanização das aldeias, de par com a divulgação do conhecimento médico e o acesso, mais fácil, aos serviços de saúde do Estado conduzir a uma progressiva homogeneização da cultura médica e das suas representações? O meu estudo, se confirma a existência de alterações profundas nas práticas médicas da população, não é tão seguro quanto ao esgotamento dos recursos alternativos à medicina institucional, nem quanto ao desaparecimento da carga simbólica que rodeia a doença, a cura e os agentes da cura, mesmo relativamente àquelas camadas da população que mostram maior capacidade de incorporar as mudanças. Verifica-se, de facto, um maior recurso aos agentes e aos meios da medicina institucional mas não o abandono das categorias cognitivas e dos padrões valorativos próprios do senso comum médico popular. Mais do que perante uma generalização dos padrões de conduta correspondentes ao modelo médico-científico parece estar-se, assim, perante uma recriação actualizada de velhas estratégias de saúde populares baseadas na pluralidade das fórmulas, dos recursos e dos agentes. ■

Maria José Ferros
Hespanha

Referências Bibliográficas

- 210
- | | | |
|---|------|--|
| Bochner, Stephen | 1983 | «Doctors, Patients and their Cultures»; in Pendleton, David & Hasler, John (ed.) <i>Doctor-Patient Communication</i> , Londres. |
| Boltanski, Luc | 1968 | <i>La Découverte de la Maladie</i> , Paris. |
| Boltanski, Luc | 1971 | «Les Usages Sociaux du Corps»; in <i>Annales. Économies, Sociétés, Civilisations</i> : 26, 1:205 e segs. |
| Ehrenreich, Barbara; English, Deirdre | 1973 | «Complaints and Disorders. The Sexual Politics of Sickness», Nova Iorque. |
| Hall, Wayne | 1983 | «Psychological Aspects of Locomotor Disorders: Rheumatoid Arthritis and non-specific Back Pain»; in Jayson, Malcom & Million, Raymond (eds), <i>Locomotor Disability in General Practice</i> , Oxford. |
| Hespanha, M. José Ferros; Hespanha, Pedro | 1984 | «As Consultas de Idosos em Clínica Geral. Relato de uma experiência em meio rural», <i>Actas das III Jornadas de Saúde de Aveiro</i> , 247/284. |
| Hespanha, M. José Ferros | 1985 | «O Consumo de Cuidados de Saúde em Meio Rural», comunicação as V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, 1984; in <i>Informação</i> , 1/84, Coimbra. |
| Hespanha, M. José Ferros | 1986 | <i>Entre a Ciência e a Tradição. O Médico de Clínica Geral perante as práticas médicas da população</i> , relatório para a NORAD, Coimbra. |
| Saavedra, Alberto | 1919 | <i>A Linguagem Médica Popular</i> , Porto. |
| Vala, Jorge | 1986 | «Sobre as Representações Sociais — Para uma Epistemologia do Senso Comum»; in <i>Cadernos de Ciências Sociais</i> , 4. |