
BERTA NUNES

Médica de Clínica Geral

SOBRE AS MEDICINAS E AS ARTES DE CURAR

233

A propósito da importância que tem para o médico o conhecimento dos factores que influenciam as práticas de saúde da população, reflecte-se neste artigo sobre as diferentes atitudes dos profissionais da saúde em relação às práticas médicas populares e testemunham-se várias situações correntes na vida do médico de clínica geral em que é posta em causa a tradicional atitude intervencionista da medicina oficial.

Postula-se o respeito pelo doente e pelas suas escolhas e exige-se do médico a superação do paradigma estrito que inspirou a sua formação, por um alargamento da visão da saúde e da doença fundado no conhecimento das práticas e dos padrões culturais que dominam a comunidade onde trabalha.

DENTRO da medicina oficial portuguesa surgiu, nos últimos anos, um novo tipo de médico que se pode considerar o herdeiro moderno do velho João Semana. Dotado de um novo perfil, menos tecnocrático e mais humanizado, ele está muito mais próximo das populações do que os médicos especialistas hospitalares.

Esta proximidade do médico da carreira de clínica geral, a quem competem importantes funções na área dos cuidados de saúde primários, tem de ser mais do que a mera proximidade física resultante da desconcentração dos serviços. Ela tem de desenvolver um contacto e uma compreensão íntima da cultura e das práticas sociais da comunidade onde o médico exerce a sua actividade.

As noções de saúde e de doença não são as mesmas na cidade e no campo, no Norte e no Sul. São influenciadas por factores culturais, pelas condições de vida, pelo clima, pelas actividades económicas dominantes, etc. Se não entender este facto, o médico de clínica geral verá seriamente limitada a sua eficácia terapêutica e nem sequer conseguirá comunicar verdadeiramente com os seus doentes. Na vez dele, os agentes de uma medicina popular tradicional continuarão a captar

uma boa parte da procura de cuidados para a cura dos males da população.

Trabalho há alguns anos como médica de clínica geral num concelho do Nordeste e, a partir da minha experiência quotidiana de contacto com o meio, tenho vindo a confirmar a importância desses factores na identificação dos problemas de saúde das pessoas e a consequente inadequação dos modos de comunicar próprios da medicina oficial e dos médicos em relação aos da medicina popular e dos seus agentes.

Este tema das várias medicinas e dos vários saberes com que o médico tem de lidar causa ainda hoje um grande constrangimento no meu meio profissional e suscita normalmente atitudes muito marcadas pelo preconceito e por uma falsa concepção de ciência.

**Que atitude
perante a
medicina
popular?**

De uma forma muito sumária posso reduzir a três as principais atitudes em relação aos agentes e às práticas médico-populares.

Há os que dizem decididamente que tudo é charlatanice e que eles deviam ser proibidos de exercer e mesmo ser punidos. Esta é uma posição normalmente defendida por pessoas pouco conhecedoras do que é a medicina popular e pouco abertas a aceitar o que é diferente. Pessoas que, defendendo religiosamente a ciência, têm de facto uma atitude preconceituosa e não científica face à realidade. Pessoas que, detentoras de um tipo de verdade securizante, que pensam ser a única, não estão disponíveis para reexaminar a realidade de um ponto de vista diferente do seu, esbarrando sem perceber no discurso circular e no conteúdo mágico-religioso que acompanha algumas dessas práticas. Pessoas, enfim, que frequentemente recalcam e rejeitam as suas próprias raízes culturais.

Há, depois, outros mais moderados que reconhecem que a medicina popular tem coisas aproveitáveis, algumas mesmo extraordinárias, e se dispõem a estudar cientificamente essas práticas e a aproveitar o que se revelar útil e eficaz, recusando o restante.

Para essas pessoas deveriam ser os médicos e os cientistas a ajuizar da validade do conhecimento médico-popular segundo critérios por eles pré-estabelecidos. Esquecem, todavia, que o sucesso desse conhecimento e a sua legitimação social é feita pelos que dele se utilizam, através das práticas médicas e conforme os resultados que obtêm e o significado que atribuem a essas práticas. Pode-se falar, assim, mais de uma eficácia material e simbólica da medicina popular do que de charlatanice, até porque um curandeiro ou

endireita sem qualidades e bons resultados é um curandeiro ou endireita sem futuro. Pode-se ainda falar num sistema de aprendizagem e de produção de competência técnica que funciona à margem dos meios e locais de produção e de difusão de conhecimento próprios da ciência.

Esta atitude representa ainda uma posição de poder dos saberes cultos sobre os saberes populares e desconhece que «os que não praticam as mesmas formas de fazer ou de pensar não estão do lado da ausência de cultura, mas participam de uma outra cultura».

Há, finalmente, uma terceira posição, que eu penso ser a mais correcta, que procura entender o porquê da ida do doente ao curandeiro e o porquê da eficácia dos actos terapêuticos por este praticados.

Procurar entender essas práticas significa situá-las na cultura de que fazem parte, cultura que, por não ser dominante, tem de ser descoberta.

Não cabe, decerto, ao médico sobrepor-se ao cientista social na revelação dos traços culturais da população que serve mas exige-se-lhe um esforço grande de atenção para valorizar os elementos heterodoxos dos comportamentos dos seus doentes enquanto reveladores de outras representações da doença, da cura e dos agentes da cura.

Há, assim, na nossa prática do dia a dia, incidentes que, se estivermos atentos a eles, nos permitem entender e dar sentido aos «desvios» da cultura médica popular. Passarei a referir alguns casos da minha experiência que traduzem uma opção por saídas médicas tradicionais e procurarei, a esse propósito, comentar a atitude do médico em tais circunstâncias.

Há cerca de três ou quatro meses uma das doentes da minha lista torceu ou partiu um pé (segundo ela era partido porque o pé «até ficou virado ao contrário»). O marido, que a acompanhava, chamou de imediato um táxi para a transportar para o serviço de urgência, mas ao chegarem à entrada do Centro de Saúde as pessoas que estavam à espera de serem atendidas disseram-lhe: «O mulher, não entre no hospital. Se entrar aí tem de ir para Mirandela fazer um RX ao pé, está lá até às quatro horas da tarde (isto passou-se de manhã), depois põem-lhe um gesso e ainda sofre mais. Vá antes ao endireita de V. que lhe compõe isso num instante e com menos sofrimento». A mulher assim fez.

Na semana seguinte chamou-me a casa para me contar o que se tinha passado. Queria que eu lhe visse o pé, se ia bem ou não, mas a minha sugestão de fazer um RX, para ver se estava bem ou se havia uma fractura, foi recusada.

**A arte de
compor os
ossos**

De qualquer forma o «endireita» tinha-lhe composto e ligado o pé e recomendado um mês de descanso na cama. O pé parecia estar bem e a mulher não tinha dores, pelo que assim continuou até começar a andar, passado o mês de repouso.

Este caso ilustra a falta de resposta dos serviços, em particular dos Centros de Saúde que, na sua maioria, nem sequer estão apetrechados com RX simples, que permitiria dar solução rápida a casos urgentes desta natureza.

Para além da não existência deste meio auxiliar de diagnóstico que pouparia muitos incómodos ao doente e dinheiro aos serviços de saúde (já que têm de ser transportados de ambulância ao Hospital Distrital para fazer à radiografia), no distrito de Bragança há um só ortopedista. No hospital distrital de Mirandela, para onde *temos* de enviar os doentes, o serviço de ortopedia é assegurado por um cirurgião geral com prática «de ossos». Os casos mais graves e complicados são, por isso, transferidos para o Porto.

Esta é talvez uma das razões porque as pessoas continuam a recorrer aos endireitas de mais fácil acesso e que resolvem muitas das situações mais comuns. Reconhece-se, ainda, que a experiência de quem passou pelos cuidados hospitalares nem sempre se saldou por resultados positivos (problemas com os gessos, sequelas da imobilização, falta de complemento fisioterápico, etc.).

Se os Centros de Saúde começam hoje a ser menos ameaçadores para as pessoas, à medida que se tornam mais conhecidos e familiares, o mesmo já não se pode dizer dos hospitais distritais e muito menos dos centrais, onde não se verifica nenhum esforço por integrar o doente e reduzir o seu isolamento.

As curas da alma

Num outro caso, uma doente contou-me que uma das suas filhas casadas tinha tido uma criança. O parto correria bem, mas poucos dias depois começou a ter um comportamento estranho com rejeição da criança. Estando o seu caso a agravar-se de dia para dia, resolveu a família interná-la numa clínica do Porto para tratamento. Porém, como ela não melhorasse, ao fim de várias semanas, decidiram levá-la a um bruxo de perto de Mirandela que lhe diagnosticou «uma alma encostada, que tinha entrado ao encontrar o caminho aberto». Este fez umas rezas e uns rituais e mandou-a para casa.

O certo é que depois que veio de lá, conta a mãe, ela começou logo a melhorar muito e em breve se restabeleceu.

Outro caso, da minha experiência, não teve tão bons resultados como o que acabo de relatar.

A Sra. B., de trinta e poucos anos, apareceu-me na consulta levada por familiares e amigos. Havia dois ou três dias que andava agitada e com delírios de prejuízo. Como a família se mostrava disposta a tratar dela e não queria um internamento forçado receitei-lhe um anti-psicótico para tomar em casa. No entanto, segundo me contaram mais tarde, ao sair da minha consulta e a pedido da doente, levaram-na a um bruxo que lhe disse tratar-se de uma alma encostada. Este diagnóstico, muito frequente em medicina popular, é feito em pessoas com perturbações de comportamento que podem ir desde a agitação ou mal estar de causa não definida, até aos comportamentos que, para os familiares ou vizinhos, são estranhos ou incompreensíveis.

Depois de vir do bruxo a Sra. B. ficou mais calma, durante esse dia, mas no dia seguinte voltou a ficar agitada com agravamento do quadro psicótico.

Face a esta situação, os familiares recorreram novamente à minha consulta, pedindo-me então que a internasse, já que não se sentiam capazes de lidar com a situação.

Enviei-a, então, para o Hospital Conde de Ferreira no Porto donde saiu melhorada, frequentando desde aí a minha consulta e não tendo recaído desde essa altura.

Há, nesta zona, vários relatos de pessoas a quem foram diagnosticadas «almas encostadas» e que melhoraram com a intervenção dos bruxos ou bruxas, mas penso que talvez nesses casos não se trataria, de facto, de crises psicóticas, mas de outras perturbações psicológicas mais ligeiras como depressões ou estados de ansiedade. Não sei, no entanto, se é legítimo fazer comparações entre categorias diagnósticas tão diferentes e que se regem por lógicas e princípios tão dissemelhantes.

Este caso põe, ainda e mais uma vez, o problema de falta de resposta dos serviços de saúde. Só existe um psiquiatra no distrito de Bragança e os casos urgentes têm, muitas vezes, de ser encaminhados para o Porto.

Uma das posições de medicina oficial em relação às práticas da medicina popular é, como referi anteriormente, a de tentar recuperar aspectos desta que se revelem eficazes. Ora os práticos de medicina popular pensam de modo análogo.

Na região onde trabalho, os bruxos mais conhecidos todos eles receitam medicamentos à mistura com plantas, mezinhas caseiras e rituais. Muitas vezes nós, médicos, somos confrontados com doentes que foram ao bruxo e nos pedem

**Os bruxos
também
receitam
medicamentos**

para passar as receitas dos medicamentos para poderem ter o desconto na farmácia. E, uma vez por outra, também nos pedem uma opinião sobre o diagnóstico e o tratamento do bruxo.

O caso que vou relatar ilustra o que acabo de referir.

A Sra. M., de oitenta e poucos anos, fora a parteira da aldeia até há vinte e cinco anos atrás, quando todas as mulheres tinham os filhos em casa. O parto fazia-se na posição de cócoras e ela «aparava» o bebé quando ele nascia, cortava a «embide», lavava e vestia a criança e preparava um caldo de galinha para a mãe comer após o parto. Tinha ajudado a nascer os homens e mulheres da aldeia entre os vinte e cinco e os quarenta e cinco anos. Talvez por isso não me reconhecia a mim, médica jovem, uma das muitas que tinham passado pela aldeia, autoridade nem competência para a tratar.

Frequentava a minha consulta regularmente para lhe renovar os medicamentos que já tomava há anos e com os quais se sentia bem. Às minhas tentativas de alterar, suprimir ou receitar outros medicamentos reagia sempre negativamente.

Há algum tempo atrás apareceu-me na consulta dizendo que tinha ido ao bruxo de N. Queria que lhe passasse as receitas dos medicamentos por ele prescritos e que já «levava quase tomados» e que a auscultasse. Eu assim fiz. A auscultação pulmonar estava normal mas os sons cardíacos pareciam-me um pouco aumentados de intensidade. Depois de lhe ter dito que estava tudo bem, apenas o coração batia um bocado forte ela tornou com um sorriso: «Foi o que o bruxo me disse. Ele disse que o meu problema estava no coração, de resto estava tudo bem».

Desta forma percebi que o que a Sra. M. queria da consulta, além das receitas, era tão somente a confirmação do diagnóstico do bruxo. Imagino que a partir daí a minha credibilidade como médica deve ter «subido uns pontos».

O direito do doente de escolher

Um dia uma das minhas «clientes» habituais veio à consulta acompanhada de uma vizinha que eu ainda não conhecia. Esta assistiu à consulta e no fim disse-me: «Ó Sra. doutora, eu também sou muito doente e gostava de falar consigo sobre a minha doença. Vou marcar consulta para a semana para lhe contar a minha história».

Na semana seguinte contou-me que há muitos anos, já casada mas ainda nova, tinha começado a ter umas «aflições»: desmaiava e ficava como morta. Como estava cada vez pior resolveu ir ao bruxo de M. para que a tratasse. Este então disse-lhe: «Ó minha filha, tu és muito doente, tens o coração muito fraquinho e um dia ainda te ficas. Mas eu vou-te curar.

Leva estes medicamentos, toma-os todos até ao fim e vais ver que te curas». Deu-lhe então um tubo de Gardenol (fenobarbital) que é um hipnótico-sedativo.

A mulher tomou o medicamento e esteve muitos anos sem ter aflições. Há dois ou três anos, como se sentisse pior, voltou ao bruxo que lhe receitou outro medicamento, que ela também tomou até ao fim. Sentiu-se melhor, mas, passados uns dias, voltou ao mesmo. Então arranjou mais Gardenol e recomeçou a tomá-lo por iniciativa própria.

O Gardenol é-lhe enviado pelas filhas que tem em França, porque aqui, diz ela, não encontrou medicamento igual. À minha observação de que aqui também existia o mesmo medicamento, embora com outros nomes, ela respondeu que era aquele que queria porque era com ele que se sentia bem... Ainda tinha guardado em casa o primeiro tubo que o bruxo lhe receitara.

Embora do ponto de vista estritamente médico eu devesse tentar convencê-la a mudar para um tranquilizante com menos efeitos indesejáveis e que tecnicamente teria os mesmos resultados, não me achei, contudo, no direito de o fazer, nem me pareceu que os meus esforços nesse sentido obtivessem qualquer resultado.

Assim, ela continua a visitar-me de vez em quando para conversar e me pedir conselho sobre as coisas mais variadas. Talvez da próxima vez que tiver um problema de saúde não vá ao bruxo de M., mas sim à minha consulta...

A Sra. J., é uma mulher de 63 anos, casada e sem filhos, antiga criada de casa agrícola na aldeia. Raramente frequenta a minha consulta, preferindo outros meios para tratar das suas doenças.

Numa das longas conversas de largo da aldeia que muitas vezes temos, contou-me que quando era nova sofria muito «da ciática» e que, para a tratar, foi um dia a Trancoso «queimá-la» a um ferrador, o qual lhe pôs um ferro em brasa em determinado ponto da orelha. Isto passou-se há trinta anos e só não ficou totalmente curada porque não cumpriu à risca o que o homem lhe mandou: estar vinte dias sem trabalhar e sem meter as mãos em água.

Não gosta de tomar remédios de farmácia. Para as constipações, usa banhos de mãos com água bem quente, sal e cinza. No dia seguinte, após ter feito este tratamento, «já está como nova». Para se defender do frio, lava-se com petróleo e nunca com água. As pessoas da aldeia sempre usaram «pegões» (emplastros) para qualquer dor ou frio que apanhassem. Agora os «pegões» já se compram na farmácia prontos a usar, mas dantes faziam-se em casa. A Sra. J. fazia-

**O doente
auto-
-suficiente**

**Autobiografia
de uma
mulher de
virtude**

-os com clara de ovo e sabão seco, tendo muitos bons resultados para as dores. Quando, por acaso, aparece com os olhos inflamados e vermelhos põe um paninho com mel e aguardente em cima das pálpebras e assim lhe passa. Para as «maçaduras» usa mel e sal miúdo refinado.

Estamos perante um exemplo da autonomia e do saber fazer de muitas mulheres do povo que, à falta de outros recursos, dispunham de soluções próprias para os problemas mais comuns da saúde. É sobre este conhecimento popular de base empírica que recai, em grande medida, a atenção dos que pretendem recuperar para a medicina oficial certas fórmulas terapêuticas suaves que possam constituir-se em alternativa às quimioterapias de efeitos secundários reconhecidamente indesejáveis.

«A primeira cura que eu fiz foi de um filho meu, que tem agora 29 anos. Estava eu num funeral quando o miúdo caiu e partiu um braço em dois sítios. O miúdo começou a gritar e os vizinhos socorreram o miúdo que ainda era pequenino e foram-me chamar. Quando eu cheguei e vi o miúdo com o bracinho dependurado, comecei a gritar, peguei no miúdo e comecei a endireitar-lhe o bracinho. O miúdo começou a mexer com os dedos, aliviando-se as dores e ele não deu mais um grito».

«As pessoas que estavam à volta disseram: '— Dizer que temos aqui uma pessoa que tem tanta virtude e nós muitas das vezes não termos a quem socorrermos; termos aqui e não sabermos quem nós tínhamos'. Eu virei-me para elas e disse: '— Não, eu não sei nada. Eu não tenho poder nenhum. Fiz isto ao meu filho mas não tenho poder nenhum'».

«Ora dali para o futuro toda a gente que tinha partido ou deslocado um osso vinha adonde a mim. Tenho 50 anos, já faz 25 que eu comecei a trabalhar e, graças ao Senhor, todo o osso que tenha ido à minha mão ainda não ficou ninguém aleijado. Claro que osso que já está partido há muito tempo e já tem calo não posso fazer nada. Mas pessoas que o tenham partido há dois, três dias, eu componho e ligo. Também uso plantas quando há pisaduras ou infecção. Receita muito à base de plantas e de argila que também é muito boa para as infecções. Também receito Ananase e Tanderil que são bons para as inflamações».

«Logo desde o início que comecei a trabalhar parece que conhecia as plantas todas. Os medicamentos melhores que existem no mundo são as plantas. Não há nada que chegue à natureza. Nós temos plantas no campo que se as soubessemos utilizar não tínhamos infecções, cancro e outras coisas.

Mas tem de ser desde o início que a gente começa a atalhar com essas plantas. Quando se começam a espalhar pelo corpo todo, como no cancro, já não se pode fazer nada. Quando vejo um doente parece que é Deus que me diz quais os medicamentos ou plantas próprias para essa doença. Doença que eu não possa curar parece-me que não há ninguém no mundo que possa».

«Há pessoas que dizem que não há espiritismo, mas há sim, porque Deus deixou tudo no mundo; deixou o bom e deixou o ruim. Há alminhas que precisam e vêm procurar remédios para a salvação e há outras que têm a salvação de Deus. Estas chamam-se espíritos malignos que andam a vaguear pelo mundo para tentação das almas. Nós próprios tanto nos podemos transformar em santos como em inimigos. Porque os inimigos somos nós próprios uns para os outros. De nós próprios é que se transforma a santidade e o mal».

«As pessoas vítimas desses espíritos vão a vários médicos e continuam a sofrer horrivelmente porque os médicos não entendem dessas doenças. A não ser que recorram a uma pessoa como eu que tenha a virtude de curar essas doenças, elas não se curam. Os médicos fazem muita falta no mundo porque há doenças que nós não podemos curar e eles curam; mas também há doenças que os médicos não conseguem curar e nós curamos».

Ao contrário da atitude arrogante de muitos profissionais de saúde, eu penso que o doente tem direito a optar, desde que devidamente informado, pela solução que entender para resolver os seus problemas de saúde.

A tolerância deve ser uma das qualidades principais do médico. Só respeitando o doente e as suas escolhas poderemos ter o respeito deste e a sua confiança. Isto não significa ter uma atitude passiva, mas uma atitude reflectida. Existe, obviamente, a questão dos limites dessa tolerância, que tem de ser colocada e não se afigura fácil de resolver. Aparentemente esses limites coincidiriam com o que não pode ser considerado gravemente lesivo ou fatal, mas a verdade é que estas categorias têm contornos muito difíceis de definir e podem ser, por isso, enganadoras.

Uma das implicações práticas desta questão tem a ver com a atitude do médico perante as situações do doente ou do doente terminal.

No concelho onde trabalho há um grande número de pessoas idosas, já que os adultos e jovens continuam a emigrar em grande número e, também por esse facto, a natalidade é baixa. Muitos desses velhos vivem sozinhos porque os filhos estão em França, no Brasil ou em Lisboa, por exemplo.

Reflexão final

Muitos são internados no Centro de Saúde quando o seu estado se deteriora o que, muitas vezes, significa a aproximação da morte. Apesar de estes velhos em vida serem pouco apoiados, quando se aproxima a morte os familiares querem que o velho morra em casa e pedem para o levarem do Centro de Saúde se pensarem que ele vai morrer.

Ora nós, médicos, que fomos formados a negar a proximidade da morte e a tentar tudo o que for possível até ao fim, dificilmente aceitamos renunciar à missão de prolongar a vida do doente. Acresce que não sabemos, por via de regra, reconhecer os sinais da aproximação do fim e, portanto, somos menos capazes de identificar o momento em que o nosso esforço deixa de ter sentido, diferentemente, aliás, dos enfermeiros, que têm, em geral, uma percepção mais clara de quando a morte se aproxima, dado o seu maior contacto com o doente e uma grande experiência de lidar com a morte.

A reflexão que tenho vindo a fazer sobre a minha experiência tem-me levado, portanto, a moderar muito a atitude intervencionista dos primeiros tempos e a dar mais atenção a um dos direitos mais fundamentais do doente: o direito a morrer em dignidade.

Por tudo isto penso que o médico, em particular o clínico geral, tenderá a ter uma acção tanto mais positiva junto dos seus doentes quanto mais conseguir superar o paradigma médico estrito que inspirou a sua formação e alargar a sua visão da saúde e da doença, a partir do conhecimento das práticas e dos padrões culturais que dominam a comunidade onde trabalha. Aí tem também um lugar, naturalmente, a Medicina Popular. Ela tem sido e continua a ser, ainda hoje, um dos recursos destas comunidades. Não podemos rejeitá-la ou hostilizá-la. ■