

INVENTAR PERCURSOS,  
REINVENTAR  
REALIDADES: DOENTES,  
TRAJECTÓRIAS SOCIAIS  
E REALIDADES FORMAIS

*Graça Carapinheiro*

A complexidade dos problemas que caracterizam o processo de articular cuidados de saúde impõe uma perspectiva de análise do sistema de saúde radicalmente diferente daquela que é utilizada habitualmente. Neste sentido, optou-se pela realização de um estudo de caso que permitiu uma leitura em profundidade das representações e das práticas que tecem a densa malha social dos processos que os profissionais e os doentes protagonizam para conseguir atingir objectivos e desenvolver estratégias que maleabilizam o sistema de saúde à integração da diversidade das suas culturas. Assim, foram colocados frente a frente uma comunidade com os seus recursos globais e um sistema com as suas instituições legitimadas, como duas ordens sociais igualmente complexas e com fundamentos culturais igualmente diversos. Este estudo permitiu determinar a equação fundamental da resistência do sistema de saúde aos processos de mudança, emergentes nas trajectórias sociais definidas pelos indivíduos nos consumos de saúde e que se vão pronunciando ao longo da análise das representações dos profissionais sobre os cuidados de saúde e nas posições por eles tomadas face à articulação dos cuidados.

A construção das representações dos saberes dos doentes e das formas sociais que adquirem no seu accionamento constituíram um instrumento analítico, de valor inestimável, para identificar e interpretar as posições tomadas quanto ao seu reconhecimento e legitimidade. O sistema de saúde ganha visibilidade como um sistema global de resistência ao funcionamento dos saberes profanos e à diversidade de estratégias sociais a que estes saberes dão lugar.

A complexidade dos problemas que caracterizam o processo de articular cuidados de saúde, no âmbito da organização e do funcionamento do sistema de saúde português, impõe uma perspectiva de análise do sistema de saúde para a qual propomos uma metodologia centrada no estudo de caso.

Este estudo foi realizado numa comunidade localizada na área peri-urbana de Coimbra. A principal razão para a escolha desta comunidade foi o facto de dispor de uma unidade de saúde local (a extensão de um centro de saúde de Coimbra) que está muito próxima (a dez quilómetros) da cidade que constitui o pólo da mais alta concentração de recursos de saúde no país em proporção com o número de habitantes. Assim, as escolhas das unidades prestadoras de cuidados de saúde feitas pela população desta comunidade e os percursos de articulação que esta mesma população define, torna este estudo de caso paradigmático para a compreensão das variáveis estruturais,

internas e externas ao sistema de saúde português, na construção de um modelo de interpretação da articulação entre cuidados (Carapineiro e Pinto 1987, Carapineiro e Hespanha 1997).

A hipótese de base assentou na ideia de que associar cuidados primários aos centros de saúde e cuidados diferenciados aos hospitais, ou decretar a dissolução destas dicotomias, como ocorreu recentemente no sistema de saúde português, tem contribuído para obscurecer duas realidades estruturais de extrema importância.

A primeira diz respeito aos diferentes modelos de racionalidade que subjazem aos centros de saúde e aos hospitais, em termos da sua história institucional, da sua história política, da especificidade da sua estrutura organizativa, das suas práticas profissionais e, finalmente, da natureza e composição dos seus recursos globais.

A segunda tem a ver com as diferentes trajetórias sociais definidas pela população no consumo de cuidados de saúde, dando origem a estratégias orientadas para a minimização das ineficiências do sistema, a partir da diferenciação dos recursos que os vários grupos detêm para acederem aos cuidados de saúde e superarem os seus factores de bloqueamento.

A informação sobre os modos como a população estudada se organizou para aceder aos diversos níveis de cuidados e também sobre as estratégias de contorno orientadas para um acesso mais rápido a esses níveis apoiou-se, simultaneamente, na monografia da comunidade e nas narrativas dos doentes, através da realização de dezanove histórias de vida. O critério principal seleccionado para a constituição desta amostra foi a inclusão de pessoas que tivessem uma carreira de doente, com múltiplas experiências no sector público e no sector privado da produção de cuidados de saúde, com particular incidência no recurso aos cuidados hospitalares. O cumprimento deste critério permitia analisar a produção de estratégias sociais criadas para minimizar as ineficiências do sistema, tendo em conta os recursos diferenciais dos indivíduos.

### **Inventar percursos, reinventar realidades**

A análise das histórias de vida revelou a existência de regularidades sociológicas que emergiram à volta das trajetórias definidas pelos indivíduos no acesso aos cuidados de saúde, no recurso à rede de relações sociais para resolver as dificuldades e os problemas surgidos nesse acesso, no valor estratégico atribuído aos médicos dos centros de saúde e aos médicos hospitalares e, finalmente, nas formas de percepção e avaliação do sistema de saúde que resultaram da multiplicidade das suas experiências (Philippe e Aiach 1981, Aballea 1982, Hespanha 1987a e 1987b).

As trajectórias definidas pelos doentes demonstram as enormes dificuldades sentidas na procura dos profissionais capazes de resolverem efectivamente os problemas de saúde. Todas as narrativas evidenciam a descontinuidade entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares e a interposição do sector privado, quer por procura voluntária dos doentes (na maioria dos casos motivada por insucesso do tratamento no centro de saúde ou por insucesso do tratamento hospitalar), quer por sugestão do médico de família, quer por sugestão de familiares, amigos e vizinhos, quer ainda por procura induzida, quando os profissionais que trabalham no sector público procuram deslocar essa procura para o sector privado, nomeadamente para os seus consultórios particulares ou para as clínicas privadas onde exercem a sua actividade.

Em geral, estas trajectórias iniciam-se nos centros de saúde, com o médico de família. Mas, face à persistência dos sintomas, face ao agravamento da situação clínica, ou face à necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, por iniciativa do médico de família os doentes são enviados para as consultas de especialidade nos hospitais, com uma credencial, ou são mesmo orientados, através de uma carta pessoal, para o colega hospitalar.

[...] Um dia vou lá para passar a receita e ele começou a olhar para mim: – Oh! rapariga, tu tens um problema no pescoço!. Eu digo assim, pois eu considerava-o como uma pessoa da família: – O que é que eu tenho no pescoço, Sr. Dr.? Então o pescoço está agarrado à cabeça! Eu, assim, na brincadeira com ele. Ele: – Estás-te a rir, mas olha que isto não é caso para rir. Sabes que tens a tiróide? E eu vou assim: – Isso deve ser mais alguma doença nova! Eu assim para ele, não sabia o que era. Ele diz assim para mim: – Olha lá! Tu sabes aquelas pessoas que têm o pescoço grande e assim gordo e tal? – Sei! – Então é isso que tu tens! Eu digo assim: – Agora também era só isso que me faltava, engordar no pescoço! Mas tudo assim, na brincadeira. Ele vai e diz assim: – Toma lá a receita do teu marido e toma lá esta credencial, vai fazer um exame! E eu disse: – Onde é que eu vou fazer isto, Sr. Dr.? – À Faculdade de Medicina, lá é que tu tens que fazer (Hist. Vida, n.º 11).

[...] E então eu tive sezões que ainda dizem que é das zonas palustres, e de maneira que me inflamou o baço e o fígado, de maneira que o baço é pequenino e ficou como uma tábua, assim... até aqui. E a vesícula daqui, inflamou o fígado e a vesícula... ficou assim, até aqui também. E então faça ideia do estado que era e das dores que era. Andava então no médico que cá estava nessa altura. Depois tive que ir ao hospital, então por isso. Foi o médico que me mandou para o hospital, o médico daqui. Era um médico que havia cá, mesmo aqui, é que me mandou para o hospital (Hist. Vida, n.º 10).  
[...] Depois vim aqui à Dr.<sup>a</sup> porque todos os meses tenho que vir aviar medicamentos, para não aviar todos que é difícil. Enquanto andava no médico e na médica eu contava tudo à Dr.<sup>a</sup>, que eu gosto muito dela. Depois

como andava há já muito ano na fábrica, pedi à Dr.<sup>a</sup> uma credencial para fazer um torax, um exame aos pulmões, onde isso já acusou silicose. O raio x acusou silicose. Depois o coração estava aumentado de volume e tinha uma pequena escoliose da coluna [lê os documentos enquanto relata as doenças], que é o que eu preciso que a Dr.<sup>a</sup> passe para ir para a medicina física, porque já faz um ano que me cortaram a baixa (Hist. Vida, n.º 13).

Mas existem trajectos que se definem a partir da iniciativa pessoal do doente, podendo esta iniciativa ser reforçada por recomendações especiais de algumas pessoas que ou são familiares, ou amigos, ou vizinhos, podendo ser, em cada um destes casos, simultaneamente, profissionais de saúde:

[...] Lá contei a uma vizinha que conhecia tudo nas urgências e vai e diz assim: – Oh! Tia A., eu vou consigo às urgências, porque você pode apanhar uma infecção! E fui para as urgências. O médico que me atendeu vai assim: – Olhe, um pólipó! E depois ele vai, ele vai, e diz assim: – A Sr.<sup>a</sup> vai ter que ficar internada! Eu fiquei internada. No dia seguinte, aquilo foi a um sábado, aparece-me um médico a fazer um exame e vai assim: – Mas como é que a Sr.<sup>a</sup> aqui entrou? E eu disse: – Oh! Sr. Dr., foi isto e isto e isto! Uma vizinha meteu-me muito medo, que eu podia apanhar uma infecção. Depois vim às urgências e disseram-me que havia de ficar internada e aqui estou! Não disse mais nada. Um médico novo, muito boa pessoa, muito bem parecido. Não disse mais nada. Comecei a levar o tratamento, até que levei a cortagem (Hist. Vida, n.º 5).

[...] E eu então o que é que eu resolvo? Vou para o hospital para as urgências. Cheguei às urgências e tinha lá um médico amigo. Tinha e tenho. E então telefonou-me a sogra dele para eu ir lá às dez horas ao hospital que ele estava lá e me atendia. Pois, coitado do médico, fez tudo o que podia por mim. Só que, pronto... assim que eu lá cheguei fui logo ter com ele. Fui logo. Ele levou-me ao raio x, fez logo um raio x ao braço. Pensou que era qualquer coisa do coiso. Viu que não era nada. Foi-me levar à ortopedia a uns amigos, a uns colegas, e pediu. Eles estavam até a engessar uma senhora numa perna e largaram logo a senhora. Pois, a pedido dele, fizeram logo o meu tratamento (Hist. Vida, n.º 8).

[...] Mas essa rapariga vai assim: – Oh vizinha!, Deixe estar que eu falo com o Sr. Dr... falo com o Sr. Dr. que ele é cardiologista e ele tem lá um médico bom no hospital e, por intermédio dele você vai à consulta. Ele marca-lhe uma consulta e eu digo-lhe o dia que é e vocês vão lá. Até fomos na carrinha dela. Numa carrinha grande e forte. Fomos até ao médico. Ela foi levar a gente ao hospital. Quer dizer que fomos logo atendidos. Levámos o nome dele. Ele mandou-nos estar lá à nossa espera. Ele chegou e diz que ficou à espera nos elevadores para dar informações à gente. E o Dr. estava à nossa espera. Entrámos logo para o consultório dele. Ele foi logo atendido. Ele disse logo: – O Sr. B. tem que ser internado. Nós vamos fazer uns exames. Tem que ficar cá internado e depois se vê! Quer dizer então que ele disse o dia que ele havia de ficar internado. E ficou. Ficou lá internado. Não foi preciso fazer papéis nenhuns no banco, nem nada. Pois, cá em baixo nas consultas externas. Depois eu tratei do internamento dele, depois de ele lá estar, Pronto

foi assim (Hist. Vida, n.º 1).

Outras vezes estes trajectos desencadeiam-se numa situação de crise súbita do estado de saúde, ou do aparecimento abrupto de sintomas preocupantes, em que a única solução é o recurso à urgência hospitalar, a que se segue, ou o internamento imediato, ou a orientação para a consulta hospitalar:

Ele sentiu-se mal disposto no matadouro. No matadouro, não! Sentiu-se mal disposto aqui em casa: – Tenho uma dor no peito! Tenho uma dor no peito! Um amigo dele pegou nele e levaram-no logo de carro e ficou internado. Ficou lá internado um mês e pouco (Hist. Vida, n.º 9).

[...] Ora, quando eu andava em tratamento sobre a minha perna, depois surgiu-me outro problema que foi... isto foi em 1990. Em 1990 tive de ir às urgências. Tinha arritmia cardíaca. A tensão alta aproximou-se muito da baixa e estive... fui muito mal. Isto ainda estava em S. Silvestre, ainda estava no posto de S. Silvestre e eu vi-me atacado. Peguei no carro e fui às urgências a Coimbra. [...] Quando cheguei lá fui às urgências. Mas eu estava tão aflito que nem fiz logo o inquérito. Estava lá uma empregada e disse: – Olhe, entre já lá para dentro! Passei lá um dia inteiro. Estive lá, puseram-me logo a soro na altura em que cheguei e tiveram-me deitado. Fizeram-me diversos exames (Hist. Vida, n.º 19).

Um dia fui tomar banho e é que dei com aqui [lado direito da mama] com um caroço. E fui ao Dr. M. a Ardazubre e ele mandou-me logo fazer uma mamografia e foi no D. C. E o Sr. disse-me: – Olhe, a senhora tem um problema que tem que o tirar, e quanto mais depressa for, melhor, porque depois pode dar mau resultado! E então, pronto, eu fui ali ao Dr. M. com um relatório do laboratório D. C. em Coimbra. E depois trouxe uns papéis e fui mostrá-los ao Dr. M. e ele mandou-me logo ir marcar consulta no IPO. Depois eu fui... isto vai fazer quatro anos. E eu fui e logo em três semanas fui operada ao meu peito (Hist. Vida, n.º 18).

Por sua vez, em todos os trajectos definidos pode recorrer-se ao sector privado, configurando-se esse recurso segundo modalidades diversas, como já foi anteriormente referido. Começando pela procura voluntária da medicina privada, pode estar na origem deste tipo de procura a constatação da ineficácia do sistema público:

Pois quando ela nasceu a gente pensámos que ela era perfeitinha. Assim como devia ser. Depois então, ao fim de três semanas dei-lhe banho. E depois, quando ele chegou a casa, eu vou assim: – Oh António! Olha para a menina! E ele realmente também viu. Depois então fomos para Coimbra com ela. Com ela a pé ao fim de três semanas. Naquele tempo a gente vivíamos muito miseráveis. Quer dizer que eles lá perguntaram aonde é que eu a tive. Eu disse: – No quarto! Pois é, minha senhora, disseram eles, foi uma meningite que a menina teve ao fim de três semanas! Depois ela ficou assim! Mas podia ficar pior, pois como ela estava, já não podiam fazer nada. A meningite deu-lhe ao fim de três dias é o que foi, e eu, ao fim de três semanas é que dei por ela. E

depois então receitaram-me um remédio para a menina, mas aquilo já pouco valia. E assim tem andado. O problema delas é verem pouquinho. Ando com elas no Dr. B. M. Cada vez que ele... são 16 contos, agora com elas as duas [...].

Este relato mostra a inevitabilidade da procura da medicina privada, quando no sector público de saúde a irresolução deste problema apresenta um carácter definitivo, com uma implícita reprovação das condições materiais que envolvem a vida, a saúde e a doença. No entanto, nasce outra filha com o mesmo problema, acabando esta família por recorrer ao médico privado mais do que uma vez:

[...] Tiveram sempre problemas de vista: Eu ainda as levei a um médico que havia na portagem. Ainda as levei a um que havia lá para os lados de cima da rua da Junqueiras. Essa minha mais nova foi a um especialista lá [...]. O que me levou ao Dr. B. M. fui eu, que corri muitos especialistas com elas e nos hospitais, e diziam que elas já não tinham cura, compreende? E há um ano fui com a mais velha ao hospital e disseram que ela já não tinha cura (Hist. Vida, n.º 2).

Uma outra modalidade de que se reveste a procura voluntária da medicina privada organiza-se à volta da necessidade de confirmação de diagnósticos ou de decisões e procedimentos terapêuticos. Geralmente exprime uma enorme desconfiança das práticas e das decisões tomadas pelos profissionais de saúde quando realizadas em meio hospitalar, tomando no discurso a forma de uma descrença geral do hospital e de uma crença geral do melhor atendimento do médico privado.

[...] Lá nas consultas do peito é que me aconselharam a ir à ginecologia, porque há sempre uma possibilidade, uma vez que o peito tem uma coisa com a outra e podia ter qualquer problema. Foi por isso que antes de ser operada ainda fui a um especialista cá fora que era um Dr. que era operador na clínica de M. C. Foi onde eu lá fui a uma consulta. E ele disse-me que me operava lá, mas ficava num dinheirão. Ele não é operador daqui para cima. [...] E eu continuei onde estava. Fui por causa daquele medo. A gente não acredita nos hospitais, não estamos bem acompanhadas como somos num especialista cá fora (Hist. Vida, n.º 16).

Foi o médico que me mandou para o hospital, o médico daqui. Era um médico que havia cá mesmo aqui, é que me mandou para o hospital. Depois eu já não me podia mexer, nem nada. E depois, desta vez, estive lá quatro meses e tal. Fui num carro acompanhada pelo meu marido e por uma irmã minha. E depois fomos lá. Eu, antes de vir para o hospital ensinaram-me para eu ir a um médico que era muito bom que era o Sr. Dr. A. A., não sei se era professor no hospital. Tinha consultório no centro de Coimbra e eu andei lá ainda. Depois ele também disse que não havia mais nada a fazer, que era ir para o hospital (Hist. Vida, n.º 10).

Mas há casos em que a procura da medicina privada é justificada pelo insucesso dos serviços prestados pelo médico de família:

Eu quando fiquei em casa já não comia, não dormia, nem falava. Fez um ano dia dois de Novembro. Depois, a partir daí andei aqui na Dr.<sup>a</sup> uma data de meses. Depois acontece que fiquei paralisada da parte esquerda do corpo. Nem o olho fechava. Tenho dias que nem sinto este braço [esquerdo] e esta perna [esquerda] anda presa. E isto em Fevereiro. Depois fui ao Dr. E. A., ele tirou-me os medicamentos [os receitados pelo médico de família] e deu-me outros. Normalmente ia lá de quinze em quinze dias. Eu ia lá, por exemplo: não tinha voz e de hoje a quinze dias tinha que lá ir outra vez (Hist. Vida, n.º 13). Pois eu andava lá no médico de família. Depois apareceram-me estas borbulhas na cara. E eu andei um tempo, mas nem me queria, não me queixava, não é: – Ah! Sempre a queixar! Parecemos umas queixinhas! Depois andei, andei. Nisto começou a ficar, a teimar, a alastrar, e depois, assim que eu pude cheguei lá ao médico. E ele receitou-me uma pomada que não me fez nada. Depois, receitou-me a segunda vez. Depois eu fiquei com a pele, a pele mesmo a esfarelar, mesmo como a roupa queimada. Fiquei assim muito... depois as pessoas começaram a dizer: – Ai, vai à dermatologia, vai ao Sr. Dr. Prof. J. M. C.! Ele é aqui de... até costuma vir aqui até nós, até nem costuma levar nada. Depois eu fui lá, ele não me levou nada, mas marcou-me para a dermatologia (Hist. Vida, n.º 14).

Também se identificaram casos em que é o médico de família que sugere a consulta de medicina privada de um colega especialista, para confirmação do melhor procedimento terapêutico:

[...] o médico não tinha outra alternativa senão mandar-me para a especialidade a que ele se referia, que era a da coxa artrose e então passou-me uma credencial para ir ao médico especialista em que, parece-me que ainda me lembro, que era o Dr. P., salvo erro, que era o médico especialista. Eu fui a esse médico com essa credencial, e ele disse-me: – Olhe, o Sr.! Pronto, observou-me, esteve a observar-me e viu as minhas chapas e disse: – O Sr. não tem outra alternativa, isto aqui não tem qualquer alternativa, o Sr. só a operação, o Sr. já se nota aqui um bocado de desgaste do fémur, já tem um desgaste mesmo profundo. No entanto, isto o Sr. terá que ser proposto a operação, ou então terá de ir para a fisioterapia para aguentar algum tempo, mas daqui a algum tempo o Sr. tem que ser operado (Hist. Vida, n.º 19).

Há ainda casos em que o recurso à medicina privada tem por base experiências mal sucedidas no hospital, como é ilustrado no seguinte testemunho:

Bem, fomos para o hospital. Foi a um fim-de-semana e chegámos lá e puseram-lhe o gesso em cima da ferida. Ele veio para casa e não parava com tanta dor. [...] Ele não aguentava tanta dor e eu fui, fui com ele lá ao médico. Fomos para lá, ninguém queria tirar o gesso, porque ninguém se queria responsabilizar. Para trás e para diante, claro, pois a gente não pode desfazer aquilo que o médico fez e para trás e para diante e eu respondi para elas: – Olhe,

se a Sr.<sup>a</sup> não se responsabiliza, eu responsabilizo-me, e se não tirar o gesso, tiro--lho eu, porque ele não pode com dores. Alguma coisa está aí mal feita! [...] e eu então deram-me o papel e eu assinei. [...] depois de eles o irem cortar, o médico vai, rasgou o papel e eu digo assim: – Então o Sr. Dr. está a rasgar o papel porquê? Primeiro queria que eu assinasse o termo de responsabilidade, agora está a rasgá-lo! : – Oh, minha senhora, estou a rasgá-lo, porque a Sr.<sup>a</sup> tinha razão! O seu marido se demorasse para amanhã, nós tínhamos que lhe cortar a mão! [...] e depois, após esse acidente, não ficou... quer dizer, talvez por se sentir com medo, que ele é uma pessoa muito pensativa, com medo que ficassem com a mão e tal... quer dizer, curou-se da mão, mas ficou com problemas na cabeça. Andei então com ele num médico particular (Hist. Vida, n.º 11).

Por outro lado, registaram-se nas histórias de vida dos doentes episódios em que os médicos induzem claramente os doentes a utilizarem os seus serviços, não no sector público, mas no sector privado:

[...] E depois, agora este médico também não é para estar a nomear, também não interessa, que é um médico particular, já lá fui mais, agora até vai fazer para o fim de Maio um ano que eu lá fui, nunca mais lá fui, e esse médico propôs-me que a vista, que o olho está muito mau, se ele... claro que eu já não posso ser operada, mas ele disse-me assim: – Olhe, a Sr.<sup>a</sup> quer ser operada numa clínica, que é muito mais rápido, ou no hospital? Eu disse, eu depois disse assim: – Sem falar com o meu marido não posso decidir, mas, se calhar, fica muito caro! E ele disse: – Pois, ficar caro, fica! Nessa altura disse-me primeiro, ainda a primeira vez, disse-me que ia para uns trezentos contos: Agora, quando eu lá fui ultimamente já me disse que devia ir para perto de quinhentos contos, numa clínica que ele também lá faz, mas ele também faz consulta particular, faz na clínica, faz no hospital, faz em todo o lado, é ganhar dinheiro. E depois, falei com o meu marido e ele disse que, pois, que na verdade era muito dinheiro para quem é pobre, e mais agora ele está até desempregado (Hist. Vida, n.º 12).

Nunca fui a Coimbra, vinha aqui a esta médica e depois ela receitou-me umas gotas, mas não me... Ai! Ainda fui ao Dr. E. L., que é na portagem, antes de vir aqui e ele já me queria operar, mas queria-me operar lá no consultório dele, nunca me marcou para o hospital, isto era na clínica privada. E eu então tinha uma filha para casar em Junho, faz agora dois anos que eu lá fui ao médico e ele queria-me, naquela altura, quarenta contos de cada vista, e depois eu disse-lhe: – Oh Sr. Dr., olhe, eu vou para casa e vou falar com a minha família, porque tenho isto assim, assim e o dinheiro faz-me falta, porque a gente somos pobres, claro, e o dinheiro faz falta! : – Olhe, então a Sr.<sup>a</sup> vai para casa, leva o número do meu telefone e depois telefona para cá, no dia que lhe fizer mais jeito a Sr.<sup>a</sup> vem cá. Dou-lhe cinco contos de consulta e, quer dizer, vim para casa e depois vou assim: – Será que ele levará tanto dinheiro se eu falar para ela [médica de família] me arranjar uma consulta no hospital? Quer dizer que assim foi. Eu vim aqui ter com ela e contei-lhe o que lhe estou a contar e ela disse-me: – Pois é! Vocês têm muito dinheiro

para gastar, porque o Dr. E. L. também faz consulta no hospital! (Hist. Vida, n.º 15).

Há doentes que, declaradamente, utilizam a medicina privada por considerarem que é no seu âmbito que os seus problemas são resolvidos com mais rapidez e com mais eficácia. Consideram igualmente que o centro de saúde (que muitas vezes é designado por posto médico) serve para “coisas menores”, como controlar o peso e a tensão, passar baixas e atestados médicos. É o que considera a doente de que se regista o seguinte depoimento:

Pronto, os problemas são os problemas psíquicos. Isso já dura, sei lá, há mais de cinco anos, talvez. E vou a um médico particular que é o Dr. R. M.. Ando a ser seguida por ele desde essa altura, já há bastante tempo. Depois comecei, porque não havia aqui posto médico, é que eu comecei a vir aqui, para passar receitas, coisas assim, não é? Porque tem que ser assim mesmo, e para controlar tensão e peso, sei lá, e outras coisas que sejam precisas, uma gripe, uma coisa qualquer, é evidente que venho aqui. Agora dessa parte psíquica é que eu tenho que ir mesmo a um especialista, porque já fiz, por duas vezes, dois disparates de tomar medicamentos. Fui parar ao hospital, isso tudo derivado à vida que se passa em casa, que se passava, portanto é que eu comecei a ir lá ao médico e continuo lá. Não deixo de ir, porque acho que, para mim, quanto a mim gosto de lá ir, acho que é um médico que me tem ajudado bastante. E quanto ao outro médico particular ginecologista é evidente que tenho que lá ir também, porque já é meu médico aí há uns 15 anos, e como tenho dispositivo posto por ele, tenho que ser seguida lá, não é? Também como médico, acho-o um médico ótimo e vou lá. E venho aqui, pronto, todos os meses venho aqui, porque tenho estado de baixa e venho aqui. Também vou a um médico particular, porque se vamos para a caixa, andamos lá toda a vida, embora custe uma nota, mas tem de ser (Hist. Vida, n.º 6).

Estes depoimentos mostram o campo de consumos alternativos de saúde que sustentam as trajetórias dos doentes no acesso aos cuidados de saúde (Fischer 1981), tornando-as irregulares, sinuosas e, até mesmo incompreensíveis, se insistirmos em continuar a interpretá-las segundo o modelo convencional de articulação entre os cuidados, politicamente configurado para a continuidade e para a complementaridade entre cuidados primários e cuidados hospitalares (MacDonald 1993). O que estes dados nos mostram é quão falsa é esta imagem de harmonia entre os cuidados, e quão complexa é a trama urdida pelos indivíduos no uso de centros de saúde, hospitais, clínicas e consultórios privados, emergindo em cada história uma história única, constituída por percursos impulsionados por movimentos irremediáveis de acção no sistema e de reacção ao sistema (D’Houtaud 1977, Zakia 1988).

A inventividade demonstrada pelos indivíduos apoia-se na utilização de recursos estratégicos de um valor inestimável, como é o caso das redes de

vizinhança, das redes de parentesco e das redes de amigos e conhecidos, sempre invocada em cada história recolhida como tendo contribuído, com êxito, para facilitar os percursos e para amenizar as dificuldades nas situações concretas de doença. Há sempre uma prima ou um primo, uma comadre ou um compadre, um padrinho ou uma madrinha, uma vizinha ou um vizinho, um médico amigo, um enfermeiro amigo, um administrativo conhecido, a quem se reconhece a importante função de intermediação entre a necessidade e a sua satisfação:

Hist. Vida n.º 1 – “O médico amigo”

Até que eu pedi a uma rapariga que está no Pátio da Inquisição, que é lá empregada também nisto dos serviços, e pedi a um médico que era um cardiologista que trabalhava lá no hospital, por intermédio dele pedi então a esse Dr. que trabalhava no VIII piso para o internar. E o médico por intermédio deste que é amigo da M. internou-o.

Hist. Vida n.º 2 – “Primas e sobrinhas”

Olhe, quem me marcou as consultas até foi uma sobrinha minha que eu lá tenho. Tenho lá duas primas empregadas no hospital. E uma delas até é madrinha da minha menina mais nova. E ela é que marcou as consultas no hospital.

Hist. Vida n.º 5 – “O padrinho de casamento”

Depois o meu padrinho, o Dr. C., ainda está aí! Um senhor que tem também a fama que tem um cancro na garganta e fala baixinho, e ele até era da família, foi padrinho de casamento do meu homem, era da família, a mulher era da família do meu homem, era prima direita, e depois levou-me à Casa de Saúde a um médico que lá havia.

Hist. Vida n.º 7 – “A criada com um patrão médico”

Tornou-me a dar a crise e eu andava assim muito fraquinha. E a criada do Dr. com quem eu depois fui observada disse: – Oh G., então andas assim tão mal? Ai Jesus, custa-me tanto ver-te assim! Tu, se quisesses, ias a uma consulta do meu patrão, que eu arranjava-te!: – Oh C., então tu vais-me arranjar uma consulta ao teu patrão? Então como é que há-de ser? Então ele não se chateia com isso? : – Ah, não te atrapalhes! Não te preocupes que ele te consulta! E eu fui lá. Olhe, ele era médico disto, daquilo! Ele já nem era médico, ele era professor!

Hist. Vida n.º 8 – “A prima enfermeira”

Aqui a médica disse-me que era difícil ir para lá, porque era preciso as credenciais mandadas pelo hospital. Que era difícil. Até me falou que era um ano. Só daqui a um ano ou mais é que eu ia para lá. Eu lá me agarrei a uma prima que lá tenho que é enfermeira. Trabalha lá no hospital, no raio x. E lá me agarrei a ela, lá me conseguiu.

Hist. Vida n.º 11 – “A pretensa prima”

Eu não queria ir à frente de ninguém, não é? Depois tive que ir ter com ela [uma pessoa que trabalha nas análises]. Então, eu chegava às oito e meia e ela chegava também, esperava lá por mim. Volta e meia ia ver lá fora se eu estava lá. Assim que eu chegasse era logo chamada [...] eu nem tinha direito de me sentar. Ela está em lugar de minha prima, vá lá!

Hist. Vida n.º 12 – “A prima de toque”

Ai, Jesus, assim quando mandarem a consulta já estou cega, quando me mandarem chamar já estou no cemitério! Quer dizer que é assim a minha vida, ando p’raqui, mas é que não tendo lá alguém que toque aquilo, a gente morre sem termos assistência a tempo e horas. [...] Nessa vez nem fui lá eu, foi uma prima minha que trabalha lá, ela é que me marcou!

Hist. Vida n.º 13 – “Os amigos de mocidade”

Depois fui ao otorrino através do enfermeiro, um amigo que eu tinha e tenho. Somos da mesma mocidade. O nome do médico é que eu não sei. Foi por favor. Fui acompanhada pelo meu marido a um sábado à tarde. Depois o médico disse que o meu problema que era um problema difícil de tratar, porque quando me irrita com qualquer coisa as cordas vocais abrem. [...] Depois vim à Dr.<sup>a</sup> e ela passou-me a credencial para a psiquiatria e outra para o otorrino. Eu já tinha ido a primeira vez [corresponde a este relato], mas eu não disse a ninguém. Tinha ido ilegal.

Hist. Vida n.º 15 – “O médico amigo do cunhado”

A minha médica de família passou-me então uma credencial para eu lá meter e, depois, tenho lá um cunhado que trabalha lá, levou-me a credencial e marcou-me logo a consulta para eu lá ir. Lá arranjou por intermédio de um amigo também, pois já se sabe! Arranjou-me então uma consulta para eu ir às vistas [...] marcou-me para aí porque tinha lá um médico conhecido.

Hist. Vida n.º 16 – “A amiga viúva solitária”

É uma Sr.<sup>a</sup> viúva lá de cima, vivia sozinha e tinha lá muitos conhecimentos, e aprontou-se para ir sempre comigo. Ainda hoje, quando eu lá vou, não posso lá ir, que ela quer lá ir comigo sempre. Mas nunca lá fui sozinha. Fui lá uma vez sozinha, foi, acho que na quinta-feira de Carnaval, e ela ficou chateada comigo! Mas era uma qualquer consulta sem importância, já depois de tirar o peito, de saber o que eu tinha. E, pronto, nunca fui sozinha [...] e, depois, quer dizer, a pessoa tem necessidade e ela conhecia lá pessoas que ela já conhecia de cá de fora, e entrávamos lá dentro. Depois ficou assente. E conhece lá vários... vários funcionários e médicos até.

Hist. Vida n.º 17 – “O maqueiro da terra da nora”

Eu entrei pelo banco, lá por aquela porta dentro, chorava e dava ais paternais e lá depois apareceu um colega da minha nora, um colega! Isto é, um conhecido! Lá das bandas dela, lá da terra dela e disse: – Então C., o que estás aqui a fazer? – Olha, o meu sogro aconteceu isto assim, assim. Já aqui estamos desde as tantas horas, e não há maneira de me darem rumo dele! – Olha, eu

vou tratar deste assunto e quando vier eu vou à procura dele! Lá lhe deu o nome. O rapaz assim fez.

Hist. Vida n.º 19 – “O enfermeiro vizinho que passou a ser primo”

E então o Sr. que é lá enfermeiro, eu fui ter com ele: – Eh pá! Acontece isto assim, assim, está bem? Eu estou à rasca, pá, não há meio de me proporem a operação! – Oh pá, está descansado! Eu vou falar ali com o Sr. Dr. A. C., ele é dos bons, o que ele puder fazer, faz, o que ele não puder fazer não faz, o que ele não fizer mais ninguém faz. Tu depois vais falar com ele [...] o Dr. A. C. mandou-me logo tirar uma chapa. Fui fazer a chapa, ele viu-a e depois então disse: – Tu estás muito mal, rapaz! Ele trata as pessoas assim, é muito brincalhão! – Tu estás muito mal, oh rapaz! Tu estás muito mal! Mas isto aqui está um bocado apertado, mas eu vou ver o que é que posso fazer! Chama aí o teu vizinho! Por sinal esse rapaz não me é nada, mas ele pensava que ele era meu primo, de qualquer maneira isso não afecta nada. – Chama aí o teu primo! E deu-lhe uma requisição.

A recolha acabada de fazer sobre as pessoas a quem se pode recorrer para iniciar ou acelerar processos de restauração da saúde mostra que as trajectórias desenhadas, parecendo ser erráticas, caóticas, desorganizadas e disfuncionais, estão plenas de invenção social, pois nelas são forjadas novas e inovadoras formas de articulação, adaptadas à melhor e mais rápida resolução dos problemas de saúde dos indivíduos, entre centros de saúde, hospitais, consultórios privados de medicina, por vezes habilmente combinadas com as medicinas à margem do sistema oficial, criando e recriando recursos estratégicos de acesso a bens e serviços de saúde, através da utilização de redes de relações de amizade, de vizinhança, de parentesco e também a rede de relações sociais alargada para fora da comunidade, que apenas alguns possuem, mas rapidamente partilham com outros membros da comunidade (Miller 1991, Radley 1993, Platt 1993).

O recurso a outros modos de produção de cuidados que, eventualmente, se articulam nestas carreiras, foi apenas registado em duas histórias de vida. Esta exiguidade de testemunhos não nos pode levar a pensar que, de facto, muitos dos doentes não fizeram este tipo de recurso, pois nas entrevistas aos profissionais de saúde e quando questionados sobre o conhecimento que detinham da procura que os doentes fazem de medicinas e de sistemas de tratamento fora do campo da medicina oficial, eles referem a sua existência, tomam posição face a essa procura e avançam com razões para a sua utilização. O que pode explicar a raridade destes testemunhos é o facto de a recolha das histórias de vida ter sido feita na sala de espera do centro de saúde. Sendo um lugar associado ao funcionamento da medicina oficial, é um lugar de exercício de controle social, invisível, difuso, mas constrangedor para desabafos e confidências sobre outras formas de tratar e

de curar. Apenas dois doentes referem explicitamente que recorreram, num caso à bruxa, noutro caso à medicina naturista.

Como pudemos ver, nos seus movimentos, dentro e fora do sistema de saúde oficial, os indivíduos aparecem como protagonistas de formas de acção social não previstas nem no pensamento político, nem na acção política dos responsáveis do sector, nem mesmo nas representações e nas práticas dos profissionais de saúde. Estas formas de acção social constituem a expressão de um sistema de saúde cujas políticas não agendam a epidemiologia das necessidades sociais, nem a epistemologia particular dos saberes leigos, nem sequer conhecem e reconhecem a pluralidade de práticas de saúde onde estão presentes específicas combinações entre diferentes modos de produção de saúde (Santos 1987, Hespanha 1986). Esta ausência de pensamento, consciência e acção políticos equivale, justamente, à produção e reprodução de lugares marginais ao sistema de saúde, onde se abrigam as “crendices” e as “charlatanices”, os residualismos das culturas e as persistências da “tradição”.

Assim, a invenção e a reinvenção de percursos terapêuticos correspondem à construção de um sistema de recursos, sobreposto ao sistema formal, e que, *através de formas inéditas de articulação*, desmancha a tradicional dicotomia conceptual, funcional e organizativa entre os cuidados primários, imputados aos centros de saúde e os cuidados diferenciados, imputados aos hospitais. Por outro lado, *através de itinerários de transgressão*, ficam comprometidos os circuitos de passagem por estes dois tipos de cuidados, tal como são administrativamente definidos e burocraticamente estabelecidos. Ao mesmo tempo, *através de modalidades de relação terapeuta-doente a que imprimem configurações contextualmente variáveis*, possibilitam que os profissionais de saúde percepcionem e representem a relação entre estes cuidados, *muito menos* como sendo de continuidade e de complementaridade e *muito mais* como sendo de promiscuidade de práticas e de confusão de objectivos. Finalmente, *através da experiência de múltiplos contactos com médicos situados nas diferentes carreiras* (hospitalar, clínica geral e saúde pública), é rasgada a visão unitária dos médicos e as tradicionais hierarquias de valor que têm presidido à relação entre carreiras, basicamente fundadas na natureza das actividades, nos conteúdos de trabalho e nas normas e regras de exercício profissional. Neste processo de rompimento fazem salientar a diferenciação de autonomias e autoridades profissionais e a cadeia de dependências estruturais dela decorrentes, fazendo também sobressair a posição marginal de umas em relação às outras (Gabe 1991, Brody 1992).

### Trajectórias sociais e racionalidades formais

Na segunda fase do projecto, as entrevistas realizadas aos profissionais de saúde que recebem esta população em centros de saúde e hospitais esclarecem sobre as posições tomadas quanto ao reconhecimento e legitimidade conferidos ao funcionamento dos saberes leigos na utilização do sistema e na produção de modalidades informais de articulação de cuidados, permitindo confirmar, por um outro plano de análise, a existência de processos de invenção social (Seedhouse e Cribb 1989, Waitzin 1991).

A avaliação destas posições fez-se com base em duas de um conjunto de questões que estruturavam os guiões de entrevista aplicados a médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Por um lado, a percepção dos profissionais sobre os doentes, relativamente aos conhecimentos que estes detêm sobre o sistema de saúde, relativamente aos conhecimentos que detêm sobre os centros de saúde e os hospitais, bem como às formas da sua utilização, e relativamente às formas de relação que estabelecem entre os profissionais de uma e outra organização de saúde. Por outro lado, a posição atribuída pelos profissionais a outras medicinas e a outros sistemas de tratamento nos processos de restauração da saúde, assim como o seu conhecimento sobre o recurso que os doentes fazem destes sistemas terapêuticos.

#### *No conhecimento do sistema de saúde*

Os profissionais dos centros de saúde e dos hospitais reconhecem que os doentes não estão bem informados sobre o sistema de saúde, nem o conhecem. Admitem que a variação dos conhecimentos e informações sobre o sistema depende das culturas, das habilitações literárias, da educação, abarcando numa mesma categoria genérica os erros de cultura, os erros de tradição e os erros de educação:

Pois, isso não, isso não [os doentes não estão bem informados sobre o sistema de saúde]. Pronto, se calhar são erros educacionais, tradicionais, erros culturais, penso que isso, realmente, é uma falha que existe (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 8).

Os doentes estão informados consoante o grau da sua aprendizagem e do seu desenvolvimento intelectual e da sua classe social e do seu grau de informação, ou seja, certamente uma senhora professora do liceu A, B, ou C, tem uma noção da organização de saúde do país que é completamente diferente da senhora que vive numa aldeia do interior, da Beira interior e que vai à cidade para ir ao médico, ou seja, portanto, quer dizer, isto não é uma questão de informação, mas é uma questão de apreensão por parte da população do sistema de saúde que nós temos (Entrevista Médico Hospital, n.º 14).

Olhe, eu penso que começaremos agora a estar mais informados, especialmente a camada média da sociedade, eu acho que começamos agora a abrir os olhos... e a gente vê no trato que alguns familiares até nos dão, ou mesmo doentes aqui dentro, e pronto, estão um bocadinho mais despertos

para determinadas situações. No fundo, acho que aqueles desgraçadinhos que às vezes vêm aí não estão minimamente despertos, coitados dos doentes, não, não estão...! (Entrevista. Enfermeiro Hospital, n.º 8).

O espectro das razões invocadas espraia-se pela “falta de informação”, pelo “excesso de informação viciada” e pela “reprovação da escolha do sector privado”. Sobre a *falta de informação* prestada pelo próprio sistema aos utentes, no que diz respeito à organização, ao funcionamento e às articulações oficialmente sugeridas, surgiram três tipos de relatos:

Eu penso que a maioria já é capaz de utilizar os serviços correctamente, alguns ainda não, não é? E alguns ainda não porque lá está, porque ainda não estão educados, e quando digo educados não digo que as pessoas sejam mal educadas no aspecto, pronto... de dizer asneiras, mas não estão educadas no sentido de saberem como é que se devem movimentar nos serviços de saúde. Mas, obviamente que eles não estão educados por culpa do sistema, porque se, de facto, o sistema faz curto-circuitos por todo o lado, nunca o doente pode reconhecer que as coisas devem ser assim! (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 2).

[...] Há 20 anos que andamos a falar no sistema de saúde e ainda não temos assim nada...a saúde é uma questão política, eu costumo dizer isto muitas vezes, enquanto a saúde for pesqueira de votos, nem os profissionais entendem, nem os doentes, a população em geral entende. E aqui, enquanto não houver acordo das principais forças políticas, de modo a acertarem algumas áreas, e uma delas é a saúde, a confusão aumenta cada vez mais e, por outro lado, aumenta o descrédito das instituições, que efectivamente existe, e isto é fruto de não haver um pacto entre as forças políticas para o sistema de saúde (Entrevista Médico Hospital, n.º 12).

Não, nem pouco mais ou menos [os doentes não estão informados sobre o sistema de saúde], não sabem como é que hão-de trazer a credencial, não sabem! Têm até direitos que ignoram, por exemplo, uma credencial de transporte [...], não sabem que têm direito a um documento que lhes faculta a isenção das taxas moderadoras, quer no hospital, quer nas farmácias (Entrevista Enfermeiro Hospital, n.º 5).

Já no que se refere ao *excesso de informação viciada*, as narrativas recolhidas apontam para a ideia de que os doentes só têm direitos e não têm nenhuns deveres para com a sociedade e para a ideia de que os doentes só estão bem informados para atacar os médicos e para ver se apanham qualquer coisa:

Um grande problema do Serviço Nacional de Saúde é a falta de informação prestada aos doentes, ou, às vezes, até um excesso de informação em determinadas alturas, como, por exemplo, campanhas e coisas assim, não é? Um excesso de informação viciada, que faz com que as pessoas pensem que têm só direitos e não têm nenhuns deveres para com a sociedade, para com o centro de saúde, para com o Serviço Nacional de Saúde (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 1).

A falta de educação de alguns doentes, a exigência de que só têm direitos

acho que é um erro, uma mensagem que tem passado muitas vezes. Isto, quanto a mim, não ajuda de maneira nenhuma o trabalho! Acho que o doente tem todos os direitos e nós não lhe devemos negar nenhuns desses direitos, mas também tem alguns deveres, senão como doente, pelo menos como cidadão. Às vezes a coisa não é bem aquilo que se diz! O doente, de facto, deixa de pensar nos seus deveres e a coisa começa muitas vezes a não ter o tratamento que devia ter, em termos de contacto humano (Entrevista Médico Hospital, n.º 15).

Eu não sei se eles [os doentes] estarão bem informados. Uma coisa que eu, por vezes, encontro aí na urgência, porque eu vou muitas vezes lá fora dar informação aos doentes, é que eles dizem-me que pagam para ser servidos, é a nota que eles me dão! É: – Não, não, não, nós pagamos para ser servidos! Eles pagam, agora se eles pagam muito ou pouco, se é aquilo que deveriam pagar, não sei! Eles dizem-me só isso: Eu pago para ser servido! (Entrevista Enfermeiro Hospital, n.º 6).

Não, não [os doentes não estão bem informados]. Estão bem informados para atacar os médicos e para ver se apanham... se apanham qualquer coisa para poder participar, de resto mais nada, é o tipo de informação que têm! (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 7).

Por sua vez, a *reprovação da escolha do sector privado* é um julgamento que se consubstancia na incorrecta definição da articulação entre o sector público e o sector privado, o que gera nos doentes uma percepção de indiferenciação entre os dois sectores, deixando para o médico de clínica geral um papel de mero escriturário de receitas, de pedidos de exames e de pedidos de baixas e atestados:

Há doentes que vão a este ou aquele especialista porque acharam que, sei lá, que o serviço não estava a responder às suas necessidades, o médico não estava a estudar devidamente o seu problema. Foram ao especialista mas, no entanto, têm que recorrer de novo ao seu médico, ou porque precisam de uma transcrição das receitas, ou porque... portanto, tem que de novo voltar a reencontrar este elo de ligação que ele tem de fazer com o seu médico (Entrevista Enfermeiro Centro de Saúde, n.º 1).

Quanto a mim a grande incorrecção que existe é não estar correctamente definido o sector público e o sector privado. O utente vai consultar um colega do Serviço Nacional de Saúde que lhe passa as receitas, os exames complementares de diagnóstico, etc. Depois vai com essa receita e pedido de exames ao consultório privado de outro colega, fazendo do primeiro colega um escriturário e, por outro lado, vai sobrecarregar o sistema de saúde com uma actividade privada que alguém vai beneficiar depois (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 2).

Uma outra vertente de avaliação do conhecimento do sistema de saúde estrutura-se à volta das atitudes que estarão subjacentes a esse conhecimento. Há quem reconheça nos doentes uma *posição voluntarista* de não quererem conhecer o sistema de saúde e uma *posição oportunista* de só quererem ser

informados sobre os aspectos do sistema que melhor lhes permitem dominar as situações e resolvê-las. Estes argumentos acabam até por avançar com a ideia de que, quando os profissionais querem dar mais conhecimento aos doentes, eles mostram não estarem interessados. *Indiferença, voluntarismo e oportunismo* constituem, então, os três termos da *ideologia de que os doentes se servem do sistema*:

O utente, de uma maneira geral, procura informar-se porque é do interesse dele. O utente do centro de saúde interessa-se pela resolução imediata do seu problema, não lhe interessa rigorosamente mais nada! Aliás quando nós tentamos dar conhecimento de como é que as coisas funcionam, nós vemos perfeitamente que eles não estão interessados, é a resolução do problema deles que lhes interessa, mais nada, isto de uma maneira geral, claro, há excepções, felizmente! (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 3).

Esta ideologia ganha forma num *modelo de acção social que se rege segundo os princípios do “liberalismo selvagem”*, quando os doentes recorrem, simultaneamente, a múltiplas unidades de saúde do sector público e do sector privado, “à procura do melhor médico que lhe diz a coisa que mais lhe agrada ouvir”. São, aliás, os mesmos princípios do liberalismo selvagem que favorecem a não compreensão do sistema de saúde, na medida em que “as pessoas entendem que ninguém deve mandar no seu corpo” – ou seja, o exercício dos direitos e das liberdades individuais e o funcionamento dos saberes leigos como instrumentos de mudança são convertidos em *desconhecimento, ignorância, manha e manipulação abusiva*:

O que eu gosto menos com os doentes... não sei! Lucros que eles tentam tirar, às vezes, em determinadas situações, a baixa que pedem quando a pessoa nota que não... não necessitam, isto também, lá está, por causa do tal relacionamento que eu tenho com o doente que...que me dói ver que a pessoa é tão pobre de... de projectos, é talvez isso! A pessoa chegar aqui e só com a intenção de me enganar, não é? Isso fere muito, porque eu tento fazer a minha profissão e sinto-me enganada! (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 4). Os doentes não têm quase conhecimento nenhum sobre o sistema de saúde. Não o entendem e oscilam entre um modelo que é o modelo de disporem no seu concelho do seu Hospital da Misericórdia, que é um modelo que tem 600 anos e que ainda é um modelo bom [...] e o modelo neoliberal ou de liberalismo selvagem, em que os doentes recorrem a três e quatro e cinco hospitais do país à procura do melhor médico que lhe diz a coisa que mais lhe agrada, não é? As noções de Serviço Nacional de Saúde que existem colidem com as concepções de liberdade que as pessoas têm de si próprias... isto de forma muito clara, não é? As pessoas não entendem, porque entendem que ninguém deve mandar no seu corpo (Entrevista Médico Hospital, n.º 13). A maior parte dos doentes tem um cartão de cada hospital de cada zona e de mais alguma coisa que possam arranjar e recorrem a todos, fazem exames em todo o lado e sobrecarregam todos os hospitais, das consultas aos meios

complementares de diagnóstico! (Entrevista Médico Hospital, n.º 15).  
Marcar uma consulta hoje em dia leva o seu tempo. Há muitos doentes e há uma lista de espera longa, e pronto, eles, coitadinhos, eles próprios dizem, eles não nos omitem. Alguns são capazes de omitir, os mais espertos! Agora aqueles que, enfim, que estão mais necessitados e que até não têm tanta habilidade para mentir, chegam aqui e são eles próprios a dizer (Entrevista Enfermeiro Hospital, n.º 8).

### *Nas relações suscitadas entre estruturas e profissionais*

No que se refere à percepção dos profissionais sobre como os doentes estabelecem a relação entre centros de saúde e hospitais e como organizam a relação entre os respectivos profissionais, funcionam algumas dicotomias básicas que separam inexoravelmente estas duas unidades de saúde e que cavam profundas irreconciliações entre os profissionais que trabalham num e noutro lugar, mutuamente reconhecidas:

– “O hospital é o melhor prestador de cuidados de saúde”

Eles [os doentes] vêem o hospital como a entidade que dispõe dos meios físicos, materiais e humanos e tudo que lhes possa resolver os problemas (Entrevista Enfermeiro Hospital, n.º 6).

O princípio que eu também já ouvi de um doente é assim: – Porque é que eu hei-de ir falar com os centros se eu posso falar directamente com o médico! Isto em termos muito básicos e populares, não é? É isto, as pessoas não vêem no centro de saúde um local em que obtêm respostas para as suas condições de saúde. Eu quando digo que está a falhar é nisto, não são reconhecidos pela população como um local de eleição para resolver os seus problemas (Entrevista Médico Hospital, n.º 13).

– “O centro de saúde é o posto das caixas”

O centro de saúde, penso que na visão, infelizmente, de uma grande maioria, é o posto das caixas. Custa-me um bocado dizer isso, mas são afirmações deles [os doentes]. Mas o mais grave é que não são só deles, são de pessoas também responsáveis pela saúde, até de técnicos hospitalares: – Olhe, vá lá à Caixa! (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 8).

Olhe, para muitos doentes o centro de saúde é para ver a tensão, é para passar a receita, é para passar as baixas... pronto, o hospital já o vêem assim como... é uma situação em que a gente já está mesmo doente e precisa do hospital (Entrevista Enfermeiro Hospital, n.º 5).

– “No hospital é que estão os doutores a sério”

Esta sociedade está muito ansiosa, muito stressada, querem respostas imediatas para tudo, as pessoas vivem com muita pressa. Então se adoecem de noite, não esperam pela manhã seguinte pelo médico de família, têm que ir para o hospital naquela mesma noite, ou talvez um pouco também por aquele conceito de o hospital ainda ser o maior, o melhor prestador de cuidados, na

cabeça dos doentes ainda funciona um bocado assim, não é? Ali é que são doutores a sério, não é? Nós somos um bocado menos doutores e, portanto, vão lá a correr tirar as coisas de fonte limpa! (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 1).

– “O centro de saúde é a infantaria de qualquer sistema de saúde”

Se os centros de saúde derem uma resposta global em termos de consulta, de cuidados, de prevenção e, sobretudo, de tratamento... respostas atempadas no tempo aos problemas dos utentes, eles, em primeira linha vêm ao centro de saúde... aliás, eu penso que isto é algo que não se devia discutir! O hospital devia apenas existir em segunda linha e para lá deviam apenas ser enviados pelos centros de saúde os doentes que realmente o justificassem... os centros de saúde penso que são a infantaria de qualquer sistema de saúde! (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 5).

– “O hospital é ir sempre à fonte limpa”

Eles vêm os hospitais como a última verdade, está a perceber? Quer dizer, dá-me ideia disso, dá-me ideia que vêm o médico do centro de saúde como uma meia verdade... (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 4).

O centro de saúde, para eles [os doentes], é irem lá buscar o papelinho da baixa e os medicamentos, o médico vai lá, passa-lhe a receita dos medicamentos e passa-lhe o papelinho da baixa. O hospital é o... vá lá... é o céu ou é o centro onde eles vêm... é aqui que eles vêm fazer os exames todos, complementares e mais alguns, porque é mais rápido (Entrevista Enfermeiro Hospital, n.º 10).

– “O centro de saúde é o lugar de passagem para a consulta hospitalar”

Eu acho que o único conhecimento que os doentes têm... não, não têm, eles querem... eles sabem, é que para irem a uma consulta ao hospital têm que vir aqui, portanto, para irem a uma consulta de especialidade ao hospital têm que passar pelo centro de saúde. Nós, às vezes, temos situações dessas em que nem sequer conhecemos o doente e... é atendido noutra lado qualquer... também há as consultas privadas... e vêm cá só porque precisam de uma credencial para irem ao hospital... (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 3).

– “No hospital atende-se à doença”

Talvez eles [os doentes] tenham a ideia de que o hospital é o que cura, não é? (Entrevista Enfermeiro Hospital, n.º 7).

– “No centro de saúde atende-se o doente”

Nos centros de saúde [...] a nossa actuação em cuidados primários é uma actuação mais directa, para as necessidades imediatas do doente [...] Portanto, é voltando sempre à noção de que quando enviamos um doente ao hospital, enviamo-lo com um objectivo, portanto, ou vai a uma consulta de medicina, ou vai a uma consulta de urologia ou vai a uma consulta de cardiologia ou de diabetologia, pronto, sempre nesta complementaridade, actividades e tratamentos, que os centros de saúde não podem... não podem... ou não estão capacitados para essas doenças (Entrevista Enfermeiro Centro de Saúde,

n.º 1).

E a relação médico-doente é dicotomizada numa relação distante, despersonalizada, desumanizada e tecnologicamente mediada, quando ocorre no hospital e numa relação próxima, personalizada, de confiança, de amizade, propícia às confidências, em suma, humanizada, quando ocorre no centro de saúde:

A nossa [a do centro de saúde] é uma verdadeira relação de médico/doente, às vezes já de amigo, confidente até. Com eles, lá, é de médico para doente, é uma relação muito mais longe e afastada, aquilo que nós costumamos dizer, despersonalizada, a deles (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 9).

Eu penso que para aqueles [os doentes] que conseguem estabelecer uma boa relação com o médico de família é diferente, porque é o médico que os acompanha no dia-a-dia, portanto eles têm uma relação que extravasa já um pouco o âmbito profissional. Com o médico hospitalar, de um modo geral, é uma relação mais pontual, que não surge tão frequentemente e, portanto, pode ser uma relação mais distante, obviamente que isso depende de cada caso e de cada médico... genericamente penso que é assim (Entrevista Médico Hospital, n.º 11).

Assim, atribui-se às utilizações desinformadas, desorientadas, distorcidas e perversas que os doentes fazem dos serviços de saúde a responsabilidade da persistência de traços estruturais que estão exclusivamente ligados à história institucional e política do sistema de saúde e dos modelos de profissionalização que a ele estão associados. Justamente a propósito dos modelos de profissionalização, um médico hospitalar acaba por defender a ideia de uma “divisão tribal” entre os médicos dos centros de saúde e os médicos dos hospitais:

Nós somos, indiscutivelmente um povo meio tribal, não é? Se calhar nós começamos a ficar como as tribos, a tribo da clínica geral, eu se calhar com a tribo da ginecologia, a tribo dos cirurgiões, a tribo... quer dizer, não sei se nós temos dos nossos antepassados algum gene que nos faça sobrevalorizar o espírito de classe, de grupo, de especialidade e, portanto, é possível que entre as diversas especialidades tenham uma casa comum, tenham uma articulação mais fácil! Como há uma das especialidades que é a clínica geral, a casa já não é comum, a casa é ao lado... (Entrevista Médico Hospital, n.º 14).

#### *Na convocação de outras formas de tratar e curar*

Finalmente, no que diz respeito às posições dos profissionais, nomeadamente dos médicos, sobre a utilização de outras medicinas e de outros sistemas terapêuticos na restauração da saúde, elas oscilam entre a complacência e a benevolência, a aceitação mitigada e a recusa liminar. Fala-se na sua utilização com limites, na medida em que corresponde a convicções, crenças e fé e na medida em que se reconhece que é mais fácil assumir o contrato/com-

promisso com os praticantes de outras medicinas do que com os praticantes da medicina oficial, pela sua proximidade física e cultural, pela partilha de recursos, pela percepção clara dos problemas, pelos sistemas de apoio local que fornecem:

Penso que para abordar algumas patologias, patologias entre aspas, que têm a ver com um campo muito específico da medicina em geral, se calhar essas medicinas ditas paralelas, têm algum interesse, não é? Porque as pessoas têm que ter alguma crença naquilo que fazem... e tendo alguma crença, alguma fé!, provavelmente o sucesso terapêutico, tudo quanto estivemos a falar sempre entre aspas é maior porque há convicção e, se calhar, há um empenho do doente em fazer determinado tipo de práticas... por isso é que, se calhar, essas medicinas têm um grande peso na nossa sociedade (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 1).

Embora haja quem diga que são uns charlatães... se calhar são muito importantes, porque estão mais perto das pessoas, a maior parte delas vivem no mesmo meio, não é? Nasceram e cresceram num determinado meio e, portanto, conhecem muito bem a maneira de ser das pessoas e têm mais facilidade de chegar perto delas, perto do seu íntimo, ajudá-las... enfim, a não se sentirem doentes. A questão é que as pessoas se sentem mesmo mal, sentem-se doentes e necessitam de alguém que as apoie (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 2).

Fala-se do reconhecimento da liberdade de escolha da medicina desejada, mas não devendo partir de um acto instituído de liberalizar, mas sim de não proibir, para que não se fortaleça a vontade de consumir:

Eu acho que eles [os sistemas terapêuticos] podem todos existir, não tenho nada contra! [...]. Eu acho que isto tem mais a ver com as pessoas, acho que as pessoas deviam ter liberdade de escolher qual o tipo de medicina que queriam [...] porque quando a pessoa é proibida de determinada coisa, tem muita mais vontade de a fazer, por isso eu acho que... não digo liberalizar, mas... porque por um lado acho mau, porque... eu acho que o principal era educar as pessoas, eu acho que o problema reside nas infraestruturas (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 4).

[...] Nunca entrei numa situação de conflito, porque quando vejo, pronto, e aqui temos que estas duas situações que eu estou aqui a referenciar não são fruto de uma resolução tomada no momento, mas sim de um acumular de situações que a gente vê, ou porque não consegue lidar com as pessoas ou as pessoas conosco. Uma delas tem a ver com eu andar a tratar um dos membros da família e andar a ser ludibriado porque eles andavam... andavam a ser supostamente tratados numa... numa das medicinas paralelas, com a qual, depois de eu saber, não podia de forma alguma que... pronto, havia práticas nitidamente de bruxaria com... enfim, que me repugnam, não é? Eu disse exactamente: – Ou de uma ou de outra forma! As pessoas escolheram a outra forma e eu disse: – Eh pá! Eu estou aqui a mais e, antes de nos zangarmos, porque não há razão para isso, respeito a vossa opção,

respeitem a minha! (Entrevista Médico Centro de Saúde, n.º 5).

Referem-se também os seus resultados perniciosos para a saúde, pela ausência de base científica, razão que a impede de emparceirar com a base científica da medicina convencional, até ao limite de se referir que não existem medicações para além das que se prendem à lógica das ciências médicas:

Em termos de utilidade ou de enquadramento não são medicações, [as medicações e os sistemas de tratamento fora do campo da medicina oficial] não... não considero que sejam medicações, uma vez que não obedecem aos critérios definidos pela prática médica, e desde que assim não sejam, não têm que ser, sequer, comparados com a medicina [...] podem ajudar do mesmo modo que qualquer curandeiro pode ajudar, em termos psicológicos é perfeitamente possível. Mas, desculpe, ao mesmo tempo que ajudam, podem e fazem, seguramente, muitos doentes correr grandes riscos (Entrevista Médico Hospital, n.º 11).

As outras medicações são medicações... não científicas, sendo medicações não científicas quer dizer que não se sujeitam ao método científico, nas mesmas condições não repetem os resultados com as mesmas intervenções... não podem ser consideradas ciência médica [...]. O grande problema é que essas chamadas medicações alternativas, como não são científicas, dão azo a cultores que o fazem por burla, por engano, por logro e têm-nos aparecido nos hospitais alguns desses cultores que provocam danos irreparáveis aos doentes. Eu posso dizer-lhe, a queimada é tradicional, por exemplo nesta zona, quando aparece o cobrão que é a zona, os cultores das medicações tradicionais queimarem as orelhas das pessoas, pronto, isso provoca danos e aleijões aos doentes (Entrevista Médico Hospital, n.º 13).

Desenha-se, assim, *a equação fundamental da resistência do sistema de saúde aos processos de mudança*, emergentes nas trajectórias sociais definidas pelos indivíduos nos consumos de saúde. Esta equação organiza-se, no plano das estruturas da administração central, pelo funcionamento da autoridade tecnocrática e burocrática, associada ao exercício do poder político, desdobrado, por delegação, pelas diferentes instâncias do poder institucional; no plano organizacional, pelo funcionamento dos diferentes sistemas de prestígio e autoridade profissional; no plano situacional, pelo funcionamento de formas directas de tutela paternalística dos comportamentos. Estes três planos, que configuram um sistema global de resistência, contribuem para o esvaziamento do objectivo de mudança das estratégias sociais dos actores, orientado para a emancipação social e para o combate à exclusão organizada.

#### BIBLIOGRAFIA

- ABALLEA F., 1982, "Besoins de Santé et Classes Sociales", *Recherche Sociale*, 81.  
BRODY H., 1992, *The Healer's Power*, New Haven e Londres, Yale University Press.

- CARAPINHEIRO G., 1986, "A Saúde no Contexto da Sociologia", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1.
- CARAPINHEIRO G., e M. PINTO, 1987, "Políticas de Saúde num País em Mudança: Portugal nos anos 70 e 80", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 3.
- CARAPINHEIRO G., e M. J. HESPANHA, 1997, "A Articulação entre Cuidados Primários e Cuidados Hospitalares: Uma Análise Sociológica" (Relatório de pesquisa), Coimbra, Centro de Estudos Sociais (CES).
- D'HOUTAUD A., 1977, "Ce que les Gens Attendent du Médecin et de la Médecine au Sujet de leur Santé", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 17.
- FISCHER W., 1981, "Domination Médicale et Stratégies Alternatives pour la Santé, *POUR*, 78.
- GABE J., et al., 1991, *The Sociology of the Health Services*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- HESPANHA, M. J., 1986, *Entre a Ciência e a Tradição: O médico de Clínica Geral perante as Práticas de Saúde da População*, Coimbra, Relatório NORAD.
- , 1987a, "O Consumo de Cuidados de Saúde em Meio Rural", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20.
- , 1987b, "O Corpo, a Doença e o Médico: Representações e Práticas Sociais numa Aldeia", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23.
- MacDONALD, J., 1993, *Primary Health Care: Medicine in its Place*, Londres, Earthscan Publications.
- MILLER J. A., 1991, *Community-based Long Term Care*, Londres, Sage Publications.
- PHILIPPE, A., e P. AIACH, 1981, "L'Utilisation Differentielle des Services de Médecin Spécialiste selon les Milieux Sociaux", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 21.
- PLATT, S., et al., 1993, *Locating Health*, Avebury Publications.
- RADLEY, A. (org.), 1993, *Worlds of Illness*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- SANTOS, B. S., 1987, "O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23.
- SEEDHOUSE, D., e A. CRIBB (orgs.), 1989, *Changing Ideas in Health Care*, Nova Iorque, John Wiley & Sons.
- WAITZKIN H., 1991, *The Politics of Medical Encounters*, New Haven e Londres, Yale University Press.
- ZAKIA T., 1988, "Le Bon Usage des Soins", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 28.

### Graça Carapinheiro

#### INVENTING ROUTES, REINVENTING REALITIES: PATIENTS, SOCIAL TRAJECTORIES AND FORMAL REALITIES

*The complexity of the problems that characterize the process of articulating health care needs imposes a radically different perspective for the analysis of the health system than has been habitually used. This study opts for a case study method that provides a deep reading of the representations and practices that make up the dense mesh of social processes used by health care professionals and patients, in making the health system malleable to the integration of their diverse cultures. In this study a community with global resources and a system with legitimated institutions, are made to face off as two equally complex social orders, with equally diverse cultural foundations. A fundamental equation is drawn between the resistance of the health care system to the processes of change emergent in the social trajectories defined by health consumers and that which becomes evident in the analysis of representations of health care by health care professionals and the positions they adopt in the articulation of that care. The construction of representations of knowledge by patients and the social forms they bring to bear on their actions is an invaluable analytic tool for identifying and interpreting the positions they take and how they are recognized and legitimized. The health system acts visibly, as a global system of resistance to the functioning of profane knowledge and to the diversity of social strategies that this knowledge gives rise to.*

Departamento de Sociologia do ISCTE  
graca.carapinheiro@iscte.pt

