



A. Estado, Poderes e Sociedade

B. Estruturas Produtivas, Trabalho e Profissões

C. Educação e Desenvolvimento

D. Território, Ambiente e Dinâmicas Regionais e Locais

E. Cultura, Comunicação e Transformação dos Saberes

F. Família, Género e Afectos

G. Teorias, Modelos e Metodologias

Sessões Plenárias

PROCESSOS DE MUDANÇA NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: Representações, práticas e formas de interdependência dos cuidados de saúde

Graça Carapinheiro e Maria José Hespanha

O modelo da pesquisa

Esta comunicação apresenta os resultados correspondentes à última fase de execução do programa de trabalhos de uma pesquisa que se propôs estudar a articulação entre cuidados no sistema de saúde português, sendo o *locus* de investigação uma comunidade localizada na área periurbana de Coimbra.

A principal razão para a escolha desta comunidade foi a de dispor de uma unidade de saúde local (a extensão de um centro de saúde de Coimbra) que está muito próxima (a 10 kms) da cidade que constitui o pólo da mais alta concentração de recursos de saúde no país. Assim, as escolhas feitas por esta população das unidades prestadoras de cuidados de saúde e os percursos de articulação que esta mesma população define entre elas 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, susceptível de ser validado noutras regiões do país.

Este estudo pretendeu analisar as diferentes autonomias dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares no padrão de oferta global dos cuidados de saúde, no âmbito de um sistema de interdependências que tem vindo a adquirir configurações políticas e funcionais variáveis, ao longo da evolução do sistema de saúde português nas duas últimas décadas.

Sendo este o enquadramento analítico mais geral da investigação, este estudo centra-se, particularmente, nos efeitos das autonomias dos serviços que prestam estes cuidados na configuração da oferta, ao mesmo tempo que se debruça sobre o sistema de expectativas e representações que a população utente sobre eles vai construindo.

A hipótese de base deste estudo 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 oferecidos por centros de saúde e hospitais, 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.

Para além do questionário de caracterização da população local, fez parte da primeira fase da metodologia deste trabalho a recolha de informação, realizada através de análise documental, orientada para a identificação e descrição dos serviços prestadores de cuidados a que esta população tem acesso, englobando os situados na freguesia de residência e os situados na cidade de Coimbra. Neste momento foi concluída a segunda fase da metodologia, que comportou dois tipos de recolha de informação. A que permitiu a identificação e caracterização das trajetórias sociais definidas pela amostra da população em estudo que já teve necessidade de recorrer a cuidados hospitalares, através da utilização de histórias de vida, e a que se dirigiu a uma amostra de profissionais de saúde dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares, quer ligados à prestação directa

de cuidados médicos, quer ligados ao trabalho administrativo que apoia o fornecimento destes cuidados, através da realização de entrevistas estruturadas.

Inventar percursos, reconstruir realidades

Já na primeira fase do projecto os resultados mostraram-se surpreendentes, na medida em que revelaram e expuseram claramente as estratégias e os estratagemas de contorno e superação dos principais obstáculos que a lógica funcional e organizativa do sistema de saúde encerra, recolhidos em narrativas espantosas produzidas pelos indivíduos sobre as suas trajectórias de consumo de cuidados de saúde.

Parecendo ser erráticas, caóticas desorganizadas e disfuncionais, estas trajectórias 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, 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.

Já nesta fase os processos de mudança social na saúde estavam à vista. 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 nas representações e nas práticas dos profissionais de saúde. Estas formas de acção social:

— Desmancham, “através de formas inéditas de articulação”, a tradicional dicotomia conceptual, funcional e organizativa entre os cuidados primários de saúde, imputados aos centros de saúde e os cuidados diferenciados, imputados aos hospitais.

— Comprometem, “através de itinerários de transgressão”, os circuitos de passagem por estes dois tipos de cuidados, administrativamente definidos e burocraticamente estabelecidos.

— Possibilitam, “através de modalidades de relação médico-doente a que imprimem configurações contextualmente variáveis”, 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.

— Rasgam, “através da experiência de múltiplos contactos com médicos situados nas diferentes carreiras” (hospitalar, clínica geral e saúde pública), 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 e fazem sobressair a posição marginal de umas em relação a outras.

Protagonizar a mudança...

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 profanos na utilização do sistema e na produção de modalidades informais de articulação de cuidados, permitindo confirmar, por um outro plano de análise, a existência destes processos de mudança.

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, relativamente aos conhecimentos que detêm sobre o sistema de saúde, a percepção dos profissionais sobre os doentes; 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, nº 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, nº 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, nº 8)”.

E invocam como razões:

— A “falta de informação” prestada pelo próprio sistema aos utentes (sobre a organização, o funcionamento e as articulações sugeridas):

“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 curtos circuitos por todo o lado, nunca o doente pode reconhecer que as coisas devem ser assim! (Entrevista, Médico Centro de Saúde, nº 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 é isto fruto de não haver um pacto entre as forças políticas para o sistema de saúde (Entrevista, Médico Hospital, nº 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, nº 5)”.

— O “excesso de informação viciada”, ou seja, a informação que veicula a ideia de que os doentes só têm direitos e não têm nenhuns deveres para com a sociedade e 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, nº 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, nº 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 me dizem 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, nº 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, nº 7)".

— O não estar correctamente definida a articulação entre o sector público e o sector privado, o que gera nos doentes uma percepção de indiferenciação entre os dois sectores — “a reprovação da escolha pelo sector privado” — na medida em que deixa para o médico de clínica geral um papel de mero escriturário de receitas, de pedidos de exames, 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, tem que recorrer de novo ao seu médico, ou porque precisa 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, nº 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, nº 2)".

— 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. Este argumento acaba até por avançar com a ideia de 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, nº 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 profanos 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, nº 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 3 e 4 e 5 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, nº 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, nº 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, nº 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 o que lhes possa resolver os problemas (Entrevista, Enfermeiro Hospital, nº 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, nº 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, nº 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, nº 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, nº 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, nº 5)”.

— “O hospital é ir sempre à fonte limpa”

“Eles vêem 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, nº 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, nº 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 noutro 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, nº 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, nº 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, enviámo-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, nº 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, nº 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, nº 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, nº 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 benevolência, a aceitação mitigada e a recusa liminar, falando-se: — No seu funcionamento 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/compromisso 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, nº 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 em 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, nº 2)”.

— No 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 infra-estruturas “(Entrevista, Médico Centro de Saúde, nº 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 se um acumular de situações que a gente vê, ou porque não consegue lidar com as pessoas ou as pessoas connosco. 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..., 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, nº 5)”.

— Nos 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 medicinas para além das que se prendem à lógica das ciências médicas:

“Em termos de utilidade ou de enquadramento não são medicinas, (as medicinas e os sistemas de tratamento fora do campo da medicina oficial) não..., não considero que sejam medicinas, 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, nº 11)”.

“As outras medicinas são medicinas... não científicas, sendo medicinas 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 medicinas 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 medicinas tradicionais queimarem as orelhas das pessoas, pronto, isso provoca danos e aleijões aos doentes. (Entrevista, Médico Hospital, nº 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.

Referências Bibliográficas

- Aballea F. (1982), “Besoins de santé et classes sociales”, *Recherche Sociale*, nº 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*, nº 1.
- Carapinheiro G. e Pinto M. (1987), “Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 3.
- 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*, nº 17.
- Fischer W. (1981), “Domination médicale et stratégies alternatives pour la santé”, *POUR*, nº 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.
- Hespanha M.J. (1987), “O consumo de cuidados de saúde em meio rural”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 20.
- Hespanha M.J. (1987), “O corpo, a doença e o médico. Representações e práticas sociais numa aldeia”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 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 Aiach P. (1981), “L'utilisation différentielle des services de médecin spécialiste selon les milieux sociaux”, *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, nº 21.
- Platt S. et al (1993), *Locating Health*, Avebury Publications.
- Radley A. (eds.) (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*, nº 23.
- Seedhouse D. e Cribb A. (eds.) (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*, nº 28.