

## **Por uma Sociologia Política da Saúde: do "bem em si mesmo" ao "bem comum"\***

**José Manuel Resende**

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa  
Centro de Estudos/Forum Sociológico do Departamento de Sociologia da FCSH da UNL

**Palavras-chave: saúde, esfera da justiça, bem comum, bem em si mesmo.**

### **1. O *Outro* como fundamento moral e político nas relações entre médico e doente**

Nos «*Tempos Modernos*» de Charlie Chaplin toda a narrativa do filme pretende fomentar no público que assiste à sua projecção um olhar crítico e denunciante sobre o modelo dominante de desenvolvimento económico assente na intermediação produzida pelas máquinas, que como artefactos estranhos aos movimentos dos humanos, pretendem auxiliá-los na fabricação de produtos industriais com maior eficácia e rapidez. Para além da denúncia ao carácter impessoal e frio trazido pelo artefacto - máquina às tarefas realizadas pelos operários, a própria organização do trabalho industrial é posta em causa.

---

\* O artigo intitulado «Por uma Sociologia Política da Saúde: do «bem em si mesmo» ao «bem comum» insere-se num conjunto de reflexões sociológicas que têm sido realizadas no Forum Sociológico – Centro de Estudos por uma vasta equipa de investigadoras e de investigadores no âmbito do desenvolvimento de um programa de investigações a que demos o nome de «O Sofrimento e a Bondade na Modernidade: formas plurais de julgamento e regimes de acção». No quadro deste programa estão em curso dois projectos de investigação. O primeiro designado por «O lugar do sofrimento e do corpo doente nas representações construídas por actores classificados pelo corpo clínico como padecendo de neoplasia da próstata: julgamento e regimes de acção» foi financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e já foi concluído, estando a equipa a terminar a redacção do relatório final. O segundo apelidado de «O lugar da doença, do corpo e do sofrimento na representação das formas identitárias de doentes com Sida» foi financiado em conjunto pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e a Comissão Nacional da Luta Contra a Sida e encontra-se no segundo ano de execução, estando prevista a entrega do relatório final em Julho de 2006.

Na verdade, o modelo de trabalho em cadeia concebido como a forma típica de operar nas fábricas aparece conotado como uma forma repetitiva de trabalhar, cada vez mais distante da criatividade irreverente do trabalho artístico. A natureza quente, apaixonada, exuberante e inventiva do trabalho artístico é agora substituída por uma forma de trabalhar completamente oposta a esta. Neste último caso em que as máquinas são manobradas com o auxílio de gestos repetitivos dos trabalhadores, mas codificados e em conformidade com as regras e os regulamentos transportados aquando da introdução da maquinaria nestes contextos laborais, a natureza fria, monótona e descolorida apropriam-se do ambiente deste tipo de trabalho.

Os traços mais significativos do modelo típico de laborar na fábrica, por um lado, e os traços mais indicativos da forma de organizar este trabalho, por outro lado, amplamente denunciados pelo trabalho de crítica social desenvolvido no século XX pelos intelectuais (Walzer, 1996), não deixam também de ser nomeados quer quando o objecto de análise crítica é o contexto laboral hospitalar, quer quando o objecto de análise crítica é acto de julgamento médico. De facto, a figura do médico traduzida pela imagem do João Semana na narrativa das Pupilas do Senhor Reitor de Júlio Dinis ou nos Retalhos da Vida de um Médico de Fernando Namora não passa hoje de uma imagem distante tanto da realidade laboral da profissão médica como da realidade do hospital, hoje transformado no principal contexto de trabalho clínico do médico.

Neste sentido, a crítica social opunha muitas vezes duas formas dicotómicas de exercer a medicina. Por um lado, aparece a figura do médico que desempenha o seu papel social conduzido por ideais beneméritos, filantrópicos, em que fazer o bem desinteressadamente é a sua forma de actuar junto de todos os doentes, em particular dos doentes mais pobres. Por outro lado, surge a figura do médico mais interessado em investir na sua carreira e imbuído por uma lógica mais mercantil do que solidária ou por outras palavras mais interessado em defender os seus proveitos pessoais (materiais ou outros) do que empenhado em servir a comunidade dos seus padecentes.

Estas figuras contrastantes apareceram sempre retratadas, quer na literatura, quer em relatos jornalísticos. Mais do que configurações profissionais híbridas onde se cruzam de forma mais atenuada, e até cruzada, estas duas formas de representar a

profissão, estes registos pretendem, pelo excesso, enobrecer os médicos mais dedicados e próximos do doente e vilipendiar os que são conduzidos por valores e ideais completamente opostos.

O mesmo desajustamento é possível ser identificado quando a pureza do modelo ideal-tipo de profissão é conotada com os ofícios desempenhados pelos profissionais liberais nas sociedades urbanas, industriais e democráticas. A difusão deste modelo como a forma tipificada de exercer uma profissão foi garantida através das reflexões produzidas pelos representantes da Sociologia estrutural-funcionalista americana, em particular através dos escritos deixados por Parsons e Merton.

Todavia não foi o acaso que tornou possível a produção desta pressuposição analítica. Na verdade, as transformações sociais ocorridas durante o século XIX na Europa e na América do Norte contribuíram para a construção de um modelo de profissão no seu estado mais «puro».

De facto, os profissionais liberais aparecem entre a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século seguinte como um dos ícones que melhor representam as mudanças políticas, sociais e culturais ocorridas aquando da decomposição do Antigo Regime e a formação das sociedades capitalistas. Por outras palavras estes profissionais afiguram os ideais de liberdade, autonomia e auto-realização em contraste com os misteres integrados nas corporações nascidas em plena época medieval.

Neste sentido, os profissionais liberais prefiguram o advento das liberdades públicas indispensáveis para a elevação política da classe burguesa no século XIX, sem esquecer a sua crescente importância na estruturação e, posterior expansão, das classes médias já no século XX. Os saberes acoplados ao desempenho profissional garantem não só a expressão da natureza técnica e especializada do seu trabalho como garantem a monopolização dos lugares profissionais, contribuindo para o fechamento social por exclusão (Parkin, 1990) dos seus mercados de emprego.

Entre o final do período da modernidade liberal restrita e a consolidação do período de modernidade organizada (Wagner, 1996), este modelo de profissional anuncia não só a consagração dos valores da mobilidade social e da competição

mediada pela prova do mérito, mas ajuda também «a difusão dos critérios universalistas e dos valores de realização pessoal» (Grácio, 1997:140). De facto, a génese do profissional liberal surge no ideário dos defensores da liberalidade política e económica como um dos momentos que melhor promove a distinção entre um modelo societal representado pelo advento do capitalismo e da democracia representativa e o modelo societal comunitário representado por uma solidariedade assente na comunidade, na coesão e controlo social exercido pelo todo presente no colectivo.

Por outras palavras, sob o regime de solidariedades ajustadas às relações sociais de base comunitária e rural as sociedades tradicionalmente comandadas por acções políticas herdadas de acordo com a pertença a ordens ou estados legitimados pela linhagem nobiliárquica estavam destinadas a transmutar-se uma vez que esta forma de gerir politicamente os bens comuns impossibilitava o aparecimento de novas modalidades de agir, agora libertas dos constrangimentos que sobrepunham a disciplina comunitária à liberdade individual. Os critérios adstritos às linhagens, ao sangue e ao berço são criticados e substituídos por critérios universais, associados ao mérito como resultado de uma sã e genuína competição individual. Para garantir o êxito deste movimento, as instituições educativas começam a assumir um lugar de destaque porque por um lado são «instituições universalistas por excelência» (ibidem:144), sem nunca deixarem de ser por outro lado «um factor de regulação integradora» (ibidem).

O lugar de destaque assumido pelas instituições reguladoras cresce à medida que a modernidade organizada se consolida nas sociedades democráticas e economicamente avançadas. Os processos de regulação são também avocados pelas ordens profissionais que se instituem para evitar o descontrolo nas formas de recrutamento profissional.

Com a maior intervenção do Estado na organização dos distintos processos sociais e económicos, o modelo dos profissionais liberais construído a partir do modelo de trabalho clínico realizado por médicos no seu próprio consultório (ou através do trabalho jurídico desenvolvido pelos advogados no seu escritório) começa a entrar em declínio em resultado das transformações ocorridas no mercado de emprego ligado ao sector dos serviços em geral, e ao sector de serviços públicos em particular. Com o crescimento da intervenção do Estado na economia, regulando os fluxos de oferta e da

# *I Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade*

.....  
Cabeciras de Basto, 9 e 10 de Setembro de 2005

procura no mercado, mas sobretudo com a expansão da intervenção do Estado nas actividades sociais como a educação, a saúde e a segurança social, o tipo ideal de profissional liberal e autónomo deixou de ser adequado face ao crescente fenómeno do assalariamento destes profissionais (que acompanha a expansão de todas as fracções das classes médias).

A passagem do profissional autónomo ao profissional na dependência de outrem – o Estado ou sociedades privadas com fins lucrativos – decorre das alterações políticas, sociais, institucionais (Wagner, 1996) e demográficas que se verificam no período da modernidade liberal tardia ou reflexiva (Beck, Giddens e Lash, 2000) ou no período de modernidade liberal alargada (Wagner, 1996). No que toca ao Sistema Nacional de Saúde em funcionamento nos países da Europa comunitária uma das transformações mais significativas é o crescimento da procura dos cuidados públicos e privados de saúde (não esquecendo aqui o impulso que é gerado nesta procura privada com a criação dos diferentes subsistemas de assistência na saúde e na doença, mas também dos seguros de saúde), aparecendo o hospital e as urgências hospitalares como ícones mais visíveis (porque publicitados pelos meios de comunicação) deste maior acesso.

O modelo clínico em que consiste anteriormente no reconhecimento da figura do consultório privado em que o médico actua com alguma autonomia face à racionalidade administrativa e burocrática das grandes corporações públicas e privadas prefigura-se, segundo os sociólogos funcionalistas, como um dos mecanismos de legitimidade social, uma vez que «a sociedade concede às profissões autonomia em troca de capacidade de controlo; recompensas e prestígio em troca de competência; monopólio através de licenças em troca das melhores prestações ou serviços» (Rodrigues, 1997: 10). Por outro lado, a importância decisiva do conhecimento pericial do médico, nos planos científico e técnico, certificado pelas universidades é acompanhado pelo ideal de estar ao serviço da comunidade, pese embora essa postura não ponha em causa nem a sua capacitação autónoma de decisão nem tão pouco a relação assimétrica em termos cognitivos com os seus pacientes nem ainda o seu relacionamento comprometido, mas ao mesmo tempo desinteressado, desapaixonado e afectivamente distante do doente.

Estes ganhos de autonomia científica e técnica do olhar, da narrativa e da codificação clínica do médico atestados junto do seu doente, quer no âmbito do diagnóstico, quer no âmbito do prognóstico da doença, continuando a não estar em causa aquando do fenómeno de assalariamento profissional, a intermediação cada vez mais frequente de uma panóplia de instrumentos técnicos e de máquinas que se atravessam nas suas relações com os seus doentes vai desencadear outras configurações tanto no acto de julgamento médico como nos efeitos desse mesmo acto e das suas decisões nas formas de comunicação desencadeadas pelo competente emissor. Neste sentido, as alterações provocadas quer pelo assalariamento, quer pelas novas modalidades de regulação profissional – à entrada e no decurso do exercício da profissão –, quer ainda pela interferência dos equipamentos técnicos nos diálogos produzidos pelos médicos e doentes contribuem para a introdução de novas controvérsias e perplexidades nas actividades desenvolvidas por estes profissionais.

Neste sentido, a intervenção crescente das técnicas e dos instrumentos técnicos em diferentes domínios do conhecimento médico, como acontece em particular nas questões ligadas ao nascimento e morte, para além das suas interferências nos modelos comunicacionais entre médico e doente, levanta outros novos problemas e desafios morais, pois «o clínico, o especialista de medicina de reprodução», por exemplo, «tem a pesada responsabilidade de encaminhar os seus “pacientes/clientes” numa direcção de mais e melhor humanidade, de mais e melhor dignificação» que «coincidirá, percorrendo este caminho, com o cumprimento do seu dever profissional, deontológico e moral» (Marques, 1999: 213-214). Por outras palavras, se a responsabilidade moral, ética e deontológica do médico estiveram sempre presentes nos guias de orientação das suas acções clínicas, desde a fundação desta «ciência prudencial» (ibidem: 69) no dizer de Hipócrates, a postura simpática no sentido da «consonância com o próximo, a com - paixão ou empatia» (ibidem: 68) também não deixaram de ser convocadas, desde a génese do acto de julgamento e de decisão médica, como valores orientadores das normatividades que enformam toda a prática clínica.

Num sentido idêntico à medicina da reprodução os médicos dedicados a desenvolver a medicina paliativa também são guiados nas suas práticas médicas por

razões de natureza moral. No âmbito deste outro itinerário científico e técnico, «alguns autores têm vindo a propor uma outra visão da medicina, uma nova “especialidade”, a Medicina de Cuidado (como se esta não fosse desde os primórdios uma categoria universal – mas não exclusiva – da profissão); outros descobrem uma nova “*Patient-centered Medicine*” (como se o doente só agora fosse, de direito o centro do acto médico» (ibidem: 258). Como salienta este médico «estas “saídas” são sintomáticas de uma crise, não a sua solução» (ibidem).

As transformações operadas tanto nas Ciências da Saúde e da Biologia do Desenvolvimento (entre outras) como nas práticas e julgamentos dos médicos, mas também nas formas organizacionais juridicamente informadas pelos sistemas de saúde e de assistência aos doentes e às doenças implantados nos países economicamente mais avançados, parecem estar a contribuir não para uma perda significativa de referências filosóficas, políticas, culturais e cognitivas que desde a Antiguidade Clássica sempre acompanharam oficialmente a estruturação da profissão médica, mas para a existência de uma pluralidade de referências e de valores. Por outras palavras, os valores ligados ao acto de cuidar dos doentes aprendidos na formação inicial da profissão médica, a centralidade dos padecentes nos actos comunicacionais dirigidos pelos médicos, as posturas destes profissionais orientadas pelos valores da simpatia e da compaixão relativamente ao corpo e à alma daquele que precisa de ser assistido, aparecem hoje como tópicos polémicos, controversos e passíveis de alimentar o debate público uma vez que concorrem com outros valores que emergem das novas situações e condições de trabalho.

Estes mesmos temas questionáveis, e mesmo disputáveis, aparecem também identificados nos livros de reclamação que existem nos centros de saúde e hospitais. Por intermédio da escrita os denunciadores, doentes e familiares, utilizam estes livros para deixarem registados os seus pontos de vista críticos sobre diferentes assuntos, muitos dos quais se aproximam destas grandes categorias de valores atrás mencionados (Resende et al, 2001).

Na verdade, a acuidade dada a estes assuntos, sejam quais forem a grandeza dos actores que os promovem através da discussão ou denúncia públicas, é acompanhada

por alterações externas e internas às profissões que põem em causa o ideal-tipo de profissional construído e difundido pela sociologia estrutural-funcionalista. A crise instalada junto dos universos profissionais, como acontece com os médicos, é traduzida, insistimos, pelo aumento do trabalho de crítica social desenvolvida por diversas e diferentes fontes.

Por outro lado, a maior visibilidade pública gerada por estas controvérsias ora científicas e técnicas ora associadas aos actos de julgamento actuante dos médicos são seguidas de perto por outras mutações já aduzidas. De facto, as modificações ocorridas nas categorias profissionais decorrem do crescente assalariamento, mas também de outros factores importantes, tais como:

- A centralidade atribuída às estruturas cognitivas que conferem a legitimação aos juízos actuantes dos profissionais;
- As jurisdições e estruturas que as suportam;
- «As qualidades subjectivas da jurisdição» (Abbott, 1988:40) que interferem nos actos de diagnosticar, inferir e tratar o seu sujeito e/ou objecto de eleição.

Estas três últimas questões transportam as relações comunicacionais entre profissionais e não profissionais para o centro da análise sociológica. Isto significa que os julgamentos actuantes e as decisões assumidas pelos profissionais passam também a ser escrutinadas por outros actores, para além dos seus pares.

Tal escrutínio é feito com o auxílio de distintos suportes. Muitas vezes o doente e seus familiares não ouvem só o ponto de vista do seu médico assistente. Muitas vezes sondam outros julgamentos sobre o seu problema, consultando colegas ou consultando os pontos de vista destes publicados em livros ou em páginas da Internet. As notícias difundidas pela comunicação social também servem como fontes de informação relativamente a novos medicamentos existentes ou a novas modalidades de intervenção cirúrgica ou de tratamento.

Ou noutros termos, o conhecimento pericial e a «maquinaria cultural da jurisdição» (ibidem) estão na origem de muitos dos tópicos mais controversos e sujeitos à crítica social desenvolvida em muitas «arenas públicas». Como acontece com outros profissionais, os julgamentos, decisões e práticas médicas são hoje o centro de atenção



em muitas ocasiões e circunstâncias. Dos casos singulares aos casos colectivos, começam a despontar cada vez mais nos jornais diários e semanários os exemplos de controvérsia pública suscitada pela implementação das políticas e reformas no domínio da saúde, acesso, equipamentos e recursos médicos, mas também sobre as práticas negligentes ou deontologicamente condenáveis dos clínicos, apesar de estes assuntos ainda constituírem tópicos residuais no debate público referente a esta área das políticas sociais estatais (Cabral et al, 2002: 83-84).

Com estes sinais públicos (com tendência a aumentar) tudo indica que alguma coisa se está a alterar no amplo universo da saúde, da doença, do cuidar e do tratamento médico. A distância entre o profissional da medicina, o doente e seus familiares tem aumentado o que dificulta o diálogo entre os saberes sábios e os conhecimentos vulgares. Como refere Gadamer «no mundo moderno, o diálogo entre o médico e o paciente tornou-se difícil. O médico de família, que outrora fazia quase parte da família, não o é mais, quanto às pretendidas horas de consulta, estas não são mais favoráveis ao diálogo» (Gadamer, 1998: 136-137).

Às dificuldades sentidas relativamente às trocas de mensagens entre as duas partes – o clínico e os doentes e seus familiares – um outro factor parece estar a contribuir para elevar a natureza impessoal da relação entre médico e doente: a codificação numérica substitui, na clínica moderna e nos hospitais, o próprio nome de família. A natureza impessoal e fria destas relações ainda se acentua mais com a intermediação de diferentes instrumentos técnicos.

Na verdade, o acto de instrumentar entrou definitivamente nas formas gramaticais presentes nos actos médicos. Para os médicos assistentes tais instrumentos técnicos servem para apoiar o diagnóstico ou para rectificar algumas das suas suspeitas decorrentes das queixas apresentadas pelo doente. Para o cirurgião toda a tecnologia disponível serve para o apoiar na intervenção cirúrgica. Para o médico na urgência as máquinas podem auxiliá-lo nas tarefas de manutenção dos sinais de vida de um doente que ali dá entrada gravemente doente. Nos doentes terminais, ou nos doentes com doença crónica, progressiva e avançada muitos destes instrumentos técnicos são utilizados com o propósito de prolongar a vida destes indivíduos.

Não está em causa a utilização pelos médicos da tecnologia médica disponibilizada. O que parece estar em causa é o uso excessivo destes meios técnicos disponíveis nas unidades de saúde. Por outro lado, o recurso excessivo a estes suportes da actividade do médico parece esconder a imperícia ou a dificuldade de o profissional de medicina em promover, manter e desenvolver um diálogo frequente com o doente ou os seus familiares.

Neste sentido, a referência ao diálogo não é uma mera retórica gramatical. Na verdade, o diálogo faz parte integrante da gramática do profissional da medicina. Como afirma o filósofo alemão, o diálogo é parte constitutiva do próprio tratamento (ibidem: 137), uma vez que no triângulo de Hipócrates – médico, doença e doente – o doente «alia-se ao médico para combater a doença» (Marques, 1999: 334).

Esta aliança reforça a importância do acto comunicacional que tal como indica Silvério Marques é para o médico uma «experiência moral» (ibidem: 352). A revelação desta obrigação moral é ajuizada como pertinente uma vez que a crítica pública é dirigida à prática médica de muitos que é hoje considerada como «impassível, surda, fria, alexitímica: ofuscada pela biologia da doença, fecha as portas do ser (na expressão de José Enes), ser que se anuncia no imperativo (...)» (ibidem: 352).

Neste sentido, a crítica dirigida às frias relações dos médicos para com os seus doentes, as consultas dadas a correr, as rápidas conversas havidas nos corredores dos hospitais, o reduzido diálogo mantido com os doentes e familiares são alguns dos sinais das faltas gramaticais praticadas por estes profissionais (Lemieux, 2000), uma vez que estas falhas contrariam os valores que enformam o modelo de normatividade aprendida na arte de exercer a medicina. De facto, «a solicitude, a responsabilidade (...), a promessa (a palavra dada), a *caritas* (atenção ao rosto) determinam o lugar do Outro enquanto espelho declinado. Invocam a vida activa na tripla acepção de Hannah Arendt – modo de trabalhar, de fazer e de agir – num acto médico unitário e atélico. Se é a relação de boa-fé e confiança, se nesse encontro aparece *compassio*, *philanthropia*, a experiência clínica pode vir a ser não apenas o acto terapêutico (...), mas também o testemunho e arquivo da nossa comum fragilidade: um outro espelho inclinado» (Marques, 1999: 357).

Com a importância acrescida do rosto do *Outro* que se encontra perante o médico nas consultas, nas visitas hospitalares ou noutras circunstâncias menos formais e ritualizadas as condições de legitimação dos actos de julgamento destes profissionais parecem já não se esgotarem nos poderes delegados pelos seus saberes. As questões ligadas aos laços e às identidades pessoais e sociais dos médicos e doentes adquirem crescentemente uma expressão mais significativa nos encontros realizados entre estes actores. A experiência subjectiva decorrente destas relações é uma dimensão que não se pode ignorar e que fundam os laços entre estes dois grupos de actores.

Na verdade, os doentes quando marcam uma consulta tencionam ser bem tratados pelo seu médico assistente. Isto significa que não ignoram a importância da sua competência científica e técnica. Mas precisam também de falar, de fazer perguntas ao médico com o propósito de se inteirar do seu estado de saúde. Neste sentido, o médico tem de corresponder a estas expectativas, pois para o doente a identidade do outro, neste caso a identidade do médico como indivíduo e profissional, é construída pela tensão operada por dois princípios diferentes: de um lado o princípio «dos papéis, das posições, dos estatutos», do outro lado o princípio «do ideal do subjectivismo» (Singly, 2000:299) que é não só transferido para a relação como é traduzido pelo próprio doente, quer quando esse ideal vai ao encontro das expectativas projectadas, quer quando esse ideal não corresponde a estas mesmas expectativas anteriormente desenhadas.

## **2. A Saúde como «bem em si mesmo» e como «bem comum»**

Reviver, reactualizando-o, o modelo de Hipócrates nas actuais relações clínicas entre médicos e doentes é a forma encontrada por Silvério Marques para reacender a discussão em torno de valores e normatividades adequadas às situações clínicas, onde perante um médico investido do seu saber e competências científicas e técnicas se encontra um doente indisposto, frágil, mas com o desejo (umas vezes expresso, outras vezes latente) de encontrar respostas face à sua doença ou a uma simples inquietação em relação ao seu estado de saúde. Retomar publicamente estas questões torna possível

identificar alguns valores pertinentes para assegurar linhas convencionais de actuação destes profissionais nestas circunstâncias.

No entanto, a objectivação destes valores e normatividades é testada através das formas comunicacionais conduzidas pelos médicos junto dos doentes e seus familiares. Estes últimos investem nesta relação de proximidade com vista à procura de respostas sobre as causas da sua doença (ou do seu mal-estar), e querem conhecer quais os meios adequados para a sua cura ou para atenuar as suas consequências no caso de não ser possível chegar-se à cura da enfermidade declarada.

É neste circuito de perguntas e respostas que os valores da confiança, solicitude, compaixão, promessa, respeito e responsabilidade assumem uma importância acrescida no fechamento das justificações sobre a saúde como «*um bem em si mesmo*» (Dodier, 2003 b)). No quadro da mencionada convenção alguém que se aproxima de um médico para revelar as queixas do seu mal-estar ou apresentar os sintomas da sua doença tem de ser considerado pelo médico assistente como um ser autêntico.

Neste sentido, compete ao profissional de saúde que está à sua frente dar-lhe toda a atenção, ouvir as queixas e interrogá-lo com o propósito de este falar sobre o seu mal-estar e eventualmente sobre a sua história clínica (e dos seus familiares mais próximos). A empatia é trabalhada nestes encontros. A sua frequência facilita esta tarefa, mas a disponibilidade simpática do médico assistente é um meio a não descurar para o êxito desta prova relacional.

Nestes encontros está em causa a singularidade do doente e da sua doença. A categorização do seu mal-estar ou a representação estatística das possibilidades de cura ou da incidência de uma determinada doença num grupo ou tipo populacional não devem pôr em causa nem a singularidade do padecente, nem a autenticidade das suas queixas mesmo que elas exijam o recurso a meios de diagnóstico para testar o grau da sua ocorrência corpórea.

Evitar o abandono dos doentes é outra postura a ser assumida pelos profissionais de saúde. Tal abandono é um sinal visível da exclusão e um passo para a estigmatização do seu estado de saúde, nomeadamente quando o enfermo sofre de uma doença crónica ou quando esta se agrava e se transforma numa doença progressiva e avançada.

Com estas dimensões, e tanto do ponto de vista dos doentes como do ponto de vista daqueles que adoecem, a saúde pode ser entendida como um «*bem em si mesmo*». Tal como refere Dodier a saúde é nas sociedades modernas um valor que vale como tal e, por isso, qualquer colectividade deve reservar-lhe lugar de relevo (Dodier, 2003 b): 27).

Contudo, esta sua caracterização não faz diminuir a capacitação crítica quer dos doentes, quer de outros actores comprometidos com estas situações. Por vezes, as associações de doentes, profissionais de saúde, familiares, políticos, técnicos e cientistas assumem-se como porta-vozes na defesa deste bem em si que é a saúde (Dodier, 2003 a).

A natureza particular da saúde como um bem em si não esgota a sua caracterização geral. De facto, os Estados saídos das revoluções liberais setecentistas ao serem concebidos como conjuntos de regras e de convenções (Wagner, 1996) (Resende, 2003) avocam nas sociedades modernas uma responsabilidade social acrescida face à crescente visibilidade de um conjunto de problemas, dos quais destacamos os surtos epidémicos resultantes da falta de salubridade, quer dos espaços públicos, quer dos espaços domésticos.

De facto, a descoberta da acção dos micróbios já em finais do século XIX faz soar o toque de alarme, uma vez que se começa a dar toda a «atenção às forças cada vez mais escondidas da doença, a lavagem daquilo que não se vê, o defender-se contra o que não se sente. (...) O tema do micróbio favorece, sobretudo, mais mobilizações colectivas: registo inesgotável de referências científicas, concisão de uma pedagogia da saúde, pastoral higiénica em que a nação pretende reforçar a sua coerência pelo empenho de cada um na defesa de todos» (Vigarello, 2001: 209).

A saúde pública nunca deixou de estar presente nas listas de prioridade de intervenção do Estado neste domínio social. As campanhas de vacinação, os rastreios, a difusão de informação sobre a transmissão de doenças infecciosas e os sinais das doenças com mais impacto nas comunidades humanas (tuberculose, sida, hepatite B e C, doenças veneras, as diferentes formas gripais, etc.) são algumas das actividades associadas às instâncias estatais ligadas à prevenção da saúde.

Contudo, a incidência sobre a prevenção da doença não se fixa exclusivamente nas acções do Estado. Uma outra forma de pedagogização apossa-se das elites políticas, científicas e técnicas. De quem é a responsabilidade da preservação do bem-estar nas comunidades políticas? Para além de continuar a ser uma tarefa incumbida ao Estado, a responsabilidade passa a ser de cada indivíduo e da comunidade humana moderna.

Da identificação e categorização dos grupos de risco as linguagens publicitárias concentram-se agora em comportamentos de risco. Esta passagem confirma o carácter dominante deste tema, o que comprova a sua força «ao mesmo tempo que aumenta o saber. Ciência e técnica levam ao domínio dos perigos e, ao mesmo tempo, à sua renovação. Elas ultrapassam as ameaças antigas, mas desvelam novas ameaças» (ibidem: 279).

Com os perigos sempre à espreita, a incerteza instala-se nas sociedades modernas. Mesmo o crescente impacto da tecnologia na saúde não reduz o efeito do «medo» e do «perigo» de novas epidemias causadas por outros vírus entretanto descobertos.

Conservar o estado de saúde e de bem-estar individual e colectivo deixa de ser a única prioridade e preocupação das entidades públicas, mas também dos cidadãos. Uma outra visão mais moderna transfere aquela preocupação para um outro propósito mais abrangente e dinâmico. Os ideais deslocam-se agora para a necessidade de «”melhorar”, aperfeiçoar um bem cujos limites se revelam mais abertos. Daí, os investimentos totalmente inovadores desde o final do século XVIII nas promessas sanitárias: um futuro susceptível de mudar os corpos. A perspectiva do «bem-estar», hoje reforçada pelas práticas de consumo e pelas preocupações com a segurança, prolonga esta imagem de uma saúde indefinidamente perfectível. Ela instala, sem que a sua consciência seja sempre efectivamente clara, a ideia de um corpo susceptível de transformações sem fim. É o “aprofundamento” de saúde que se torna um dever e já não apenas a luta contra a doença. Empresa da qual o próprio custo está indefinido, que leva, entre outros, a uma actual crise das políticas de saúde» (ibidem).

Às denúncias produzidas a propósito dos itinerários seguidos pelas políticas públicas de saúde – liberalização dos seus serviços e da participação dos

medicamentos, maior investimentos em equipamentos e recursos técnicos, etc. – uma outra questão não deixa de ser frequentemente ventilada no debate público. Na verdade, as expectativas à volta do melhoramento contínuo do corpo e da sua saúde física e mental são acompanhadas por um outro dilema político. O que fazer e como fazer para que o acesso aos cuidados e melhoramento das condições de bem-estar sejam estendidas a todos os indivíduos independentemente dos seus recursos económicos?

Com este tópico as preocupações políticas acentuam ainda mais a lógica distributiva da saúde como «*bem comum*». Por outro lado, o questionamento em torno das desigualdades de acesso aos cuidados de assistência à saúde e doença não resolve de todo este amplo problema. Na verdade, fica ainda por equacionar a questão das desigualdades nos resultados na saúde.

Não é nosso propósito esclarecer neste texto as diferenças conceptuais inscritas nestes dois tipos diferentes de desigualdade face à saúde e à doença (Cabral et al, 2002: 34-36). O que importa é reforçar a forte responsabilidade assumida pelo Estado em curar os corpos. A expectativa pública à volta da longevidade, por um lado, e a expectativa pública à volta dos efeitos das doenças endémicas e epidémicas, por outro lado justifica o investimento desta instância nesta esfera da justiça (Walzer, 1999).

De facto viver mais tempo com bem-estar saudável é para os cidadãos modernos «uma necessidade socialmente reconhecida e cada vez mais se fazem esforços para garantir a sua ampla e igual distribuição (...); daí a existência de médicos e hospitais em todos os concelhos, os exames regulares, a educação sanitária para os jovens, a vacinação obrigatória, etc.» (ibidem: 95). Por outro lado, uma vez que a incidência de qualquer doença é apresentada como uma calamidade pública, «as pessoas já não suportam aquilo que já não crêem ter de suportar. Todavia, enfrentar a tuberculose, o cancro ou as doenças cardíacas requer um esforço comum. A investigação médica é dispendiosa e o tratamento de muitas doenças, em especial, excede muito os recursos do cidadão comum» (ibidem: 95). Para conquistar terreno a estas doenças a comunidade política tem de estar disposta a autorizar o Estado a investir recursos financeiros públicos na investigação, na compra de novos equipamentos técnicos e no apoio à comparticipação de medicamentos mais adequados ao combate a estas doenças.

O reconhecimento desta segunda dimensão da saúde «*como bem comum*» fá-la entrar nas esferas de distribuição da justiça (ibidem) que se estruturam nas sociedades modernas. Desta forma, salvaguardar a saúde de todos os cidadãos de uma comunidade política, abrindo as oportunidades possíveis para satisfação das expectativas no cuidar e no curar dos corpos (concebidos integralmente, Resende:1999), quer no âmbito do acesso aos cuidados de assistência na saúde e na doença, quer no âmbito dos resultados efectivamente alcançados na actuação da medicina moderna, é entendida como o objecto de discussão e de debate público e, por isso, matéria de disputa política no quadro do trabalho de crítica social realizado por distintos actores individuais e colectivos.

No confronto político muitas gramáticas práticas se opõem umas em relação às outras. As intersecções entre elas também são plausíveis. Umas e outras nascidas dos momentos de denúncia, crítica social, disputas e conflitos os seus oponentes são levados a esgrimirem pontos de vista fundamentados em provas susceptíveis de reduzir o grau de incerteza inscrito nas justificações que são lançados dos dois lados da contenda. Estabelecem-se grandezas e relações de equivalência entre estados de diferente grandeza, e apesar da sua estabilidade temporal (em particular nos estados de grande a que todos podem aceder, desde que provem o seu merecimento) requerer muito trabalho e sacrifícios (Boltanski, Thévenot, 1991) não está garantida a conservação eternizada de uma dada hierarquia de grandezas.

### **3. As tensões entre a saúde como um valor em si e a saúde como um bem distributivo nas sociedades modernas: notas finais de uma reflexão inacabada**

As actuais perplexidades expressas pelos profissionais da saúde, e em particular pelos médicos, mas também reveladas pelos utentes do Sistema Nacional de Saúde (incluindo todos os utentes de outros subsistemas de saúde existentes, incluindo os seguros), são a enunciação privada ou pública dos desacordos há muito subsistentes entre por um lado aqueles que trabalham nesta área e os demais cidadãos que dela pretendem usufruir dos serviços a que têm juridicamente direito (e que por isso estão



convencionados por distintas codificações escritas). Um desses desentendimentos é o problema decorrente do financiamento de todos os subsistemas de saúde e do próprio Sistema Nacional de Saúde. Na verdade, o tema de financiamento público do Sistema Nacional de Saúde é um dos assuntos mais recorrentemente discutidos em diferentes «arenas» públicas, em particular na comunicação social escrita (Cabral et al, 2002) e televisada.

Ainda no que toca a esta controvérsia amplamente publicitada alguns autores colocam mesmo a questão de saber de quem é a responsabilidade da redução dos índices de mortalidade e de morbilidade, sobretudo no âmbito da definição pública das políticas de saúde no quadro do «triângulo equidade, efectividade e eficiência» (ibidem: 32-33), uma vez que os estudos parecem indiciar que «as desigualdades entre os grupos que ocupam o topo e a base da estrutura social terão crescido» (ibidem: 32). O incumprimento do contrato social estabelecido entre o Estado e os concidadãos (para Portugal a génese do contrato remonta à segunda metade dos anos 70 do século passado), não significa que tenham diminuído os orçamentos destinados por esta instância a este sector.

Tudo indica que a maior desresponsabilização do investimento público nas políticas de saúde pública (mais vocacionadas para a prevenção e educação sanitárias), mas também numa melhor operacionalização das políticas ligadas aos domínios do cuidar e do tratar as doenças, estão efectivamente relacionadas «com o princípio da responsabilização dos utentes» (Vigarelo, 2001: 272) hoje cada vez mais vulgarizado pelo discurso político pronunciado na maior parte dos Estados economicamente mais avançados. Não é de descurar que a transferência do princípio de responsabilização colectiva – identificada directamente com a acção do Estado – para o princípio de responsabilização individual – reconhecida pelo investimento produzido pelo cidadão comum na sua saúde e no bem-estar físico e mental, mas também no controlo dos estados de enfermidade – esteja relacionada com a expansão política do ideário de projecto (Boltanski, Chiapello, 1999), (Boltanski, 2001, 2003) tão querido em diferentes domínios da actividade social – da economia à educação.

Estas alterações nas matrizes das promessas enunciadas publicamente por diferentes gerações de políticos no quadro de distintas agendas políticas – da luta contra os lugares das infecções ocorrida no século XIX à criação de uma panóplia de sistemas de segurança e de apoio em várias áreas sociais (desemprego, reforma, assistência na saúde e na doença, etc.) no século XX – parecem verificar-se numa altura em que as actuais promessas públicas de melhor bem-estar integral se encaixam nos valores e nas normatividades que convidam a engrandecer os processos de individuação, de auto-realização individual, de juvenilidade ao longo da vida, entre outros, e que se encontram inscritos nas políticas publicitadas sobre o corpo saudável.

A importância detida pelas promessas ultrapassa os territórios públicos para se instalarem nos espaços clínicos onde se realizam um dos principais encontros entre os médicos e os doentes – emissores e receptores dos actos comunicacionais clínicos. Na comunicação ali estabelecida as conversas são presididas por rituais próprios e por gramáticas práticas específicas, umas que estão mais directamente associadas aos saberes gerais e especializados dos médicos, as outras de tonalidades, intensidades e aprofundamentos diferentes de acordo com a proximidade permitida por cada um dos lados em co-presença.

No entanto, insistimos, as solidariedades e promessas públicas ligadas à saúde tendem a deixar cada vez mais espaço à intervenção do cidadão comum. Aliás, a educação para a saúde é acompanhada por uma pedagogia que visa acentuar a tese de que compete também, e cada vez mais, ao indivíduo moderno de zelar pelo seu bem-estar e segurança tanto no espaço privado como público.

Por outro lado a sua acção deve estender-se ao controlo de todas as doenças que o atingem ao longo da sua vida. A precaução e a prevenção de cada um perante possíveis enfermidades que os possam verdadeiramente afligir são condutas a adoptar permanentemente.

Neste sentido, os indivíduos modernos estão constantemente a ser alvos de campanhas de alertas em relação a possíveis surtos endémicos, uns já conhecidos, outros ainda desconhecidos ou pouco conhecidos. Políticos, técnicos e especialistas são responsáveis por esta missão. Alertam os cidadãos para os comportamentos de risco e

para as formas típicas da transmissão das doenças, em particular as doenças que são transmissíveis por um vírus ou por uma bactéria.

Destinadas a evitar a propagação endémica das doenças, as campanhas de prevenção tentam atenuar os seus efeitos tanto nos indivíduos como nos seus contextos ecológicos. Contudo, estes alertas convivem de perto com ambientes alarmantes muitas vezes provocados ora pela ausência de explicações claras sobre os cuidados a ter no sentido de as pessoas se precaverem, evitando o contágio, ora pela quantidade de informação dispensada, que em vez de acalmar os indivíduos acaba por os confundir, elevando desse modo a possibilidade de neles provocar inquietações excessivas.

Um dos efeitos mais significativos da transferência da responsabilidade para os indivíduos do cuidar do seu bem estar, promovendo a qualidade de vida, é o aumento do tempo dedicado por muitos cidadãos comuns em procurar toda a informação sobre a doença que o atingiu ou afectou alguém das suas relações mais próximas (familiares ou de forte amizade). Perante um anúncio de uma possível doença que se transmite de um animal para a espécie humana – como acontece hoje com a divulgação de um possível surto «da gripe das aves» em toda a Europa, ou como aconteceu antes com a doença das «vacas loucas» – os indivíduos modernos parecem manifestar-se dispostos a estarem atentos a todas as notícias relacionadas com estes assuntos, e muitos deles antecipam a observância de comportamentos restritivos, em particular no que toca a uma dieta alimentar mais vigilante.

Promover e conservar a saúde como bem em si mesmo passa a estar articulado com a vigilância e a atenção a todos os alarmes emitidos pelos porta-vozes das instâncias estatais. Por outro lado, os indivíduos ao manterem um grau elevado de vigilância e controlo face aos comportamentos de risco contribuem para a redução dos custos financeiros do Estado, e dessa forma concorrem para atenuar o peso das despesas da saúde no Orçamento Geral do Estado.

Outras vezes os alertas e as informações provêm de outras fontes e estão associados a outros assuntos não directamente ligados a doenças contagiosas. Estão neste caso informações sobre novos medicamentos ou sobre os efeitos indesejados de medicamentos já disponíveis nos mercados. Estas notícias resultam de estudos

realizados e tornados públicos pelas revistas da especialidade. Outros anúncios recaem sobre outras formas de tratar e de intervir cirurgicamente em estados de enfermidade já conhecidos. Pela voz e pena dos jornalistas estas notícias são transmitidas e difundidas pelos órgãos de comunicação social, transformando a saúde e a doença como um dos temas que registam maior audiência.

O ambiente constante de alerta e os incentivos em aumentar os níveis de vigilância e de controlo acabam por interferir nas relações entre médicos e doentes. A colecção de informações colhidas de diversas fontes pode entrar em choque com o domínio dos saberes médicos. Este tipo de embate objectiva-se nos circuitos comunicacionais desenvolvidos entre médicos, doentes e familiares.

Por outro lado, face ao crescimento do investimento público nos equipamentos técnicos o Estado requer dos médicos uma postura de eficiência e efectividade de elevado grau e potencialidade clínica, que para além de colidir com o princípio de equidade, também põem causa outros valores caros ao modelo de Hipócrates: singularidade e autenticidade do doente, tratar sem esquecer o acto de cuidar e de proteger, as posturas simpáticas e de compaixão, o cumprimento da palavra dada e a atenção prestada ao outro cujo rosto não deve nunca fugir-lhe do seu horizonte visual.

As transferências nos processos de solidariedade entre o Estado e o indivíduo não deixam de colidir noutros casos em que a responsabilização individual face à conservação da saúde e do bem-estar entra em forte colisão com as liberdades individuais. Como acontece no caso dos fumadores ou no caso dos amantes da boa e excessiva comezaina, os constrangimentos causados pela pedagogização pública em relação aos malefícios dos cigarros e das dietas alimentares assentes em mantimentos de elevado índice de gordura, não só cria discípulos da boa nova em todas as gerações como delimitam novas fronteiras territoriais para os actos agora classificados como transgressores e agressores para a conservação do bem-estar individual e colectivo. Entre custos e benefícios, estes últimos apresentam valores mais elevados, uma vez que o cumprimento integral destas regras não só torna possível manter o bem-estar, mas também torna possível melhorá-lo, e, desta forma, garantir uma longevidade maior e com mais qualidade de vida.

Com estes cenários a representação da saúde e da doença assume novos contornos. De um lado as instâncias públicas parecem querer dar maior centralidade ao cidadão comum, enfermo ou saudável. Do outro lado, os mecanismos de controlo realizados pela educação e pedagogia públicas e a estreiteza de itinerários possíveis promovidos pela pauta gramatical pública (saber médico) referente tanto ao corpo saudável como ao bem-estar individual e colectivo causam controvérsias, perplexidades e mesmo estranhezas (de diferentes graus e naturezas), quer entre os indivíduos, quer entre os profissionais de saúde. Neste caso como noutros casos distintos destes, os pólos da liberdade e da disciplina, constitutivos da modernidade (Wagner, 1996), caminham lado a lado, não se excluindo mutuamente.

É preciso também não esquecer o lugar ambivalente detido sobretudo pelos médicos e que incide nas condições e exercícios de legitimação do seu trabalho clínico (Marques, 1999). As exigências na elevação da produtividade enfatizam o produto final do seu trabalho, relegando para segundo plano o lugar do sujeito nas relações clínicas, e sobretudo as dimensões subjectivas, sensitivas e emocionais que não deixam de estar presentes no seu trabalho quotidiano, nomeadamente nos momentos mais extremados da sua actividade: a medicina da reprodução e a medicina paliativa. Nos confrontos com os momentos de dar vida e de anunciar a morte, estes dilemas – o ser frio e o ser quente, a proximidade e a distância do outro, a neutralidade afectiva e o envolvimento comprometido com o ser humano, o oficioso e o oficial, entre outros – alargam o espectro da sua intensidade nas relações humanas ali experimentadas.

O mesmo é dizer que naqueles momentos mais agudos como noutros menos graves, os embaraços dos médicos (traduzidos ou não em conflitos abertos) não se afastam muito das tensões desencadeadas pelo conceito de saúde como um «*valor em si mesmo*» e a saúde como um «*bem comum*». Entre um bem que deve estar ao serviço de toda a comunidade política e um bem como salvaguarda pessoal dificilmente a saúde escapa ao movimento crítico que se abateu sobre ela e sobre os seus profissionais, em particular sobre os médicos.

## **Bibliografia**

- ABBOTT, A. (1988) – *The System of Professions. An Essay on the Division of expert Labor*, Chicago e Londres, The University of Chicago Press.
- BECK, U., GIDDENS, A, LASH, S (2000, 1ª edição 1994) – *Modernização Reflexiva. Política, Tradição e Estética no Mundo Moderno*, Oeiras, Celta.
- BOLTANSKI, L., THÉVENOT, L. (1991, 1ª edição de 1987) – *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Éditions Gallimard.
- BOLTANSKI, L., CHIAPELLO, È. (1999) – *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- BOLTANSKI, L. (2003) – *La Condition Foetale. Une Sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard.
- CABRAL, M.V., SILVA, P.A., MENDES, H. (2002) – *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais/ICS.
- DODIER, N. (2003 a)) – *Leçons politiques de l'épidémie de Sida*, Paris, EHESS.
- DODIER, N. (2003 b)) - «O Espaço e o Movimento do Sentido Crítico» *Workpaper* produzido em Novembro de 2003, a publicar na revista Forum Sociológico em 2005.
- GADAMER, H-G., (1998) – *Philosophie de la Santé*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle et Éditions Mollat.
- GRÁCIO, S., (1997) – *Dinâmicas da Escolarização e das Oportunidades Individuais*, Lisboa, Educa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- LEMIEUX, C. (2000) – *Mauvaise presse. Une Sociologie compréhensive du travail journalistique et de ses critiques*, Paris, Métailié.
- MARQUES, M.S. (1999) – *O espelho declinado. Natureza e Legitimação do Acto Médico*, Lisboa, Edições Colibri.
- PARKIN, F. (1990, 1ª edição 1982) – “Social closure and class formation” in A. Giddens e D. Held (ed.), *Classes, power and conflict. Classical and contemporary debates*, Hound mills, Basingstoke, Hampshire, London, Macmillan Education LTD, 175-184.

# *I Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade*

.....  
Cabeciras de Basto, 9 e 10 de Setembro de 2005

- RESENDE, J.M. (1999) “A Construção Social do Corpo nas Sociedades de Modernidade Tardia: Disposições Corporais Distintivas e a Corporalidade como Recurso Mobilizado nas Relações e Trajectórias Sociais”, *Forum Sociológico*, N.º 1-2 (IIª Série), pp.9-40.
- RESENDE, J.M., SAMPAIO, M.L., DOMINGOS, N. (2001) *O Perfil dos Utentes das Urgências do Hospital S. Francisco Xavier: Tentativa de Compreensão de um Comportamento Compulsivo*, 1º Relatório – Estudo Exploratório, UNL, Lisboa.
- RESENDE, J.M. (2003) – *O Engrandecimento de uma Profissão: Os Professores do Ensino Secundário Público no Estado Novo*, Lisboa, Fundação Para a Ciência e Tecnologia e Fundação Calouste Gulbenkian.
- RODRIGUES, M.L. (1997) – *Sociologia das Profissões*, Oeiras, Celta Editora
- SINGLY, F. (2000) – *O Eu, o Casal e a Família*, Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- VIGARELLO, G. (2001) – *História das práticas de Saúde. A saúde e a doença desde a Idade Média*, Lisboa, Editorial Notícias.
- WAGNER, P. (1996) - *Liberté et Discipline. Les deux crises de la modernité*. Paris, Éditions Métailié.
- WALZER, M. (1996) – *La critique sociale au XX siècle. Solitude et solidarité*, Paris, Métailié
- WALZER, M. (1999, 1ª edição 1983) – *As Esferas da Justiça. Em defesa do pluralismo e da igualdade*, Lisboa, Editorial Presença