Separata de
CADERNOS DO NOROESTE
Série História 3
Volume 20 (1-2) / 2003

CONTEXTO RELACIONAL MÉDICO-FAMILIAR. UM ESTUDO DE CASOS NO CONCELHO DE BRAGA

MARIA ENGRÁCIA LEANDRO
PAULA CRISTINA REMOALDO
HELENA CRISTINA MACHADO
PAULO NUNO NOSSA

RELAÇÃO MÉDICO UTENTE: INFORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

A partir dos anos cinquenta (Szaz et Hollender, 1956), a relação médico-utente tem sido objecto de vários estudos, tendo sobretudo em conta a transformação do papel exercido pelo utente. Este é cada vez mais incentivado a intervir em tudo o que se refere às questões mais directamente correlacionadas com a saúde, a doença e o que pode favorecer uma ou, ao invés, fazer desencadear a outra. Com efeito, nas sociedades ocidentais, o modelo paternalista original vai sendo progressivamente substituído pelo modelo de decisão partilhada. Alguns factores gerais relativos às transformações das sociedade, dos costumes e, por outro lado, factores específicos relativos às modificações no interior da medicina concorrem para o efeito.

Desde os anos oitenta, cabe aqui fazer referência, em primeiro lugar, à revolução das tecnologias da informação que se traduz pelo advento de uma sociedade de informação, no interior da qual a informação médica se torna mais acessível aos consumidores de cuidados de saúde. Por exemplo, estes têm hoje acesso a múltiplos agentes farmacológicos ou métodos de tratamento "paralelo", via Internet. Há indícios que permitem prever a passagem do consumidor de cuidados de saúde para o cidadão responsável, ainda que se possam verificar diferenças significativas, quando se têm em conta as várias formas de desigualdade social e a própria capacidade de pensar a desigualdade social perante a saúde e os vários mecanismos que a envolvem. Mesmo assim, preconiza-se uma responsabilidade que, tendo a ver com a cidadania, acompanha, também, uma responsabilidade partilhada, logo que se trate da relação médico-utente. Basta pensar, por exemplo, na quantidade de associações que se formam em torno desta ou daquela doença, desta ou daquela

Cadernos do Noroeste, 20 (1-2), *Série História 3*, 2003, pp. 313-339

forma de patologia, visando uma maior informação e intervenção na matéria.

Os estudos feitos sobre esta questão revelam um aspecto comum: os utente desejam ser informados e manter boas relações com os profissionais de saúde. Este desejo de informação diz, tanto respeito à natureza, causa e gravidade da doença, como aos programas de tratamento, aos resultados e aos efeitos dos testes de diagnóstico, à progressão da doença e até ao facto de saber se se trata ou não de um estado terminal (Ley, 1983).

Sendo certo que estas atitudes dos utentes tendem a desenvolver-se, elas exigem simultaneamente algumas condições. Uma delas, que consideramos fundamental, passa pela qualidade das interacções entre médico-utente e, por conseguinte, pelas distâncias ou proximidades culturais entre dois actores sociais e até pelo grau de vulnerabilidade do utente. Uma e outra têm que ver também com o tempo de duração dessas interacções. Beisecker e Beisecker (1990) ao estudarem esta questão consideram que a atitude mais ou menos activa dos pacientes apenas se torna um factor importante de comentários se a interacção médico-utente mantém uma certa duração (19 minutos ou mais).

Refira-se que no caso que estudámos, relativo a alguns Centros de Saúde no concelho de Braga, tendo posto esta mesma questão aos nossos entrevistados, a grande maioria considera que entre 15-20 minutos é um tempo suficiente para uma consulta. Menos poderá ser nefasto, uma vez que o médico pode subvalorizar a necessidade de informação por parte do utente ou mesmo a dificuldade ou facilidade de compreensão da informação. Isto é ainda mais importante se desta informação depende a participação do paciente ou se este necessita participar na decisão do médico, o que supõe que beneficie de uma informação pertinente e apropriada.

Por outro lado, na relação médico-utente, o médico não dispõe, muitas vezes, de elementos capazes de compreender as condições de vida, de alojamento e de trabalho dos seus pacientes e é incapaz de as fazer mudar, ainda que elas não sejam alheias à qualidade da saúde. Pode ainda insistir sobre hábitos pessoais dos seus pacientes, podendo reforçar a ideologia da culpabilização da vítima, quando afinal ela tende a viver integrada numa família, num grupo e num contexto social que determinam muito do que é e do que faz em termos de saúde. Por sua vez, para os utentes é mais fácil consultar o médico do que mudar a sua condição social para aumentar as possibilidades de vida e, por vezes, até modificar a qualidade das relações entre actores que normalmente estão em posições assimétricas.

Daí que a saúde e a doença não se inscrevam apenas na relação médico-utente. Elas correspondem potencialmente ao conjunto das relações sociais: meio envolvente, redes de relações e de suporte de colegas, de vizinhança e da família. No quadro deste trabalho teremos sobretudo em conta esta última, dado os objectivos que presidem à prestação de cuidados do médico de família através dos Centros de Saúde visarem não apenas o seguimento do indivíduo enquanto tal, mas antes o indivíduo integrado na sua família.

Só para situar esta questão, em termos mais vastos, somos forçados a constar que actualmente não dispomos de teorias, referências ou corpo de hipóteses capazes de darem conta das relações entre a família e a saúde, ou a família e os cuidados de saúde. No entanto, quando olhamos para certas patologias, somos induzidos a interrogar-nos sobre o papel da família na aparição, desenvolvimento e, eventualmente, na resolução de um problema de doença. Podemos ainda questionar-nos acerca do funcionamento da família para sublinhar a importância e a evidência da produção dos cuidados de saúde familiares e o capital que dispõe para a promoção, conservação ou recuperação da "boa saúde" (M. E. Leandro, 2001).

Idênticas considerações são ainda aplicáveis à família como utilizadora dos serviços médicos de saúde. Também aqui faltam estudos teóricos e empíricos que permitam compreender esta relação e melhor apreender as implicações que daqui decorrem no que se refere aos cuidados de saúde. Sabemos, por exemplo, que há famílias que recorrem mais aos serviços médicos do que outras e que umas seguem mais do que outras as orientações e prescrições médicas. E estas não se circunscrevem tão só aos exames médicos e às orientações medicamentosas, mas têm muito que ver, por exemplo, com os hábitos alimentares e a qualidade dos modos de vida. Segundo Litman (1974), certas famílias mostram-se indiferentes ou não cooperantes porque não se sentem comprometidas com os objectivos dos serviços médicos.

Ora, uma das preocupações que parece presidir à orientação dos Centros de Saúde, mais vocacionados para a prestação de cuidados primários de saúde, designadamente através da criação da figura do médico de família, pretende precisamente contrariar esta tendência. Neste sentido, não só o médico de família se deve ocupar de todos os membros da família, o que lhe permitirá ter uma melhor visão de conjunto das suas questões de saúde, como com um seguimento aturado poderá fazer desencadear relações de maior confiança, o que decerto produzirá efeitos em termos de co-responsabilidade em matéria de saúde individual e fa-

miliar. De resto, se, frequentemente, os utentes dirigindo-se ao médico esperam que ele lhes resolva um problema concreto, em termos objectivos, também não é menos verdade que parte dos resultados que daí decorrem, não são alheios à qualidade das relações que se tecem entre estes diferentes actores sociais.

O trabalho que aqui apresentamos, baseado num estudo de casos e, por conseguinte, sem qualquer objectivo de generalização, visa precisamente analisar algumas destas questões.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Até muito recentemente o interesse dos investigadores em Ciências Sociais, com particular destaque para a Sociologia, pelo papel exercido pela família acerca da saúde é muito limitado. Daí a ausência de estudos empíricos cujos fundamentos teóricos possam permitir apreender melhor a importância desta intervenção. À escala internacional, alguns trabalhos têm sido feitos do ponto de vista dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, a propósito das interrogações face à utilização dos serviços de saúde por parte dos profanos. Todavia, apesar da adesão que estes trabalhos têm merecido, denota-se uma ausência de reflexão sobre os mecanismos que envolvem este fenómeno. Por parte do sistema de cuidados de saúde, a família é considerada principalmente como fonte de doenças, como utilizadora dos serviços médicos e como grupo de *stress* em caso de doença grave de um dos seus membros (Cresson, 1995). De qualquer modo, quase sempre, os efeitos que daí decorrem, tendem a repercutir-se sobre todos os outros.

Tem-se esquecido, porém, que na maioria das circunstâncias, a família, ainda que possa favorecer o desenvolvimento de certas patologias, exerce um papel protector de grande importância. Nos últimos tempos tudo indica estarmos perante algumas mudanças de atitude a este propósito. Por vezes, estas prendem-se até com razões económicas e materiais que, devido aos elevados custos em relação à saúde, tendem a reenviar para a família a responsabilidade dos cuidados dos seus doentes. Pense-se, por exemplo, nas políticas de desospitalização ou outras similares (Dalley, 1988; Bungener, 1988), tendendo a abreviar o tempo de estadia nas instituições de saúde. Por outro lado, sabe-se também que o envolvimento prático e afectivo da família em torno da pessoa doente, pode exercer efeitos muito benéficos em termos da recuperação e bem-estar.

Todavia, tudo isto não dispensa nem invalida a importância da qua-

lidade das relações que a família no seu todo e cada membro de *per si* estabelecem com os profissionais de saúde. Como já o referenciámos, o caso assume particular importância no âmbito dos Centros de Saúde, pois é a este nível, até pelo seu carácter de continuidade e de interconhecimento, que frequentemente se tecem relações mais consistentes entre a família e o médico de família, ou mesmo com outros profissionais de saúde. Neste trabalho retemos apenas o primeiro, por ser aquele que mais directamente está implicado nesta relação podendo mesmo ser considerado o *pivot* de outras relações entre os utentes e o conjunto dos profissionais de saúde.

Tenha-se ainda em conta que é no quadro desta relação que os *mass media* tendem a dar maior visibilidade a esta questão, fazendo muitas vezes passar a ideia que ela é complicada, o que nem sempre é corroborado pelos estudos empíricos, como o demonstram os trabalhos de M. Villaverde Cabral *et al.* (2002), e os resultados do trabalho que aqui apresentamos.

O objectivo do nosso estudo, através da realização de entrevistas semi/estruturadas junto de trinta e oito famílias bi-parentais, com pelo menos um filho em idade escolar, com idades compreendidas entre os 25-69 anos (51,3% nas faixas etárias 35-44 anos), de diferentes condições sociais, clientes de alguns Centros de Saúde no concelho de Braga e nove médicos de família dos referidos Centros, visa averiguar a relação mantida pelas famílias com o médico de família e com o sistema (enquanto utilizadores) e a percepção que têm da saúde e a dos seus e o modo como se auto-avaliam acerca da saúde. Mas pensar o utente e a família no quadro de uma relação médica implica interessar-nos, também, pela maneira como os médicos percepcionam esta interacção. Daí que entrevistássemos nove médicos (seis homens e três mulheres) procurando avaliar o seu sentir sobre esta relação e sobre os efeitos que lhes possam estar associados. Procuramos ainda apreender o modo como é feita a gestão da saúde no interior da família, tendo principalmente em conta as situações de género e o modo como cada um destes membros da família se relaciona com estas questões[1].

[1] As entrevistas para este trabalho foram feitas, durante os meses de Junho e Julho de 2001, por um grupo de alunas do 4.º ano do Curso de Sociologia da Universidade do Minho e outras do 2.º ano do Curso de Serviço Social da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, a saber: Ana Sofia da Silva Leandro, Benvinda Machado, Cláudia Igreja, Elsa Faria, Eugénia Mendes, Iva Rocha, Luciana Silva, Marisa Freitas, Patrícia Gomes, Paula Santos. A todas exprimimos a nossa profunda gratidão, assim como

Mencionando a utilidade e validade deste tipo de estudos, fundamentalmente suportado por entrevistas semi-estruturadas a um grupo reduzido de famílias e de médicos de família, deve dizer-se que se objectivou sobretudo diagnosticar a apreensão da qualidade das relações médico-utente, por parte destes utilizadores dos Centros de Saúde e a satisfação detida pelas partes que compõem o sistema. Todavia, por forma a evitar alguma falácia que possa pairar sobre este tipo de actuações, deve sublinhar-se que este tipo de estudos são válidos, enquanto *suscitadores de hipóteses*, ou *sinalizadores de insuficiências* que, posteriormente, devem ser isoladas e adequadamente aferidas e (re)mediadas.

O prosseguimento deste tipo de estudos deverá, no futuro, ser mais alargado em termos quantitativos, salvaguardando maior diversidade dos inquiridos. Este alerta deriva da consciente necessidade de se evitarem diversos viés. Por exemplo, na percepção do estado de saúde, intervém um número elevado de factores, revelando-se alguns ao longo deste trabalho.

As conclusões do *Inquérito Nacional de Saúde* de 1995 alertavam para esta questão, sublinhando diferenças auto-avaliativas em função do sexo, classe etária e nível educacional. Por exemplo, verificou-se que 35% dos homens consideravam a sua saúde como *muito boa/boa*; apenas 25,4% das mulheres têm opinião coincidente. A análise das respostas por idade demonstrou que a percepção do estado de saúde variava com a idade: a categoria *boa* descia, neste inquérito, à medida que o nível etário aumentava, sucedendo o inverso com a classificação de mau. Por sua vez, um estudo feito à escala da então Comunidade Europeia entre Março-Abril de 1987, no quadro do programa "Europa contra o cancro", acerca da auto-avaliação sobre saúde, apesar de diferenças significativas ao nível do sexo e da idade, veio ainda revelar diferenças acentuadas entre os vários países. Assim, os portugueses eram aqueles que manifestavam o *score* mais baixo, logo que se tratava de avaliar a saúde. Apenas 4% classificavam de *muito boa*, contra 49% dos Dinamarqueses e 39% dos Irlandeses (Tchobroutskyb et Wong, 1995).

Nestas condições, trata-se tão só de um estudo pluridisciplinar mas forçosamente limitado e voluntariamente de carácter exploratório.

a todos aqueles que se disponibilizaram para concederem entrevistas no âmbito da realização deste trabalho.

Este estudo foi feito graças a uma subvenção concedida pelo CCHS (Centro de Ciências Históricas e Sociais) da Universidade do Minho a quem manifestamos o nosso profundo reconhecimento.

NOÇÃO DE SAÚDE E PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE NOS NOSSOS DIAS

As questões temáticas deste estudo – Contexto relacional Médico-familiar – assentam na discussão de conceitos muito prezados, crescentemente valorizados e discutidos nas sociedades contemporâneas: o conceito de saúde e a responsabilidade da família na manutenção da saúde, o conceito de acesso e utilização do sistema, neste caso através do interlocutor privilegiado – Médico de família.

Deve reconhecer-se que o conceito de saúde tem sido objecto de sucessivas discussões e aperfeiçoamentos técnicos, complementados por acréscimos culturais e tecnológicos – a saúde não é uma questão absoluta. Tem o valor que lhe é conferido pela cultura da sociedade (Brockington, 1965).

Do ponto de vista dos utentes, a temática da saúde tem sido uma área privilegiada de discussão e reivindicação, particularmente sensível, quase que exclusivamente centrada nas facilidades de acesso e consumo de recursos, qual via única, necessária e suficiente para se "produzir" e "garantir" estados saudáveis. A este nível, saúde define-se por oposição a doença, estando a atenção maioritariamente voltada para o consumo de cuidados e tecnologias de saúde. A noção de responsabilidade partilhada na manutenção e construção da saúde é vista e gerida pelo utilizador como se ele próprio fosse uma entidade externa ao processo, sem responsabilidade activa na gestão e/ou depreciação dos seus níveis de saúde, em suma, observa-se e comporta-se como um verdadeiro *paciente* – o que suporta ou aquele que sofre.

A noção de saúde surge pois, a este nível, empobrecida e amputada, não só por insuficiências próprias, mas também pela incapacidade do sistema em fazer vingar uma prática educativa baseada em programas[2] que, de uma forma sustentada, implementam e conduzem o utente à assunção de actor, arbítrio responsável no alcance e manutenção da sua saúde.

Provavelmente poderemos encontrar uma dupla causalidade para a situação atrás descrita. Revelam por parte dos utilizadores o nível de

[2] Deve notar-se que existem diversos programas a este nível, frequentemente mencionados em relatórios da DGS, como o programa PROJAS – Projecto Jovens Animadores de Saúde (2000), no âmbito de metodologias de "*peer educatioon*", ou o Programa de Promoção e educação para a Saúde – PES (1993). Todavia, a sua ocorrência e posterior desenvolvimento é profundamente limitada no tempo, dependendo de fundos e subsídios, cerceando o seu carácter sistemático.

escolarização, a capacidade de operacionalizar informação, cultura de saúde que, genericamente se produz com antítese de doença, bem como na sustentação de estados saudáveis.

Neste ponto não podemos alijar algumas responsabilidades decorrentes da ênfase dominadora do modelo biomédico que, consuetudinariamente, está mais centrado na resolução de casos mórbidos. É pois pouco valorativo no que respeita à consideração de aspectos sociais, económicos e educacionais imbricados no processo de saúde, tidos como fundamentais para assegurar uma noção mais ampla, envolvendo uma vida satisfatória, socialmente gratificante e economicamente produtiva. Embora se reconheça aos mais diversos níveis as vantagens de uma atitude deliberadamente pró-activa e formativa na área da saúde, centrada nas populações, suportada pelo reconhecimento do menor custo da prevenção *versus* tratamento/reabilitação, observa-se a sucessão de políticas e instrumentos de saúde recorrentemente curativos e pouco preventivos.

Verifica-se igualmente, ao nível de quem utiliza, uma postura ambivalente entre um comportamento passivo para com a manutenção da saúde e a reivindicação crescente de formas de acesso, consumo e sofisticação do sistema de prestação de cuidados de saúde. Não podemos esquecer que o projecto de prestação de cuidados primários, ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS), apontando de uma forma mais alargada o Estado como financiador e principal produtor de cuidados de saúde, surge em 1974[3] (Santos, 1987), podendo ser considerada uma etapa relativamente recente. A partir daqui inicia-se a convivência em novos moldes com o acesso ao sistema reformulado, balizado por conceitos de *gratuidade* e *universalidade*, priorisando os Centros de Saúde como porta privilegiada de acesso ao sistema. Conferem-se e sinalizam-se aos cidadãos novos direitos, utilizando a democratização no acesso ao sistema como um meio necessário para combater as enormes assimetrias regionais existentes ao nível do desenvolvimento e prestação de serviços. Estas medidas, cuja validade e enquadramento não serão aqui discutidos, não foram objecto de adequação sustentada por parte de projectos de educação e formação em saúde. Apresenta-se o sistema como entidade máxima responsável por assegurar a produção de um bem que é particularmente desigual. Políticas e procedimentos preventivos são secundarizados ou mesmo subalternizados na difícil gestão de recursos escassos. Centra-se a atenção e a exigência na disponibilização e consumo infinitamente

[3] D. L. n.º 203/74 de 15 de Maio, remete para o Governo Provisório o "lançamento das bases para a criação do SNS ao qual têm acesso todos os cidadãos" (Santos, 1987).

crescente de recursos sem que se avalie a gestão dos *inputs*, tendo-se como válido que o acréscimo exponencial destes propicia uma materialização directa e automática na melhoria do produto final do sistema.

Não se observou e não se observa de modo sistematizado, que a melhoria do nível de saúde pode ser conseguida de forma mais eficiente pelo aumento de outros *inputs* diversos do consumo de serviços de saúde, mas antes pela articulação e implementação destes com melhorias ao nível dos rendimentos, educação, habitação, hábitos e comportamentos alimentares, ambiente, família entre outros (Grossman, 1972, Maynard, 1981). Todavia, não queremos aqui sugerir uma diminuição exagerada aleatória do financiamento de cuidados de saúde, apenas sinalizar preocupações de racionalidade no uso e distribuição dos recursos. Sabe-se que dentro da União Europeia, a percentagem do PIB afecta aos gastos de saúde é progressivamente crescente, atingindo valores que ultrapassam os 10% (Ex. Alemanha 10,2%, 1996), na relação directa da utilização de tecnologia progressivamente mais sofisticada, ao serviço de uma população envelhecida com uma esperança de vida crescente, dominada por um padrão de patologias crónico-degenerativas.

Um outro factor importante no que respeita à avaliação e utilização dos cuidados de saúde por parte dos utilizadores, releva do acréscimo e diversificação das fontes de informação específicas, com o expoente máximo ao nível da emergência de canais televisivos temáticos, ou na potente informação *on line*, através de *sites* especializados, onde se acede e pesquisa sobre a saúde com elevada facilidade e qualidade informativa de nível superior.

A conjugação de exercício do direito de acesso ao consumo de cuidados de saúde, o acréscimo de informação e a ineficácia e saturação do sistema a diversos níveis, contribuem, conjuntamente, para agravar a imagem negativa que pesa sobre a qualidade de prestação de um modo geral, e sobre os actos médicos em particular. A avaliação da qualidade e competência técnica de alguns procedimentos é vista, na óptica do utilizador menos informado, em função da tecnologia envolvida, dos recursos usados, da panóplia de auxiliares de diagnóstico requeridos. Existe a falsa noção de segurança de que o consumo de cuidados e tecnologias de saúde tem um efeito protector por si só, constituindo um meio absolutamente necessário para assegurar estados saudáveis. A classificação e confiança no sistema passa, a este nível, por défice formativo, pela relevância destes procedimentos, sem averiguar da sua eficácia, redundância, sensibilidade ou reflexão sobre os custos e benefícios. Assumem-se estes benefícios como bens de consumo vulgares, sempre prioritários, de dispo-

nibilidade e acesso imediatos, independentemente do grau de especialização ou complexidade envolvidos. Aponta-se, ou até mesmo se discute com alguma leviandade, a necessária omnipresença de todos e quaisquer recursos. O *marketing* desenvolvido em torno da saúde tem crescido de um modo exponencial, regra geral, actuando como mero catalizador de necessidades de consumo de serviços com menores preocupações éticas e educativas.

Acresce a este processo algum enviesamento derivado da noção de exercício de cidania e participação cívica, que, em moldes adequadamente informados é sempre desejável. O exercício de cidadania e o direito de participação é útil, sobretudo em sistemas burocratizados e autoritários, devendo ser devidamente enquadrado pela valorização da noção de recurso, pela valorização do espaço local como espaço de diálogo, de gestão de proximidade e envolvimento do cidadão que, em processos mais sistematizados e organizados pode ser materializada sob a forma de Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, actuando como entidade onde estão representados os cidadãos e a administração, procurando garantir a satisfação das necessidades e preferências dos utentes dos serviços de saúde (Imperatori, 1999).

Não podemos deixar de reflectir que, em alguns casos, é evidente o aproveitamento deste pressuposto, não raro, sob a forma de arma política ou mediática. Regra geral a discussão passa, mesmo a estes níveis, pela exigência *tout court* de maior facilidade de acesso aos serviços e um sublinhar mais ou menos exacerbado do direito ao consumo dos mesmos como única condição necessária e suficiente para se "produzir" ou "assegurar" saúde. Do ponto de vista mediático, as situações de inacessibilidade, omissão e congestionamento do sistema, se bem que devam ser inequivocamente denunciadas, são, regra geral, as únicas a serem debatidas e enfatizadas sem curar da qualidade dos conteúdos presentes nas mensagens.

Do ponto de vista institucional, os organismos de referência internacional produzem recomendações que convergem para uma maior abertura dos sistemas, mais transparência e envolvência das partes. No caso da saúde, para além da já muito conhecida e debatida definição da OMS, são sistematizados esforços sérios no sentido de concretizarem os patamares definidos em 1978 em Alma-Ata e posteriormente retomados e reformulados na Carta de Ottawa (OMS, 1986, cit. DGS, 1997):

- educação para a saúde – processo de comunicação pedagógica no sentido de facilitar aprendizagem em saúde;
- prevenção da doença – conjunto de medidas que visam evitar, detectar e tratar precocemente doenças específicas;
- protecção da saúde – conjunto de medidas destinadas ao controle de factores de risco de natureza ambiental e à preservação de recursos naturais.

Na concretização destes objectivos, têm sido chamados a coadjuvar outros patamares institucionais e da sociedade civil, convergindo na necessidade de encarar a saúde numa perspectiva multidisciplinar.

> *"A saúde está na qualidade da relação do indivíduo com o seu meio. Se esta é boa, a condição de existência, os comportamentos e a auto-estima reforçam-se mutuamente e produzem efeitos positivos sobre todos os elementos que compõem este micro-ambiente. Os serviços de saúde, como a escola e o local de trabalho, são importantes componentes desse micro-ambiente (...) os serviços de saúde também contribuem para a saúde de uma forma mais directa e mais subtil: na medida que reforçam a auto-estima, valorizam a autonomia e as capacidades do indivíduo, aprofundam o laço de pertença com a comunidade e as suas instituições, transmitem pela forma como operam, a ideia de uma sociedade que funciona"* (DGS, 1997).

O alargar da área de intervenção e da responsabilidade dos actores chamados a intervir, numa conjugação crescente de factores convergentes, úteis para assegurar uma vida satisfatória e produtiva, implica a adopção de políticas mais abrangentes e integradas, num nítido reforço da vertente educativa, cujos resultados desse investimento só serão visivelmente alcançados em gerações futuras.

Resta-nos falar da intervenção e significado dos prestadores de cuidados de saúde, atenção que neste estudo recai exclusivamente sobre a prática médica executada pelo médico de família, agente fundamental dos cuidados de saúde primários. Todavia, deve alertar-se que a adopção deste critério e a inquirição exclusiva deste actor entre os profissionais de saúde foi meramente orientada por escassez de recursos, podendo, no futuro, ser alargada a outros actores do sistema como enfermeiros e demais técnicos que prestam elevado contributo na manutenção e operacionalização dos serviços. A figura do médico de família, funciona como desejável porta de entrada para o sistema de saúde, reconhecendo em simultâneo as vantagens do desejável conhecimento, avaliação e acompanhamento dos diversos elementos da família, fornecedores de indicações capazes de caracterizar e coadjuvar o clínico na resolução de estados mórbidos ou na manutenção de períodos saudáveis. Por outro lado, reconhece-se, ainda a este nível que, para determinadas patologias a multicausalidade dos estados mórbidos poderá ser mais facilmente aferida

e resolvida com o empenho e colaboração da totalidade dos indivíduos que constituem o agregado familiar. O conhecimento das vivências, carências e eventuais disfuncionalidades da célula familiar pode ser particularmente útil a este nível de avaliação e intervenção clínica. Acresce ainda mencionar que a racionalização de recursos e a tentativa de gerar e manter um nível de reconhecida confiança, entre o prestador de cuidados e a família, como unidade consumidora de recursos, poderá sair beneficiada a este nível, não só pelo acompanhamento evolutivo que o clínico executa, mas também pela maior capacidade e profundidade de intervenção que uma relação de confiança possibilita, encontrando algumas soluções no seio da própria família.

Todavia, parece-nos que mais pode ser feito a este nível. Em primeiro lugar, este tipo de actuação, incluindo aconselhamento, orientação e educação, centrado no elemento médico da família é pouco ou nada contabililizado em termos de carga horária e avaliação curricular por parte de quem tutela os serviços.

Um outro ponto diz respeito ao aproveitamento do capital de confiança gerado entre as partes e que pode ser proveitosamente estimulado e direccionado através de adequado processo de comunicação, quer ao nível do consentimento informado, quer ao nível da implementação de comportamentos valorizados de saúde. Lamentavelmente a tradição de uma medicina hipocrática, paternalista de cariz autoritário, pode, frequentemente, minar ou não edificar o capital de confiança já mencionado, desperdiçando oportunidades de comunicação e adiando processos educativos sempre desejáveis. Um dos aspectos focados pelos entrevistados prendia-se directamente com este ponto. A confiança na informação produzida, na capacidade de escuta e explicação exercida pelo prestador funciona positivamente a favor do sistema.

Por outro lado, ao nível local o médico de família é o profissional que melhor conhece os recursos que pode mobilizar, as patologias dominantes, as características culturais e idiossincráticas das populações que atende. Provavelmente, em termos de exercício de educação para a saúde na idade adulta, resolução de conflitos com reflexos na saúde do agregado familiar, incentivo à adopção de medidas profiláticas e/ou preventivas o médico de família é o técnico que detém a relação de maior privilégio em relação ao núcleo familiar, no âmbito da estreita e consolidada relação de confiança atrás mencionada e como os resultados do nosso trabalho o atestam.

Interrogados sobre a questão da qualidade da relação com o médico de família, a maioria dos entrevistados consideram-na boa e declaram ter

plena confiança no seu médico de família, tanto no que se refere aos cuidados médicos para si próprio como para os demais familiares com particular destaque para os filhos. Em contrapartida, em caso de descontentamento, 68,4% das mulheres e 65,8% dos homens mostram-se decididos a mudar de médico, mas continuavam a procurar um novo médico no interior dos Centros da Saúde. Apenas 13, 2% e 21%, respectivamente, declaram que se tivessem recursos escolheriam um médico a nível do privado. Estes dados contrariam, assim, certas opiniões veiculadas pelos *mass media* ou outros canais de informação, segundo os quais as relações médico de família-utentes podem ser algo conflituosas. Muitas vezes, em situações desta natureza toma-se a parte pelo todo, o que é contrariado por trabalhos de investigação sobre esta matéria (M. Villaverde Cabral *et al.*, 2002).

AS RELAÇÕES COM O CENTRO DE SAÚDE

À partida quisemos averiguar as razões que levaram os entrevistados a escolher este ou aquele Centro de Saúde. 57,6% dos entrevistados invocaram razões de carácter geográfico, tanto no que se refere a eles próprios como quando se referiam aos filhos, uma vez que o respectivo médico é o mesmo. Por outro lado, se o padrão locativo das unidades públicas de saúde do concelho de Braga for similar aos de outros concelhos estudados recentemente, pertencentes ao distrito de Braga (Guimarães e Cabeceiras de Basto), então estes localizam-se muito próximos da população (Costa, 2001), o que explicará a relevante importância das razões de carácter geográfico. Neste estudo realizado na Universidade do Minho, entre 2000 e 2001, reportando-se aos referidos concelhos e tendo a realização de inquéritos à população utilizadora dos cuidados de saúde primários, foi diagnosticado que 71,5% da população se localiza a menos de 5 Km do respectivo Centro de Saúde e que 67,4% necessita de dispender menos de 14 minutos de tempo de percurso para aceder aos cuidados de saúde (Idem). Podemos mesmo avançar que 94,4% da população inquirida revelou um tempo de percurso inferior a 30 minutos, situação que está em consonância com as normas estipuladas pelo Ministério da Saúde, em que a acessibilidade média aos Centros de Saúde não deve exceder os 30 minutos de percurso em transporte público (Carreira, 1983).

Existem, no entanto, outras investigações direccionadas para o estudo de outros territórios que não diagnosticaram percentagens tão eleva-

das de tempo de percurso inferior aos 30 minutos, revelando percenta gens médias de 60% (e.g. Baptista, 1990).

Interessante de ressaltar é o facto das razões monetárias para a escolha do Centro de Saúde e não de outra instituição serem significati vamente mais relevantes quando são os pais os utilizadores (31,5%) a passo que quando se trata dos filhos a percentagem é apenas de 12% Alguns entrevistados apontam mesmo razões de nova residência, em vir tude do casamento ou de trabalho, para terem mudado de Centro d Saúde e de médico de família. Neste caso, o médico será aquele que já seguia os outros membros da família. De referir ainda que enquanto 62 9% dos filhos consultam médicos especialistas além do médico de famí lia, apenas 42,7% dos pais o fazem para si. Em tais circunstâncias, n maioria das vezes, estes são aconselhados pelo próprio médico de famí lia, o que não é sempre o caso quando se trata dos filhos, em que o médicos especialistas tendem a ser seleccionados pelos pais, frequente mente aconselhados pela família e os amigos, na área da pediatria.

Estes factos poderão indiciar uma situação análoga à diagnosticad noutras investigações realizadas nos anos noventa do século XX, que s direccionaram para o período gestacional e para o período que medei entre o nascimento da criança e o primeiro aniversário e circunscritas a espaço minhoto (Remoaldo, 1998).

Importa relevar que estas questões têm sido pouco exploradas até a momento em Portugal, mas na mencionada investigação realizada em quatro concelhos do distrito de Braga (148 freguesias) ficou provado qu o médico particular tende a ser cada vez mais escolhido pela mãe n primeiro ano de vida da criança do que no período gestacional. Foram diagnosticados 45,9% dos casos que tiveram isoladamente ou em conjun to com outro profissional de saúde, assistência do médico particular *versus* 37,2% no decurso do período gestacional (Remoaldo, 1998). Este resultados assemelham-se aos encontrados noutras investigações reali zadas à escala internacional (e. g. Butz, 1993).

Na presente investigação os pais parecem revelar um maior investi mento monetário na saúde dos filhos do que na sua própria saúde, pro vavelmente, condicionados pelo seu baixo estatuto socio-económico, ain da que 22,35% dos entrevistados tenham níveis de instrução elevados curso médio ou superior ou se encontrem a frequentar um curso superior Em contrapartida 35,3% dos nossos interlocutores possui até seis anos d escolaridade e 21,2% são operários. Porém, quando confrontados com a questão: *Se não tivesse contente com o médico de família que atitud tomaria?* apenas 36,7% dos homens e 36,8% das mulheres (para os filhos

e 13,2% e 21%, respectivamente, (para si próprio) dizem que se tivessem meios económicos escolheriam um médico no privado. Para os outros, essa mudança, a verificar-se, teria lugar no interior dos Centros de Saúde e, por conseguinte, continuariam a optar por um outro médico de família. Outros ainda preferiam agir de maneira a que a qualidade das relações mudasse entre eles e o médico de família que já possuem. Mas na maioria dos casos as relações entre estes actores são consideradas de boa qualidade. Se tivermos em conta a opinião dos médicos entrevistados também estes consideram que com o decorrer do tempo se vão adquirindo relações de confiança e de maior à vontade entre médico-utente mesmo se, por vezes, as pessoas manifestem alguma dificuldade em aderir, por exemplo, a comportamentos de saúde que têm mais que ver com a prevenção.

De qualquer modo, em termos de satisfação, à escala internacional, tem-se assistido nos últimos anos, a uma preocupação pelo estudo da satisfação com o consumo de serviços, sendo a saúde um dos mais analisados. Esta preocupação surgiu porque foi reconhecido que se trata de uma importante medida da qualidade dos vários serviços públicos.

Todavia, a satisfação com os cuidados de saúde tem-se afigurado como uma temática de difícil avaliação e vários autores têm mesmo posto em causa a sua validade (Avis, 1997). Esta pode resultar de vários factores, *exemple gratia*, da relutância do utente em expressar uma opinião negativa, da sintaxe das questões ou ainda do facto de não ter sido clarificado até ao momento que papel as expectativas e os desejos dos utentes jogam no processo de formulação das decisões de satisfação. Podemos ainda aditar o facto da maioria dos utilizadores de cuidados de saúde serem pouco críticos, manifestando insatisfação somente quando os cuidados atingem uma muito baixa qualidade (Remoaldo, 1998).

A presente investigação não tem a veleidade de analisar de uma forma aprofundada a satisfação com os cuidados de saúde, mas simplesmente de retirar alguns elementos sobre esta problemática.

À semelhança dos resultados obtidos noutras investigações de carácter internacional e nacional (e. g. Rodrigues, 1993; Avis *et al. 1997;* Ministério da Saúde, 1997), 66% dos entrevistados manifestou uma opinião positiva sobre o seu médico da família.

É interessante ressaltar o caso de dois entrevistados terem afirmado que "o médico não manda fazer exames ou análises" e quatro descrevem-no como "competente, mas arrogante". Estas afirmações revelam, *in primis*, o hábito criado nas últimas décadas do século XX e no seio da população portuguesa, de elevado consumo dos meios auxiliares de diagnóstico, que decorre, provavelmente, do utente não acreditar, hoje em

dia, com o alto grau de desenvolvimento das técnicas médicas e da Medicina em geral, que a perícia do médico é suficiente para chegar a um diagnóstico clínico com alguma certeza. Paralelamente, parece estar comprovado que uma maior distância social ou uma maior distância em termos culturais entre os dois comunicantes (médico-utente), resulta em maiores dificuldades de comunicação. O *background* social e educacional afiguram-se, deste modo, como variáveis mais importantes do que o sexo, na quantidade de informação que o médico transmite ao utente (Remoaldo, 1998).

Admite-se ainda que *o médico tende a empreender uma relação de autoridade com os pacientes que pertencem a uma classe baixa. Estes, ao possuirem um baixo nível de instrução, não adoptam uma atitude crítica em relação aos seus próprios saberes, porque lhes falta o espírito crítico que é adquirido ao longo da formação escolar* (*ibidem*, p. 435).

Inversamente, o médico tende a fornecer uma informação mais completa, quer em termos quantitativos quer qualitativos, à população com um estatuto socio-económico idêntico ao seu. Ao fazê-lo está, de certo modo, a responsabilizar o utente e a conceder-lhe uma maior autonomia (*ibidem*).

Procurámos ainda avaliar o grau de satisfação, convidando os nossos entrevistados a pronunciarem-se sobre a duração do tempo de consulta. Em Portugal, os vários estudos realizados até ao momento têm revelado uma reduzida duração das consultas no âmbito dos cuidados de saúde primários, maioritariamente abaixo dos 20 minutos de duração, atingindo os 92,2% na investigação realizada por M. Costa referente ao ano 2000.

Este cenário está coadonante com os resultados do presente estudo, já que 80,6% dos entrevistados revelam que o tempo de duração das consultas se situa entre 10 a 20 minutos. Todavia, 24% dos entrevistados consideram que as consultas deveriam ser mais prolongadas contra 38% que consideram durarem o tempo suficiente. Como vimos anteriormente, 19 minutos é considerado por outros estudos nesta matéria o tempo mínimo para que seja criada um nível de interacção com qualidade entre médico-utente, capaz de fazer do utente um parceiro empenhado, em termos de implicação no seu processo de saúde e, porventura, na dos seus familiares. Nesta perspectiva, ser doente ou procurar tão só conhecer para melhorar o estado de saúde não significa abandonar as suas prerrogativas na urgência e resignação, mas, ao contrário, ser capaz de intervir conjuntamente com os profissionais no seu processo de saúde e na dos seus familiares.

De um tal modo de conceber e estudar esta realidade, em termos gerais, ressalta que a maioria dos entrevistados consideram que os respectivos médicos de família correspondem às suas expectativas, tanto no que se refere aos efeitos práticos, incidindo sobre a saúde e a doença, como no que toca à qualidade da relação que se vai forjando entre estes diferentes actores sociais. Refira-se, contudo, que o descontentamento, quando existe, se manifesta predominantemente, por um lado, a nível do funcionamento administrativo dos Centros de Saúde e, designadamente, no que toca aos horários de atendimento ao público e às modalidades de marcação de consultas e, por outro, no que se refere às listas de espera e ao não funcionamento dos serviços médicos durante a noite e fins de semana, por exemplo, em caso de urgência. Muitas vezes, é daqui que decorre um maior recurso aos serviços das urgências hospitalares, como nos revelaram muitos dos nossos interlocutores.

Constata-se que alguns destes aspectos são igualmente partilhados por parte dos médicos entrevistados, sobretudo no que se refere à questão das listas de espera, os próprios horários de funcionamento, que nem sempre parecem ajustar-se às reais necessidades e possibilidades de muitos dos utentes e a própria duração do tempo que lhe é outorgado para a consulta que, em geral, não deixa margem suficiente para uma interacção mais aprofundada. Como nos diz um dos médicos entrevistados: "*para um médico de família tudo o que diz respeito à vida do doente é importante: a sua situação pessoal e familiar, a criança que está em casa ou na escola, a mulher que trabalha em casa e/ou no exterior para ajudar a fazer face às necessidades da família, a maneira como a família se organiza e não apenas a preocupação com a doença ou mesmo com este ou aquele órgão que pode estar doente. Procura-se ter uma visão de conjunto do utente integrado na família e se possível no seu meio. Mas para isso também se necessita de ter tempo para as consultas e não se sentir pressionado pelas horários que nos são atribuídos*". Opinião idêntica têm alguns dos utentes entrevistados ao dizerem que "*o médico de família já conhece a nossa história de família. Mas nós também já conhecemos a sua maneira de agir, o interesse que tem por cada um de nós e pela resolução dos nossos problemas*".

Pode, pois, dizer-se que, insistindo na qualidade das relações e na criação de um clima de confiança recíproca médico-utente e das condições para o efeito, se pode progredir no sentido de uma maior participação de todos no campo da saúde o que, decerto, muito contribuirá para o bom funcionamento do sistema de cuidados primários e da saúde em geral.

AS DISTINÇÕES DE GÉNERO NO TRABALHO FAMILIAR EM TORNO DA DOENÇA

As actividades e as práticas especificamente desenvolvidas no seio da família, nomeadamente, as que estão associadas ao "criar" e ao "cuidar"[4] podem ser designadas através da expressão genérica de "reprodução primária". Esse conjunto de acções, distingue-se da denominada "reprodução secundária" que, por sua vez, abarca todos ao processos de reprodução social que ocorrem noutras dimensões da vida em sociedade.

De um modo particular, interessam-nos aqui as actividades de reprodução primárias ligadas ao "cuidar" de doentes temporários ou crónicos. E com o intuito de perceber de que modo se desenrola, no seio das famílias, as actividades de prestação de cuidados aos doentes e de gestão dos saberes adquiridos em torno da saúde e da doença, foram colocadas aos entrevistados diversas questões sobre as modalidades de acção em relação a essa função específica.

Os trabalhos de "cuidar" dos elementos da família e, em particular, de cuidar de enfermos, constituem sempre processos de natureza emocional – porque assentes em relações de confiança que derivam das relações de interconhecimento intensas e continuadas entre os membros da família – e de natureza ideológica – dos quais resultam actividades dinâmicas e flexíveis, de permanente construção de papéis familiares, de identidades sexuais e de divisão sexual do trabalho.

As relações interaccionais desenvolvidas, no seio da família, entre quem "cuida" e quem é "tratado" em caso de doença, revelam características substancialmente diferentes dos tipos de interacção que decorrem da relação entre médico e paciente (Turner, 1995). Enquanto estas últimas são de tipo "vertical" (claramente hierárquicas, com uma atribuição rígida de identidades e de papéis), as que se desenvolvem entre os actores familiares serão de tipo "horizontal", pelas quais os processos de definição de identidades e papéis decorre de modo informal, assentes numa forte base emocional, que decorre de sentimentos de afectividade, amor, gratidão, etc.

[4] As fronteiras entre os dois tipos de actividades são ténues, embora a sua separação analítica possa ser útil ao sociólogo que estuda os processos sociais de reprodução primária. Assim, de acordo com alguma literatura existente sobre a temática (Ginsburg, 1990; 1991; Gubrium e Sakar, 1990; Nunes, 1992), entendemos que as actividades de "criar" se referem à "produção, manutenção e socialização primária das crianças (Nunes, 1992, 179), enquanto os trabalhos ligados ao "cuidar", são aqueles referentes a actividades de "assegurar a alimentação, o vestuário, os cuidados básicos de higiene, a manutenção e governo da casa – incluindo a aquisição de bens de consumo corrente – a criação de um bom ambiente "familiar" e de um "lar", a organização das ocasiões cerimoniais ou da recepção de visitas em casa prestadas a doentes temporários ou crónicos" (Nunes, 1992, 170-180).

As diferenças de género que se evidenciam nas actividades ligadas à reprodução social da família nas suas diferentes vertentes, caracterizam-se, geralmente, pela dominância da participação das mulheres. De acordo com João arriscado Nunes (1992), *"o espaço das solidariedades primárias ocupa um lugar central na organização e viabilização das formas de divisão sexual do trabalho e da alocação preferencial às mulheres do trabalho ligado ao 'criar' e ao 'cuidar' – trabalho caracterizado pela importância das dimensões emocional e interaccional, associadas convencionalmente, a qualidades 'femininas'"* (Nunes, 1992, 178).

As actividades de reprodução primária exigem, para a sua adequada realização, que haja coordenação entre os membros da família, de modo a criar-se um conjunto de configurações de sentido e de pressupostos partilhados, geralmente consensuais, ainda que possam ser negociados e que, ocasionalmente, possam surgir conflitos. A centralidade do trabalho feminino no espaço da família e, em particular, nas actividades de cuidar de enfermos, surgiu, de modo recorrente, ao longo de todas as entrevistas realizadas, independentemente do estrato social, idade e situação conjugal dos entrevistados. Este facto, conduz-nos a pensar que a atribuição de funções de cuidados a doentes predominantemente a mulheres, tende a ser um fenómeno dominante e consensual, raramente objecto de conflito, entre os actores sociais familiares entrevistados.

Os seguintes extractos de entrevista com homens (pais e maridos) são claramente reveladores da importância assumida pelas "mulheres" (principalmente as "mães") na actividade de gerir saberes e práticas em torno da saúde e da doença, dirigidas aos restantes membros da família, como passamos a exemplificar.

> **Entrevistador**: *O que costuma fazer quando pressente que a sua filha tem algum sintoma de doença?*
>
> **Entrevistado**: *Digo à minha mulher que ela não se sente bem e para a minha mulher ver o que ela tem.*
>
> **Entrevistador**: *Como reage quando o seu filho se sente doente?*
>
> **Entrevistado**: *Chamo a minha mulher, porque ela sabe melhor do que eu, o que é preciso fazer.*

Os cuidados prestados pelas mulheres (geralmente a mãe) aos membros da família realizam-se, nomeadamente, através de uma avaliação dos sintomas apresentados pelo doente e por uma correspondente admi-

nistração de medicamentos de venda livre e que já foram receitados por um médico em situação de doença que são percepcionados como similares à situação em curso.

> **Entrevistador**: *O que costuma fazer quando pressente que o seu filho tem algum sintoma de doença?*
> **Entrevistada**: *Primeiro, vejo se ele tem febre. Pergunto-lhe o que é que ele sente, quais são os sintomas que ele tem, tenho mais cuidado com a alimentação dele (...). Quando ele tem febre levo-o ao médico, devido ao problema que ele teve que foram os ataques de epilepsia, não posso deixar que a temperatura suba, mas antes de o levar ao médico dou-lhe "Ben-u-ron" para a temperatura não subir.*

O envolvimento das mulheres nos cuidados prestados aos enfermos revela-se, de igual modo por tomadas de decisão em relação a conduzir ou não o doente em causa a uma consulta médica. No caso de considerar que a doença é "leve", toma-se a decisão de se socorrer de cuidados caseiros. Em situações consideradas mais "graves", ou quando os sintomas da doença persistem além de um período de tempo considerado "razoável, a mulher prestadora de cuidados de saúde, eventualmente coadjuvada pela apreciação elaborada por um outro membro da família (nomeadamente o cônjuge), decide recorrer ao médico.

> **Entrevistada**: *Depende do sintoma que for. Se for uma coisa sem importância, tento resolvê-la em casa: agora se for uma coisa importante vou com ela ao médico.*
> **Entrevistada**: *Nem sempre quando se está doente é preciso ir ao médico, mas se vir que os sintomas continuam e que ele não melhora levo-o ao médico.*

Este conjunto de procedimentos de avaliação do estado de saúde dos membros da família, exige um conhecimento empírico aprofundado adquirido pela prática de observar e cuidar de doentes, que conduz as mulheres envolvidas neste tipo de actividades a decidir se a situação em causa é ou não suficientemente grave para que o doente seja avaliado por um profissional de saúde.

Não obstante o fenómeno da presença massiva das mulheres no mercado de emprego, verificado na generalidade dos países da Europa Ocidental, desde pelo menos finais da década de sessenta do século XX, o espaço doméstico ("privado") é considerado, convencionalmente, o espaço por excelência das mulheres, por oposição ao espaço "público" dos homens (Sennett, 1978). A presença e as funções das mulheres no espaço público, nomeadamente no mundo do trabalho, significa, muitas vezes, uma perpetuação ou continuidade em relação às actividades femininas desempenhadas no espaço doméstico – o "criar" e "cuidar". No que diz

respeito à especificidade da actividade de prestação de cuidados a doentes, quando se trata de realizar o acto de procurar, no espaço público, os serviços médicos; uma vez mais verifica-se a centralidade da presença e do desempenho feminino. E de acordo com a generalidade dos entrevistados, é a mulher (mãe) quem assume a função de acompanhar às consultas médicas os restantes membros da família, em particular os filhos. Em alguns casos, os homens levando o carro, aguardam que a consulta termine para de novo os conduzirem a casa.

Quando questionados em relação aos motivos que fazem com que, geralmente, seja a mulher (mãe) a assumir a função de acompanhamento às consultas médicas, os entrevistados apresentaram respostas que, uma vez mais, vieram reforçar a diferenciação sexual sentida na divisão de tarefas no seio da família – a mulher mais ligada às actividades "privadas", por contraposição ao papel predominantemente masculino de associação ao exterior. Particularmente exemplificativas dessa dicotomia "espaço privado/espaço público", foram as respostas no sentido de que a mulher tinha "mais tempo" para realizar esse tipo de actividades do que o homem (ocupado nos seus afazeres profissionais), mesmo em situações em que ambos tinham empregos renumerados. O seguinte extracto de entrevista constitui um exemplo claro da divisão de género presente nos cuidados prestados a doentes, realizados no âmbito da família.

> **Entrevistador**: *Em casa quem se ocupa mais das questões da saúde?*
> **Entrevistado**: *É a minha mulher.*
> **Entrevistador**: *No seu entender o que faz em casa para preservar a saúde e evitar a doença?*
> **Entrevistado**: *Nada. Quem trata dessas coisas é a minha mulher.*
> **Entrevistador**: *E se for preciso ir falar com o médico ou acompanhar familiares, quem costuma fazê-lo?*
> **Entrevistado**: *É a minha mulher, porque é ela que tem mais tempo para essas coisas.*
> **Entrevistador**: *Já alguma vez foi confrontado com a questão de ter que deixar, por algum tempo, o emprego, por razões de doença de um familiar?*
> **Entrevistado**: *Foi a minha mulher que deixou de trabalhar, por causa da nossa filha estar doente.*
> **Entrevistador**: *Como explica essa decisão?*
> **Entrevistado**: *Teve que ser a minha mulher, porque ela sabe melhor do que eu como tratar dessas coisas, e o meu trabalho também não me permite fazer isso.*

Verifica-se, deste modo, que a utilização dos cuidados médicos de saúde pelas crianças reflecte, normalmente, o padrão da família na procura de cuidados de saúde, afigurando-se a influência da mãe da criança muito superior à do pai. Na maior parte das famílias a mãe é que toma

a decisão de consulta de um médico quando a criança se encontra com problemas de saúde. Esta decisão depende, entre outros factores, da percepção dos pais de potenciais problemas de saúde e das suas expectativas para com o sistema de saúde (BOSCH, W. J. H. M. Van Den *et al.*, 1993).

Os resultados das entrevistas realizadas no quadro deste trabalho mostram que é notório o papel desempenhado pela mulher no seio da família e no que diz respeito à atitude a tomar perante o surgimento de doenças nos filhos. Assim, 76,3% dos homens entrevistados revelaram "falar à mulher e esperar que ela tome uma decisão" e 28,9% das nossas interlocutoras afirmaram que "falam com o marido", o que poderá indiciar o facto de serem elas que primeiramente tomam conhecimento e percepcionam a situação de risco da doença dos filhos.

O papel dominante da mulher revelou-se também quando se colocou a questão: Como reage(m) (o)s filho(s) quando se sente(m) doente(s)?, pois em 39,7% dos casos a reacção dos filhos é de falar primeiro à mãe. Concomitantemente, a mulher desempenha também um papel predominante na utilização dos cuidados de saúde, sendo, em 54,1% dos casos, ela o único elemento que acompanha o(s) filho(s) na ida ao médico. No entanto, em 30,6% dos casos são os dois pais que acompanham o(s) filho(s).

O que podemos, pois, dizer é que as relações sociais de que a família dá conta na prestação de cuidados a doentes, assentam em redes de solidariedade, em vínculos interpessoais e em princípios de interdependência e de reciprocidade, que em tudo contrastam com a despersonalização e a desumanização imputada, geralmente, às instâncias públicas de prestação de cuidados de saúde (centros de saúde e hospitais). No contexto de um país como Portugal, no qual persistem profundas desigualdades sociais e regionais nos acessos aos cuidados de saúde e onde se verificam insuficiências dos mecanismos estatais que actuam nessa área, a centralidade das funções desempenhadas pelas famílias em relação aos cuidados prestados a doentes e nas interacções estabelecidas com os profissionais de saúde, constitui um fenómeno social que exige estudos aprofundados, constituindo ainda terreno empírico por desbravar na área da Sociologia portuguesa.

CONCLUSÃO

A relação médico-utente, e em moldes mais alargados médico-família, é uma das relações sociais mais complexas e, por conseguinte, um objecto de investigação particularmente difícil e, talvez por isso, muito pouco estudado, tanto à escala nacional como internacional (Ong *et al.*, 1995). No estudo que realizámos, em alguns Centros de Saúde do concelho de Braga, tendo sobretudo em conta as opiniões e preferências dos utentes entrevistados, ao nível da família (o casal), e em menor extensão de alguns médicos, os resultados permitem concluir que os utentes gostam de ser informados, quer em relação a si próprios, quer em relação aos membros da sua família, mormente para o caso dos filhos, uma vez que estes, sobretudo quando mais novos, se revelam menos autónomos em matéria de saúde e dos respectivos cuidados quando surge a doença.

Favorecer as possibilidades de interacção e de participação em matéria de saúde, definindo quais são os direitos e os obrigações de cada um é, em nosso entender, fazer progredir o conjunto daqueles que concorrem para o bom funcionamento do sistema de saúde: os utentes, em primeiro lugar, porque é deles, do seu corpo e da sua vida que se trata, mas também dos profissionais de saúde e de todos aqueles que se interessam por estas questões. Pensar o utente do Serviço Nacional de Saúde e a relação que estabelece com o médico de família, no caso que estudamos, não é concebê-lo como um consumidor que, por vezes, até pode ser abusivo, mas como alguém que é capaz de participar e tomar decisões conjuntamente com o seu médico.

Mas é importante referir, no que toca à participação, que, ao nível do género, notámos diferenciações em relação a esta matéria: são as mulheres, independentemente da idade, dos níveis de escolarização e da profissão, que se mostram ainda mais interessadas na recolha de informação junto do médico de família e que se revelam mais aptas para colaborar e para tomar decisões, logo que as questões de saúde emergem para os membros da família. No entanto, quando se trata da apreciação sobre a qualidade da relação médico-utente ou médico-família, as questões de género parecem ter aqui uma menor importância. Na generalidade dos casos, homens e mulheres consideram que as relações com estes profissionais de saúde são boas e que o médico de família, em grande parte, corresponde às suas expectativas, embora haja sempre aspectos que ganhariam em ser melhorados. Por sua vez, também os médicos valorizam uma relação de inter-conhecimento com os seus utentes, o que se afigura crucial para uma melhor adesão às práticas terapêuticas recomendadas e à adopção de comportamentos orientados para a prevenção em matéria de saúde.

Enfim, podemos dizer que as consequências globais da evolução da relação médico-utente e/ou médico-família são ainda pouco claras nos nossos dias. É bem provável que a melhoria da relação comunicacional

entre prestadores e utilizadores dos serviços de saúde necessite de mais tempo e de outros recursos que não se reduzem apenas ao encontro pontual, mais ou menos rápido, durante o tempo de uma consulta. A qualidade da relação e dos serviços de saúde também passa por estas vertentes. Por outro lado, é também possível que a partir daí os resultados de saúde melhorem e que possam diminuir os consumos de recursos ulteriores. Os benefícios mais difundidos podem estar associados à diminuição da ansiedade do utente e da sua família e a uma melhoria da satisfação devida a uma melhor comunicação com o médico de família ou outro. Afigura-se aqui uma via de investigação interessante, mas muito pouco explorada em Portugal no âmbito das Ciências Sociais.

Maria Engrácia Leandro
Departamento de Sociologia
Universidade do Minho

Paula Cristina Remoaldo
Secção de Geografia
Universidade do Minho

Helena Cristina Machado
Departamento de Sociologia
Universidade do Minho

Paulo Nuno Nossa
Secção de Geografia
Universidade do Minho

BIBLIOGRAFIA

AVIS, M. *et al.* (1997), "Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics", *Social Science & Medicine*, Oxford, 44 (1), p. 85.

BEISECKER, A.; BEISECKER, T. (1990), "Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors", *Medical Care*, 28, pp. 19-28.

BOSCH, W. J. H. M. Van Den *et al.* (1993), "Morbidity in early childhood: family patterns in relation to sex, birth order, and social class", *Family Medicine*, Kansas City, Feb., p. 126.

BUNGNER, M. (1988), "Hospitalisation à domicile: réseaux d'entraide et implications familiales", *Revue Française des Affaires Sociales*, n.º 3 Juillet-septembre.

BUTZ, A, *et al.* (1993), "Infant health care utilization predicted by pattern of prenatal care" *Pediatrics*, Evanston, 92 (1), pp. 50-54.

CARREIRA, H. *et al.* (1983), *Normas para a programação funcional de Centros de Saúde*, Lisboa, D.E.P.S.

COSTA, M. (2001), *A acessibilidade aos serviços de saúde primários nos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto*, Guimarães, Seminário em Geografia da Saúde.

CRESSON, G. (1995), *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan.

DALLEY, G. (1989), *Ideology of Caring*, London, MacMillan.

DGS (1997), *A saúde dos portugueses.* www.dgsaude.pt

FERREIRA, G. (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, FCG.

GINSBURG, F. (1990), "La représentation de la fonction maternelle (nurturance) dans les mouvements féministes américains", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 84, septembre, pp. 49-56.

GINSBURG, F. (1991), "Gender politics and the contradictions of nurturance: moral authority and constraints to action for female abortion activis", *Social Research*, 58, 3 pp. 653-676.

GIRALDES, M. (1997), *Economia da Saúde*, Lisboa, Ed. Estampa (Col. "Imprensa Universitária").

GUMBRIUM, J.; ANDREA S. (eds.) (1990), *The home car experience – ethnography and policy*, Newbury Park, Sage.

IMPERATORI, E. (1999), *Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde – glossário*, Lisboa, Edinova.

LEANDRO, M. E. (2001), "A saúde no prisma dos valores da modernidade", *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. 41 (3-4), pp. 67-93.

LEY, P. (1983), "Patient's understanding and recal in clinical communication failure", *in Doctor-Patient Communication*, Eds. Pendleton D. et Hasler J. Academic Press, London.

LITMAN, T. J. (1974), "The family as a basic unit in health and medical care: a Social-behavioral overview", *Soc. Sci. Med.*, vol. 8, pp. 495-519.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENT DA SAÚDE (1987), *Inquérito Nacional de Saúde*, Lisboa, 7 vols.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENT DA SAÚDE (1989), *Normas para o planeamento de equipamento da saúd* Lisboa.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENT DA SAÚDE (1997), *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996*, Lisboa, 7 vol
NUNES, J. (1992), *As teias da família. A construção interaccional das solidari dades primárias*, Coimbra, Dissertação de Doutoramento apresentada à F culdade de Economia da Universidade de Coimbra.
ONG, L. *et al.* (1995), "Doctor-patient communication: a review of literature *Social Science & Medicine*, Oxford, 40 (7), pp. 903-918.
REMOALDO, P. (1998), *A morbilidade e a mortalidade infantil em territóri amostra do Distrito de Braga. Desigualdades territoriais e sociais*, Braga Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, 696 p. (policopiado)
RODRIGUES, A. (1993), *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. E saio metodológico em Geografia da Saúde*, Dissertação de Doutoramento Coimbra, Comissão de Coordenação da região Centro.
SENNET, R. (1978), *El declive del hombre publico*, Barcelona.
SANTOS, B. (1987), "O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais – O caso da políticas de saúde", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, pp. 13-74.
SZAZ, T.; HOLLENDER, M. (1956), "A contribution to the philosophy of medicine *Archives of Internal Medicine*, 1956, 97, pp. 585-592.
TCHOBROUTSKY, G. et WONG, O. (1995), *La santé*, Paris, PUF (Coll. "Que sai -je"?).
TURNER, B. (1995), *Medical power and social knowledge*, London, Sage.

RESUMO

Partindo de um estudo de casos, este trabalho visa estudar as características das elações médico-familiares no âmbito de alguns Centros de Saúde no concelho de Braga. Nele são abordados aspectos como a noção de saúde e as questões de saúde nos nossos ias, as apreciações acerca da qualidade das relações médico de família-utente, as implicaões de género nesta relação e os modos como a família faz a gestão deste conjunto de spectos. Sublinha-se ainda a importância prática desta relação e os efeitos que daí podem ecorrer para a melhoria da saúde.

RÉSUMÉ

En s'appuyant sur une étude de cas, ce travail vise étudier les caractéristiques des elations medecin-famille dans le cadre des Centres de Santé dans le canton de Braga. renant les données de la recherche, sont étudiés des aspects concernant la notion de santé t les questions de santé à nos jours, les opinions sur la qualité des relations médecin de amille-usager, les implications de gendre dans cette relation et la façon dont la famille fait a gestion de tous ces aspects. Nous souligons aussi l'importance pratique de cette relation t les effets qu'en découlent pour l'amélioration de la santé.

ABSTRACT

Starting of with case-studies, the goal of this work is the study of the characteristics nvolved in the doctor/patient's relation, specifically in the municipality of Braga. The authors ried to expand on aspects such as the notion of health and health related questions in our ays, ideas concerning the quality of the doctor/patient's relations, gender implications in his relation and the ways through which families try to manage all these aspects. As lways, it's necessary to underline the importance of this relation and the practical effects hat it can have in health improvement.