



## IX CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA Portugal, território de territórios

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

---

### **ENTRE AS RECOMENDAÇÕES MÉDICAS E AS PRÁTICAS: UM ESTUDO COM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

---

XAVIER, Beatriz

Socióloga, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/ CICS.NOVA Universidade Nova de Lisboa,  
[bxavier@esenfc.pt](mailto:bxavier@esenfc.pt)

---

RESENDE, José

Sociólogo, Professor Associado com Agregação no Departamento de Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

---



### Resumo

Ao longo de um trabalho de investigação com pessoas hipertensas seguidas em consulta específica em Cuidados de Saúde Primários, foi estudada a inclusão dos regimes médicos nos quotidianos destas pessoas. Adotou-se uma abordagem assente nas narrativas pessoais de doença, através de entrevistas a 41 doentes, e observação direta da consulta.

Constatou-se que o comportamento dos doentes constrói-se num fluxo incessante, dinâmico e aberto à ação do sujeito em que se avaliam e se ajustam informações e experiências. Os modos de agir que mesclam determinados regimes de envolvimento da ação (Boltanski, Thévenot, 1991), (Thévenot, 2006) com vista a procurar estilos de vida que vão ao encontro dos seus juízos de como qualificam a qualidade de *saudável* têm como premissa a noção de agenciamentos, por vezes compósitos, que visam mesmo Tateando controlar múltiplos fatores de risco. O não compromisso com as prescrições médicas relativas aos regimes de dieta e exercício têm sido interpretados em termos de falta de conhecimento ou falta de autocontrolo. No entanto, as narrativas recolhidas sobre o modo como os doentes administram o seu estado de saúde, perante esta doença crónica, embora enfatizando agenciamentos individuais, destacam uma série de constrangimentos no exercício de tais procuras de ação, resultantes justamente da natureza situada das experiências relatadas.

### Abstract

This paper is based on personal illness narratives obtained through interviews with 41 hypertensive patients who were followed-up in the specific primary health care consultation.

Patients' behavior derives from a continuous and dynamic flow that is subject to the individual's action. In this flow, information and experiences are assessed and adjusted. Individual ways of acting, which combine certain regimes of action engagement (Boltanski & Thévenot, 1991; Thévenot, 2006) with the purpose of finding a lifestyle that meets individuals' expectations of what it means to *be healthy*, are based on the arrangements. These arrangements aim, even if tentatively, to control multiple risk factors. The non-adherence to medical prescriptions on diet and exercise regimens has been associated with insufficient knowledge or lack of self-control. However, although emphasizing individual set-ups, the patients' narratives on how they manage this chronic disease show a series of limitations in implementing these searches for action, which arise precisely from the specific nature of the reported experiences.

Palavras-chave: Experiências de doença; comportamentos de risco; conhecimento leigo; sociologia da saúde.

Keywords: Experiences of illness; risky behaviors; lay knowledge; health sociology

[COM0104]

## **1. As experiências humanas face à doença**

As experiências dos doentes hipertensos crónicos acompanhados nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) surgem como uma condição ilustrativa do confronto entre a abordagem médica e as condições específicas e contextuais dos sujeitos. Desta relação sobressaem um conjunto de questões resultantes das abordagens diferenciadas que se encontram no saber biomédico e no reconhecimento leigo da doença, no carácter classificatório e positivista da medicina face ao carácter integrador dos sinais ou sintomas como parte do corpo e de um contexto mais amplo que é o indivíduo e a sua vida como um todo.

No caso específico da hipertensão arterial (HTA) é importante refletir sociologicamente no modo como os comportamentos dos doentes estão enquadrados por um conjunto de elementos não particulares. Ou seja, que estão para além de cada pessoa com hipertensão, tais como: as diferentes culturas e racionalidades presentes na nossa sociedade e na abordagem que é feita à hipertensão como fenómeno patológico e os grandes princípios organizadores da modernidade como são a individuação, a cientificização, a flexibilidade, a gestão dos riscos e do corpo no quadro das experiências e, nestas, das crenças que os indivíduos expressam nas diferentes modalidades de administração dos comportamentos entendidos pela medicina como arriscados.

Há por parte dos consumidores e utentes dos serviços de saúde, em geral, e das pessoas com algum tipo de patologia, em particular, um espaço de uso das informações e dos comportamentos de saúde que mostra a capacidade destas desenvolverem uma receção dos saberes e recomendações médicas que não é acrítica nem passiva (Zinn, 2008). Pode-se verificar este fenómeno, por exemplo, com os movimentos em torno da SIDA (Barbot, 2002; Dodier, 2003), no maior protagonismo das associações de doentes (Clamote, 2009) e participação dos cidadãos nas questões da saúde (Serapioni & Matos, 2014), nas práticas das pessoas com diabetes (Mol, 2008) e nos comportamentos dos doentes idosos (Salter et al., 2011; Elias & Lowton, 2014). A mesma constatação foi também feita junto dos doentes hipertensos (Xavier, 2015) cujos excertos das entrevistas são utilizados neste texto.

Os fragmentos aqui revelados sobre as suas capacidades como recetores dos conhecimentos e das advertências dos atores especialistas neste domínio da medicina dão relevo justamente às formas como as pessoas com hipertensão agem, num vai e vem entre a adesão mais ou menos rigorosa relativamente aos aconselhamentos recebidos dos técnicos de saúde, nomeadamente na consulta da especialidade, e outras maneiras práticas de os encarar que os levam a mobilizar estratagemas diversos para contornar as orientações ali recebidas. Entre a necessidade de demonstração de terem os olhos abertos, atentos às prescrições estabelecidas, estes doentes ou fecham os olhos não prestando a devida atenção aos conselhos transmitidos, ou apresentam os olhos semiabertos, oscilando os seus comportamentos entre o relativo cumprimento daquilo que é dito, ou contornando as orientações emanadas pelo médico que os acompanha na consulta. Assim as linhas *vermelhas* estabelecidas na consulta médica, referidas como limites a partir dos quais os comportamentos se tornam arriscados face aos problemas cardíacos diagnosticados são, em muitas ocasiões e ocorrências, ultrapassadas. Mas estes doentes “insubordinados” não deixam de justificar tais comportamentos, e, neste sentido, as suas condutas não são de todo lineares, mas expressam composições plurais, cujos traços ganham para eles sentidos tendo em conta a natureza das situações em que se encontram envolvidos consigo próprio ou com outros (dos mais próximos e relevantes aos mais desconhecidos) – do comportamento meio atento ao comportamento desatento.

## **2. Os comportamentos das pessoas com HTA nos quotidianos e face ao risco**

Pretendendo-se conhecer as interpretações ou modelos explicativos da doença e formas de os doentes lidarem em práticas (des) acordantes com as suas manifestações, nomeadamente com vista a controlá-las, foram realizadas entrevistas abertas aos doentes hipertensos, em consulta específica de HTA, num total de 41 entrevistas a utentes inscritos na consulta específica em CSP.

Preocupamo-nos, através da compreensão das narrativas dos doentes, conseguir um entendimento dos comportamentos ou ação dos indivíduos, remetendo sempre para a ideia de ação criativa, no sentido explorado por Hans Joas (2005). Não podemos descurar a tradição filosófica do pragmatismo americano, de John Dewey, William James e Herbert Mead, que é em si mesmo a filosofia da ação onde esta e pensamento estão profundamente interligados nas situações concretas às quais as pessoas têm de dar resposta (Dewey, 1958; Haskins & Seiple, 1999) quando algo ali ocorre que as confronta de forma inesperada, isto é, quando aparece um problema ou feixes problemáticos que mesmo que os surpreenda estes têm de os encarar seriamente. Assim, do ponto de vista da *sociologia pragmática*, o trabalho da consciencialização (*consciousness*) é feito quando os atores, neste caso os doentes, estão face a um ou vários problemas que são revelados a partir de situações concretas, tornando-se muitas categóricos, ou seja, problemas que suscitam da sua parte questionamentos distintos porque muitas vezes estes assentam em tramas com densidades diferentes aparecendo quase sempre misturadas e enquadradas em geometrias variáveis. Este é precisamente o ponto em que o pensamento atuante revela a si mesmo e aos outros as questões que têm de ser encaradas de frente, questões que inquietam e, por isso, suscitam olhos abertos, ou pelo menos semiabertos. São as situações problema que despertam o ator para novos objetos e aspetos da realidade, aqueles que então tentará ordenar e compreender (Joas & Knöbl, 2010, p. 127) a partir de ferramentas adequadas ou ajustadas à natureza da situação e do problema que são sujeitos por estes a definições relacionadas a determinados “*investimentos de forma*” (Thévenot, 1986). Somente quando o “quase-natural” decorrer das ações quotidianas é interrompido por um problema, é que as componentes de uma situação, anteriormente tidas por garantidas, são reexaminadas. Face a um problema (ou a problemas) suscitando questionamentos no plural, é que os atores inquietos demandam por encontrar soluções, seguindo determinado plano de ação, sempre em aberto ou, em outras ocasiões, tateando, uma vez que os recursos que dispõem não lhes permitem seguir o desenho de um plano previamente concebido. Encontrados os traços das suas formas de atuar a partir de uma problematização que lhes faz sentido, o memorial que começa a ser desenhado pode ser “armazenado” pelo ator e recuperado ou resgatado em situações similares e recorrentes no futuro.

Na perspetiva da *sociologia pragmática*, mergulhamos nas nossas experiências com as crenças que herdamos e cultivamos por se considerarem adequadas, sem contudo deixar de as pôr em causa ou serem objeto de questionamento se, em outras ocorrências, se manifestarem inadequadas ou impróprias, ou vistas como crenças que têm de ser sujeitas a trabalhos de revisão, parcial ou total. Estas operações são também mobilizadas quando estas são por nós produzidas. Elas vão determinar o que percebemos, mas também como entendemos o que está em causa; o que percebemos, por sua vez, encaixa-se naquilo que fazemos; e aquilo que os atores são capazes de fazer determina ou está confinado naquilo que experimentamos ao longo das trajetórias. Há um fluxo incessante, dinâmico e aberto à ação do sujeito, pautado por obstáculos que o leva a ziguezaguear no escuro, no desconhecido, no imprevisível e incerto, no qual adicionamos novas e outras experiências, novas e outras informações à nossa ação, e avaliamos se estes acúmulos são ajustados ou não nas situações que enquadram os momentos das ações subsequentes. Dewey (1958) argumenta que o conhecimento deriva de uma realidade complexa, marcada por conexões entre coisas e entre o sujeito e as coisas.

Os comportamentos de doença referem-se ao modo como as pessoas definem e interpretam os seus sintomas e às ações empreendidas tendo em vista melhorar, ou ultrapassar, ou ainda minimizar os efeitos da doença, nomeadamente a procura de ajuda e seguimento de comportamentos adequados (Ballard, 2004). Talcott Parsons (1951) foi dos primeiros a abordar a doença como um comportamento social, pautado pela capacidade de funcionar de forma eficiente e efetiva na sociedade, atribuindo ao doente um conjunto de expectativas e responsabilidades sobre o seu comportamento considerando que ser doente é também um papel social.

Pese, contudo, a existência de um conjunto de expectativas sociais sobre o comportamento dos doentes, constata-se que a presença da doença não leva necessariamente ao papel de doente ou a comportamentos de doença. A doença pode ser vista de muitas formas, requerendo exercícios formatados por formatos diferenciados, sendo que em grande número de casos a procura de ajuda médica não surge como necessária, e muito

menos, urgente. É o que sucede, por exemplo, nalgumas situações de mal-estar sentidas pelos mais idosos (Elias & Lowton, 2014) e o que parece explicar o fenómeno tão corrente da automedicação (Lopes, 2003).

Ao controlo médico sob a doença defendido por Parsons, contrapõem-se hoje a autodisciplina e empenhamento dos sujeitos como vigilantes e promotores da sua própria saúde e gestores de riscos de doença. É esta a abordagem relativa às doenças cardiovasculares produzida e promovida pelas próprias entidades médicas e massivamente divulgada na sociedade.

Paradoxalmente, aos apelos da saúde pública, as pessoas e doentes em risco cardiovascular parecem contrapor ideias e práticas compósitas, que oscilam num ou outro sentido, se tivermos em conta as prescrições médicas. Por exemplo, num estudo levado a cabo sob a perceção das mensagens de redução do colesterol e necessidade de dieta para reduzir o risco de doença cardiovascular, os resultados junto do público mostram uma atitude de alguma impudência e descrédito sobre o conteúdo de tais mensagens (Lupton & Chapman, 1995). As atuais campanhas e mensagens de promoção de saúde parecem mesmo deparar-se com um problema, senão de plausibilidade ou credibilidade, de efetividade nas práticas da população a quem visam persuadir ou influenciar comportamentos.

A hipertensão, enquanto doença crónica e cujas causas passam por fatores ligados aos estilos de vida, entre outros, requer que olhemos com atenção para os quotidianos. A gestão da doença pelo doente trouxe ao doente uma responsabilização acrescida no que respeita a governar a sua própria doença através da alteração dos modos de vida e das práticas rotineiras, ou seja, alterando os seus hábitos quotidianos sobretudo relativamente aos consumos alimentares e prática de exercício físico.

Da análise das entrevistas realizadas aos doentes com HTA, atesta-se que a argumentação médica, sendo compreendida, é reequacionada, acomodada, moldada pelos doentes recorrendo a argumentos assentes em quotidianos e racionalidades diferentes das utilizadas pelos clínicos. A regulação do corpo das pessoas com hipertensão parece assim ocorrer em planos que se interpelam mutuamente: a consulta e o controlo médico; os quotidianos e o autocontrolo. A exigência de disciplina e regras de conduta, ditadas pelo regime médico, são constantemente questionadas e negociadas não no espaço do consultório mas das práticas dos doentes (Xavier, 2015).

Na consulta de vigilância em cuidados de saúde primários os doentes hipertensos recebem, do regime médico, um sistema de “governo do corpo” (Turner, 1992) assente sobretudo numa dieta regulada e exercício físico, acompanhado de terapêutica farmacológica. Mas muitos são os casos em que este “governo do corpo” parece não se coadunar com o governo da vida.

*Tentar comer mais vezes, menos, sei lá. Aqueles conselhos básicos que o médico dá. Tenho a medicação e tenho que ter controlo. (...) Desporto, correr, andar e cuidados alimentares. Basicamente são esses. A recomendação de, eh pá, de movimentarmo-nos. Deixarmos o sedentarismo. A alimentação e andar. Não está fácil, mas faço por isso. [Risos]*

E – E porque é que não está fácil?

*Porque, as situações não ... uma pessoa tem que ter tempo! Tenho compromissos com a vida. Até ver! Não é questão de hábito, é mesmo questão de trabalho. Uma pessoa trabalha 360 dias por ano e 16 horas por dia, não fica muito tempo. E tem família para além disso. É complicado. (Carlos, 45 anos, 3º Ciclo)*

A medicalização do dia-a-dia está presente na preocupação com o exercício físico, perda de peso, controlo do volume corporal, presente nos quotidianos das pessoas nas sociedades da abundância.

Swaan (1990) analisa a doença como um processo de perda de dependência, em que a concordância dos doentes face ao médico é uma forma de docilidade importante e reforçada pelas redes pessoais do doente. Perante isto, a pessoa pode engendrar formas de resistência, estratégias diversos como o não cumprimento das prescrições e desobediência às recomendações de conduta de vida, deturpação dos princípios da dieta, mitigação da dieta sem sal, como se depreende dos discursos seguintes:

*Só dizem para ter cuidado no comer, mas nunca me prescreveram uma dieta nada. Faz recomendações do que tenho de comer hortaliças o mais possível.... Ele nunca me disse para não beber... Menos sal, e mexer-se a gente. O parar é morrer! (...) Já sei que tem de ser. Custa um bocadinho, isso custou. Deixar de comer aquilo que se gosta, do salgado. Mas vai-se lá, eu já ponho metade do sal que eu punha. (...) Sem sal não é nada, o que é que quer? Não sabe bem, se aquilo não souber um bocadinho a sal, (...). [Risos] Eu para comer hortaliça não falta lá hortaliça no quintal. Ontem comi um cozido à portuguesa, teve que lá ir um chouriço. Sem chouriço, já se sabe, sem chouriço não vale... [Risos] A gente reduz um bocadinho, fica lá com aquele gosto e lá vai, vai andando só a mentir ao corpo! [Risos] A mentir não, a gente está é a fazer bem [Risos]. (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

*Faz as recomendações consoante os danos causados pelas análises! Por exemplo, cuidado com isto cuidado com aquilo... São recomendações para o nosso bem!*

E- E põe em prática?

*Algumas, algumas, não sempre mas... Sempre que se pode. (Paulo, 50 anos, 1º ciclo)*

A situação de excesso de peso coloca o médico vigilante ou de sobreaviso face a resultados ou indicadores que observa no doente, através das leituras que faz dos sinais emitidos pelo corpo. Para o doente a leitura desses sinais, dos resultados dos exames, etc.; é traduzida em termos radicais de tudo ou nada: se nada está mal não há problema, se não há um diagnóstico inequívoco de doença no momento presente, tal significa para o doente que está tudo bem. A ideia da probabilidade de um acontecimento grave ocorrer parece não ter impacto psicoemocional no doente.<sup>1</sup>

*Ter cuidado não quer dizer que seja perigoso! Pode começar a vir a ser perigoso! (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

Há uma natureza paradoxal nas mensagens médicas de aviso ou de recomendação a estes doentes (Swaan, 1990). A ideia do perigo e da necessidade de evitar ou prevenir a ocorrência de um acidente vascular não está imbuída do mesmo significado para o médico e para o doente. As pessoas ou se deixam dominar e ficam esmagadas pela ansiedade ou disfarçam todos os pensamentos sobre o perigo, lançando os seus efeitos nefastos para um futuro imprevisível. Mas estas tendências emocionais da parte dos doentes (e dos médicos), criam um dilema inter-relacional porque as pessoas sem queixas são mais difíceis de mobilizar pelo modelo médico do que as pessoas que estão claramente doentes. O médico primeiro tranquiliza o doente mas também tenta promover a adesão. Isto leva a uma interação dúbia, onde os jogos de linguagem entre uns e outros se intersectam, nem sempre com sentidos coincidentes, em que a mensagem verbalizada pelo médico é contrafeita pelo estilo em que é apresentada. O humor e os risos revelam, da parte dos doentes, a arma de arremesso em face de um risco que não está ao alcance do seu olhar, não se revela no imediato dos seus quotidianos. O médico ao mesmo tempo que tenta sossegar o doente quanto à probabilidade do risco, tenta também obter a sua adesão às terapêuticas, nomeadamente às terapêuticas higiénicas de vida, dá recomendações e prescrições com vista à prevenção do perigo. Por exemplo, dizendo: a tensão arterial está um bocadinho alta, não é preciso alarme mas deve ter cuidado com o sal, com a alimentação fazer exercício e voltar dentro de três meses.

Se os médicos querem trazer os seus pacientes sob o regime médico terão de os deixar com alguma ansiedade o que, por outro lado, como protetores do doente quererão aliviar (Swaan, 1990). Esta ambiguidade criada à volta da ideia da necessidade de alterar hábitos, de fazer dieta, gera, nos modos de fazer dos entrevistados expressões como “uma certa dieta, entre aspas”, “é preciso é não abusar”, “ter cuidado”, que revelando concordância com a necessidade de estabelecer algum controlo alimentar são, contudo, na prática bastante maleáveis e indefinidas, sujeitas à ponderação dos doentes, aos seus princípios de precaução, de previdência em face de efeitos, de métrica duvidosa porque são imprevisíveis e, de certo modo, incertos, quando está à vista uma temporalidade próxima.

*E depois temos que procurar manter uma certa dieta, entre aspas. Não se pode, eu sei que não posso voltar, aliás a médica disse que eu não podia beber álcool e eu disse "Oh doutora desculpe, mas eu nunca*

*bebi álcool na minha vida." E ela disse "O senhor sabe bem a que é que eu me refiro, não pode beber bebidas alcoólicas." E eu sou franco tenho um vinho meu que faço que é puro, não tem misturas e à refeição bebo um copo de vinho. Depois comentei isso com o Dr. e ele disse-me "Pá não pode é abusar! (...) não abuse!" E é isso que eu procuro fazer. Não estou a dizer que um dia por outro, às vezes, num almoço mesmo ainda agora houve o almoço lá do pessoal e claro que acabei por beber (...). Mas sinto que abusar e se levar uma vida mais sedentária é pior! (Nunes, 63 anos, Ensino Secundário).*

*Sabe que hoje uma dieta fica caríssima! E então foi quando eu adotei o sistema, deixei de cá vir e disse ao médico: Doutor, eu vou fazer dieta por mim próprio. (...) Já fui chamado à atenção pelo Dr.: «olhe se fosse não fizer isto, se não emagrecer, está sujeito a ter um enfarte de miocárdio! [Pausa] Tem de evitar de beber demais, etc.» Ele avisa-me! Ele avisa-me, eu só não tomo esses avisos em consideração porque não quero! Concordo plenamente com o que ele diz, porque eu tenho a certeza que ele o que me está a dizer não me está a querer mal, pelo contrário! (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

O apontar de perigos está sempre ligado a comportamentos desaprovados (Douglas, 1994), neste caso, a comportamentos alimentares vistos como incorretos, inadequados, como se fossem “faltas ou erros”. As recomendações relativas à alimentação são especialmente difíceis para os doentes. A dieta é uma restrição aos prazeres da vida como a alimentação e o convívio (Fernandes, 1997; Leandro, Leandro & Henriques, 2010), sobretudo para as classes ou grupos sociais em que os momentos de festa e comemoração são mais restritos (Bourdieu, 2006). Ser livre é também poder comer o que apetece. Para a maioria os doentes o usufruto da vida presente é mais valorizado do que a prevenção.

*Os médicos a função deles quando são médicos interessados é mesmo alertar o doente para o que pode acontecer. (...). Eu não digo que uma vez ou outra eu não abuse. Por exemplo, num aniversário lá vem uma comida mais tentadora, mais um bolinho e assim... No outro dia, acabou a festa volta tudo à normalidade. (Ermelinda, 62 anos, 1º Ciclo)*

*Como menos, como menos, mas como bem. Sabe que o português gosta de comer muito, tá mal! A gente estamos satisfeitos, mas ainda queremos comer mais, e eu agora noto a diferença. E depois o mal está aí (...). Tinha de comer isto e aquilo e não comer isto e aquilo, coisas que toda gente sabe que faz bem e que faz mal.*

*E- Tentou seguir esses conselhos?*

*Mais ou menos. [Pausa] O mais difícil? Sei lá! [Pausa] Como eu como de tudo e não, não bebo de tudo! A minha alimentação é normal, como de tudo. Andar a pé, pois.... Eu não ando a pé. Como sou tão magro, vou andar a pé para quê? (...) Nós devemos fazer aquilo que os médicos mandam, na minha opinião. Porque eles é que sabem, não somos nós. (Miguel, 61 anos, 1º Ciclo)*

Os entendimentos que os doentes têm sobre como fazer uma alimentação adequada resultam das suas próprias práticas e não tanto do conselho dos peritos, embora sejam unânimes em dizer que “eles é que sabem” e que se deve fazer o que o médico diz. Este é o trocadilho que mostra o seu distanciamento face a todos os conselhos emitidos no gabinete médico, administrando com algum à vontade os seus pontos de vista críticos onde a ironia marca também presença.

Grande número de doentes mostra forte resistência à consulta de nutrição. A consulta de nutrição é pouco considerada e os conselhos aí obtidos vistos como sendo muito rígidos e muito difíceis de cumprir. Alguns entendem que a consulta de nutrição “não traz nada de novo” e por isso, no parecer de alguns entrevistados, não vale a pena. Para outros, a não obtenção dos resultados desejados serve de prova de que a alimentação que fazem não é “culpada” e, portanto, não há razões para a mudança. Arminda, por exemplo, é uma senhora idosa que já teve um acidente vascular cerebral e diz o seguinte em relação aos conselhos da nutricionista:

*Ah já pedi, já pedi, já cá vim. Comecei a fazer o que ela mandou, fiz sempre tudo o que ela mandou nunca consegui abater.... Assim não, não vou fazer mais nada. Vou fazer a vida que eu fazia porque eu comia tudo e mais alguma coisa e não engordava e agora estou a comer estas coisitas que me mandam*



*comer e estou a engordar? Então vou comer normal. Não obtive grande resultado. (Armanda, 71 anos, Curso Profissional)*

O seguimento de uma dieta é visto como exigindo enorme esforço e que retira liberdade e mesmo prazer à vida.

*Essa consulta de nutrição...a gente quer dizer, para seguir as normas é um bocadinho rígido. E eu às vezes (...) E eu às vezes digo assim "Senhor doutor eu prefiro viver menos dois anos e ser livre, do que andar a ser corrigido em tudo e viver mais dois anos." Está a ver? É seguir aquelas normas. A gente mais hoje ou mais amanhã peca, vai logo ao que não deve ir. Está a ver? O que é a nutrição? É a regra que só pode comer aquilo, àquela hora. E não o permite às vezes. Às vezes eu sei que tomo o pequeno-almoço às oito, às dez tenho que comer uma fruta. A maior parte das vezes não faço isso. Quando tenho vagar, estou em casa até faço. Mas se eu for de viagem já esqueço-me. É difícil cumprir...é difícil cumprir. Acho que para mim e para toda a gente. (...) E eu agora tenho mais cuidado. Quando era mais novo não tinha cuidado nenhum. Eu nunca, nunca liguei a essa conversa do médico: "Ei! Você não pode comer isto, não pode comer ...". Entrava por ali e saía por ali, pronto. E agora com a vida, já tenho uma vida mais calma. Desde que me reformei tenho uma vida mais calma e já escuto mais essas coisas e faço mais atenção. As recomendações do médico não são tão rígidas como é da nutricionista. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

Reconhece-se que não basta ir à consulta de nutrição e depois não colocar em prática as indicações relativas à alimentação. Mas, na verdade, a preocupação com o que se come só ocorre quando a situação de saúde se encontra alterada ou deteriorada.

*Essa de nutrição já foi combinado para vir mas nunca vim porque a nutrição é boa. A nutrição é uma consulta boa mas a nutrição está dentro de nós, porque nós virmos à consulta não é isso que nos vai fazer ter uma vida mais saudável! Nós temos de pensar, e a gente sabe isso só que nem sempre, só que só começamos a refletir nesse caso depois quando temos de ter algum cuidado com a nossa alimentação. Como é o caso que eu tenho tido desde que me deu estas coisas. E a partir daí temos de ver. (...) Embora a nutrição também é bom, tem é de se pôr em prática, não é só vir à consulta. (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

A referência aos hábitos alimentares inclui o uso do sal e alimentos que detêm um grande valor simbólico e cuja avaliação dos entrevistados não os coloca na categoria de “maus” para a sua saúde, é o caso do vinho e do pão. E há também o sublinhar da importância do “comer bem”, considerando que junto das pessoas ouvidas tal remete para a prática de uma alimentação muito calórica e em grande quantidade, bastante similar ao indicado por Bourdieu (2006) no que respeita às classes baixas ou por Hespanha (1987), referindo-se à alimentação tradicional camponesa no nosso país.

*Recomendou-me por causa das dietas, para ter cuidado com a batata, cuidado com o pão, cuidado com isto.... Eu disse, olhe senhor doutor, tire-me tudo durante a refeição mas o pão não me tire. Podem-me tirar o vinho, tirar o vinho, podem-me tirar tudo mas o pão... Se eu não tiver pão, com um bocado de carne, seja com o que for, eu não consigo comer! Tenho de ter um bocado de pão, (...) tenho de ter sempre um bocado de pão! (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)*

*O importante é comer! [Risos] Eu acho que se eu comesse como certas pessoas que andava ainda mais gordo, é a minha ideia. Eu só como à refeição, Mas é assim, eu sento-me para comer é para comer! Eu como até eu gostar do comer. Principalmente à noite, depois possivelmente até me sinto mal, sinto mal no sentido de estar muito cheio, e depois as recomendações do senhor doutor, que tenho de fazer uma caminhada ou assim mas eu tenho a minha ideia de que se eu fizesse isso... Porque eu não deixo de comer à refeição, então comendo na mesma no meio da refeição chego à refeição e como na mesma, que eu acho que não como por fome. (Pedro, entrevista pós consulta)*

Refletindo sobre os comportamentos saudáveis indicados pelo médico, mas também difundidos como mensagem social generalizada - comer várias vezes ao dia, ingerir menos alimentos, não consumir gorduras,

reduzir o sal, praticar exercício – revela-se uma dimensão social ou moral (Goffman, 1998) daquilo que são as boas práticas para uma vida saudável e também o sentimento de remorso nas pessoas. A autoavaliação produzida pelos entrevistados, declaradamente negativa, motivada pelo balanço entre o que *não se faz* e que se *devia fazer*, vai revelando essa falta ou incumprimento em que os hipertensos se sentem.

A disposição para a prática de comportamentos saudáveis é socializada a um nível cognitivo como norma complementar ao “modo de vida”, e não como dele fazendo parte integrante como disposição interiorizada. Nessa medida, ela não tem força para se impor a outras disposições já instaladas e facilitadas pelo hábito, o que, provocando incoerência entre a disposição e a prática, é geradora desses sentimentos de culpa ou mesmo falha (Bourdieu, 2006; Silva, 2008). Os entrevistados parecem fazer um balanço entre a percepção do seu bem-estar e os conselhos médicos recebidos na consulta. Tal como surge no trabalho de Luísa Ferreira da Silva (2008, p. 64), sobre as lógicas do saudável no quotidiano, “entre bem-estar e saudável, percebidos como opostos, é o primeiro o escolhido”. Não estando em situação de doença aguda ou num momento particularmente preocupante em relação à saúde, o bem-estar, avaliado como a capacidade de “ir levando a vida”, parece não exigir que se pratiquem as recomendações salutogénicas dadas na consulta de HTA. Não esqueçamos, contudo, que os entrevistados são doentes crónicos para os quais as práticas de vida saudáveis têm grande importância.

Quando se evoca o que *tem de ser feito* ou que *deveria ser feito* perante o facto de se ter hipertensão, o exercício físico não surge de forma tão espontânea como as regras alimentares. No caso de alguns idosos, “isso da ginástica é para gente nova que quer ser magra” (entrevista, Arminda, 71 anos, Curso Profissional.). Por exercício físico, na generalidade, os entrevistados entendem o andar, caminhar, fazer passeios, pois são estes os entendimentos possíveis face às situações frequentes com que se deparam na sua vivência diária. Apenas em dois casos encontramos uma prática regular de desporto com ida ao ginásio e prática de uma modalidade desportiva. As razões apontadas para não fazer exercício são a falta de tempo, a falta de hábito, porque é fisicamente desconfortável (tem-se dores nas pernas, nas costas) ou simplesmente por “comodismo”, indolência, inação ou evitamento sem razões plausíveis inscritas no dizer “não dá jeito fazer”.

Quer no caso da alimentação quer do exercício físico, havendo e sendo mesmo reconhecido espaço para a agência individual para a adoção de novas práticas, parece, no entanto, que o esforço implicado nessa mudança se revela muito forte e, no entender de alguns, retira mesmo às suas vidas fontes de prazer imediato pelo consumo de determinados alimentos, por exemplo. Pensar então nos “ganhos diferidos” (Bourdieu, 2006, p. 172) do abandono de certas práticas torna-se não só muito difícil como pouco motivador, uma vez que não existe verdadeira crença em tais ganhos ou benefícios.

### 3. Experiências de viver com HTA

As narrativas pessoais destacam diferentes experiências de viver com hipertensão, sugerindo a existência de um conjunto heterogéneo de modos de fazer o saudável que podem ser parcialmente e de forma limitada relacionados com a idade, os níveis de escolarização e a condição perante a doença. A pluralidade é particularmente visível quando se problematiza o modo como as pessoas gerem, fazendo, a sua condição como hipertensos.

Encontramos pessoas idosas que, na sua maioria, atribuem os problemas de saúde ao facto de *começarem a ter idade*, e pessoas mais jovens, profissionalmente ativas, que referem “não ter tempo para doenças”.

Referindo-se ao aconselhamento nutricional, esta senhora é perentória, usando a ironia quando se distancia das orientações imperativas:

*Não, não. Eu isso não faço porque para mim eu não me venham dizer para eu não comer isto ou não comer aquilo que parece que é quando me dá vontade de comer mesmo. É a idade, é o sedentarismo que uma pessoa começa a ter depois da reforma, não é? Da aposentação. Uma pessoa está em casa, eu*

*agora já costumo dizer, já tenho uma idade para dizer que faço o que me apetece, mais ou menos! (...) Se não me apetece não como, mas se me apetece como. Até porque eu já andei, aliás a minha nora faz consultas de nutrição e ela já tentou, mas eu já lhe disse a ela assim "Tudo bem, eu sei que estou. Mas não venhas cá com cantigas para fazer isto e fazer aquilo e fazer aqueloutro." Não, isso já não é para mim. É para pessoal novo que quer andar todo elegante. Eu já não, não vou recuperar nada do que eu tinha e enquanto eu não me sentir mal pronto. Tá-se bem como diz o pessoal novo. (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

A mesma senhora lamenta não apenas a saúde e forma física perdida, mas a juventude. A sua situação é essa, não a de doente mas a de mulher idosa.

*Pois lá está. Ter cuidado com o quê? Se eu fosse doente, que me considerasse uma doente, sei lá uma diabética assim um bocado, isso sim teria cuidado com a alimentação e fazer um bocado de exercício e isto, aquilo ou assim. Mas os diabéticos que eu conheço são todos uns infratores! Eu se tiver medicação para tomar, também não sou assim muito é àquela hora é àquela hora, é... pronto. Eu tenho umas coisinhas onde tenho os medicamentos, porque eu tomo medicamentos daqui e tomo medicamentos disto e daquilo... (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

Há pessoas que se afastam dos ambientes médicos, encarando os riscos como não controláveis.

*Eu sou um indivíduo que não gosto muito de andar no médico, à consulta dos diabetes venho sempre, mas outras não venho. Eu não me preocupo. Pode-me dar alguma coisa. Hoje em dia ninguém está livre disso... Está tudo bem. (João Manuel, 64 anos, 1º ciclo)*

O “não haver nada a fazer” como afirmação da não responsabilidade pessoal, é encontrado naqueles para quem a HTA nem sequer é uma doença e, portanto, nem motivo de preocupação nem de cuidados, muito menos de sacrifícios. A HTA é “normal” para os doentes que não se dão à doença, que consequentemente não são “doentes” e não têm de fazer dietas alimentares, nem exercitar o corpo, com vista a manter níveis de HTA equilibrados.

#### **4. Um ponto final por agora e outras aberturas analíticas sobre as experiências dos doentes quando se põem à prova em face da vulnerabilidade do seu estado de saúde**

Os modos de agir que mesclam determinados regimes de envolvimento da ação (Boltanski, Thévenot, 1991), (Thévenot, 2006) com vista a procurar estilos de vida que vão ao encontro dos seus juízos de como qualificam a qualidade de *saudável* têm como premissa a noção de agenciamentos, por vezes compósitos, que visam mesmo Tateando controlar múltiplos fatores de risco. O não compromisso com as prescrições médicas relativas aos regimes de dieta e exercício têm sido interpretados em termos de falta de conhecimento ou falta de autocontrolo. No entanto, as narrativas recolhidas sobre o modo como os doentes administram o seu estado de saúde, perante esta doença crónica, embora enfatizando agenciamentos individuais, destacam uma série de constrangimentos no exercício de tais procuras de ação, resultantes justamente da natureza situada das experiências relatadas. As restrições relevantes impostas pelas vivências dessas experiências vão desde a falta de viabilidade (as prescrições de estilos de vida são muitas vezes consideradas incompatíveis com as realidades vividas das pessoas); a natureza incerta e indeterminada do seu próprio estado de saúde (não se sabe ao certo a razão de se ter HTA); o dito pelos médicos nem sempre sucede na prática (em situações da vida real), e a falta de acesso a recursos (tempo e dinheiro).

A abordagem médica e as características da hipertensão obrigam a que seja o doente o grande gestor e responsável pela sua doença. Isto é, cabe a cada hipertenso a responsabilidade e a sua capacitação de, através da adoção de práticas de vida adequadas e toma correta da medicação, conseguir manter a doença dentro de parâmetros considerados normais, normalidade determinada pela visão métrica do seu médico assistente e do modo como este e outros técnicos de saúde – dos enfermeiros ao/a nutricionista habitualmente a qualifica como

doença crónica. Esta posição em que se colocam as pessoas hipertensas constitui também um quadro novo no que diz respeito ao lugar e ação do doente relativamente ao modelo mais tradicional de relação quer com a medicina quer no modo de pensar a doença. Na verdade, o estudo mostra que entre os juízos qualificadores da doença do lado da biomedicina, os doentes, a partir das suas experiências e das situações vividas no quotidiano, não deixam de expressar, nas suas práticas, outros modos de ajuizarem sobre o seu estado de saúde, nem sempre compatíveis com o juízo médico (Dodier, 1993).

De um modo geral, é sabido que a preocupação da maioria dos indivíduos sobre o seu estado de saúde está conectada com o confronto com um problema que a debilita, que a põe em causa (Knowles, 1977), isto é, que suscita e o obriga a um conjunto de interrogações relativas ao confronto a que se encontra sujeito. Assim, quando há um dano ou uma ameaça de dano grave para a saúde, supõe-se que aqueles que se encontram em tal condição adotem os procedimentos certos com vista ou a recuperar a saúde, evitar o dano, ou controlá-lo de modo a garantir o mínimo de mal-estar possível. Esta abordagem dos comportamentos face à presença da doença não é contudo linear, podendo revestir-se de vários vieses, várias obliquidades dependentes de condições e de estados manifestados na sua corporalidade, desde a gravidade dos sintomas, do modo como sente a ameaça da doença, das prioridades que estão em jogo, etc. A interpretação dos sintomas e as ações empreendidas são compostas por variados fatores sociais e culturais estruturantes dos contextos em que se encontram envolvidos os sujeitos.

## Referências

- Barbot, J. (2002). *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris: Editions Balland.
- Boltanski, L., Thévenot, L. (1991). *De la Justification. Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Bourdieu, P. (2006 [1979]). *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Ed. Zouk.
- Clamote, T. (2009). Associações de doentes e protagonismo leigo na regulação da saúde. Coimbra: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Dewey, J. (1958). *Experience and nature*. Nova Iorque: Dover Publications.
- Dodier, N (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié.
- Dodier, N. (2003). *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris: Ed. De L'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Douglas, M. (1994 [1992]). *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres: Routledge.
- Elias, T., & Lowton, K. (2014). Do those over 80 years old seek more or less medical help? A qualitative study of health and illness beliefs and behavior of the oldest old. *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 970-985.
- Fernandes, A. T. (1997). Ritualização da comensalidade. *Sociologia*, 7, 7-30.
- Goffman, E. (1998). *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Haskins, C., & Seiple, D. I. (1999) (Orgs.). *Dewey reconfigured: Essays on deweyan pragmatism*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Hespanha, M. J. (1987). O corpo, a doença e o médico: representações e práticas sociais numa aldeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 195-210.
- Joas, H. (2005 [1996]). *The creativity of action*. Cambridge: Polity Press.
- Joas, H., & Knöbl, W. (2010). *Social theory. Twenty introductory lectures*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Knowles, J. (1977). The responsibility of the individual. *Daedalus*, 106(1), 57-80.
- Leandro, M. E., Leandro, A. S., & Henriques, V. B. (2010). Alimentação familiar os fabulosos odores, (dis)sabores e saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas*(62), 57-80.
- Lopes, N. M. (2003). *Automedicação. Práticas e racionalidades sociais*. Lisboa: Tese de Doutoramento, ISCTE.
- Lupton, D., & Chapman, S. (1995). 'A healthy lifestyle might be the death of you': discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. *Sociology of Health & Illness*, 17(4), 477-494.
- Mol, A. (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Nova Iorque: The Free Press.
- Salter, C. I., Howe, A., McDaid, L., Blacklock, J., Lenaghan, E., & Shepstone, L. (2011). Risk Significance and Biomedicalisation of a New Population: Older Women's Experience of Osteoporosis Sreening. *Social Science & Medicine*(72), 808-815.
- Serapioni, M. & Matos, A. R. (Org.) (2014). *Saúde, participação e cidadania*. Coimbra: Almedina.
- Silva, L. F. (2008). *Saber prático de saúde. As lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Afrontamento.
- Swaan, A. (1990) *The management of normality. critical essays in health and welfare*. London: Routledge
- World Health Organization (WHO). (2013). *A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Thévenot, L. (1986). Les investissements de formes : Thévenot, L. (Org.). *Conventions économiques*. Paris : Presses Universitaires de France, p. 21-71.
- Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel: Sociologie des régimes d'engagement*. Paris: La Découverte.
- Turner, B. (1992). *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. Londres: Routledge.
- Xavier, B. (2015). *Entre o fazer e o dever: lógicas e práticas dos doentes hipertensos*. Tese de doutoramento em Sociologia. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Zinn, J. O. (2008). Heading into the unknown: Everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health, Risk & Society*, 10(5), 439-450.

---

<sup>1</sup> Sobre a dificuldade de os indivíduos pensarem em termos de probabilidades, ver Douglas (1994).