



IX CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

Portugal, território de territórios

ÁREA TEMÁTICA: Identidades, Valores e Modos de Vida [AT]

ESTILOS DE VIDA SOB CONSELHO MÉDICO: (RE)AÇÕES E VALORES À VOLTA DO SAUDÁVEL

XAVIER, Beatriz

Socióloga, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/ CICS.NOVA Universidade Nova de Lisboa,
bxavier@esenfc.pt

Resumo

A medicalização do dia-a-dia está presente na preocupação com o exercício físico, perda de peso, controlo do volume corporal, que povoa os quotidianos nas sociedades da abundância. Todos nós, em geral, mas de uma forma mais incisiva as pessoas diagnosticadas com certas doenças, como é o caso da hipertensão arterial, somos incitados a adquirir estilos de vida saudáveis, sendo que, entre outras coisas, há nestas recomendações uma relevância acrescida à importância de consumos alimentares considerados bons ou corretos e à importância da prática de exercício físico.

Através da recolha de narrativas de doença de pessoas com hipertensão seguidas em consulta específica em cuidados de saúde primários, percebemos como a inclusão dos regimes médicos nos quotidianos destas pessoas é marcada por um conjunto de constrangimentos objetivos e, por outro lado, julgamentos pragmáticos e justificações experienciais tendo em vista a construção de uma leitura do saudável, do risco e das ações a empreender face aos julgamentos do saber médicos recebidos relativamente ao corpo e à alimentação.

Comportamentos alimentares muito sedimentados numa alimentação tradicional são vistos como incorretos e mesmo perigosos. Mas a argumentação médica, sendo compreendida, é refeita, adaptada, moldada pelos doentes recorrendo a argumentos assentes em quotidianos e racionalidades diferentes das utilizadas na clínica.

Abstract

The medicalization of everyday life is evident in the concern with physical activity, weight loss, and body mass management that characterizes the daily lives of affluent societies. In general, everyone is encouraged to adopt healthy lifestyles, but this is particularly relevant for people diagnosed with certain diseases, such as hypertension. These recommendations specifically emphasize the importance of healthy eating habits and physical exercise.

Through the narratives of hypertensive patients followed-up in the specific primary health care consultation, it is observed that the integration of therapeutic regimes into these patients' daily lives is marked by objective constraints, pragmatic judgments and experience-based reasoning. The latter aim at building individual perceptions of health, risk, and the necessary interventions in view of the medical knowledge received concerning the body and diet.

Eating behaviors which are strongly rooted in a traditional diet are considered to be incorrect and even dangerous. However, although patients understand the medical recommendations, they reformulate, adapt and adjust them using arguments based on their everyday life and non-clinical reasoning.

Palavras-chave: Estilos de vida; alimentação; gosto; comportamentos de doença; representações sociais.

Keywords: Lifestyles; diet; taste; illness behaviors; social representations

[COMO383]

1. Introdução

A compreensão da ocorrência das doenças em termos de risco e o estabelecimento de relações com os chamados estilos de vida, colocam na experiência de doença um acréscimo de conotações morais, um dever de autodisciplina e responsabilidade nos quotidianos. Estes princípios têm sido inúmeras vezes sublinhados nos discursos e políticas da Saúde Pública, nomeadamente no que concerne às doenças cardiovasculares pela importância epidemiológica, económica e social de que se revestem e consequente necessidade de redução da sua grande incidência na população, como é o caso de Portugal.

Na sociedade ocidental contemporânea, os gostos e hábitos alimentares estão muito relacionados com o que Norbert Elias (1989) referiu como *civilized self*. A promoção de estilos de vida saudáveis incide sobretudo na importância e necessidade de cumprimento de regimes de dieta e exercício físico (Lupton & Chapman, 1995).

A regulação das dietas, a auto monitorização do corpo, são imperativos colocados em nome de uma racionalidade única que enforma os discursos de promoção da saúde apostados na criação de um doente capacitado.¹ As narrativas dos doentes hipertensos revelam a presença de outras apreciações práticas dos comportamentos de saúde/doença e do próprio corpo.

Numa investigação levada a cabo junto de doentes hipertensos e com recurso às narrativas de doença, realizada entre outubro de 2012 a fevereiro de 2013 (Xavier, 2015), recolheram-se dados relativos aos comportamentos de saúde/doença e experiências de doença, permitindo-se assim aceder ao conhecimento das ações valorativas e interpretativas do que é ou não saudável e do modo como se gerem os comportamentos pessoais face aos constrangimentos colocados na avaliação médica do corpo e recomendações terapêuticas.

2. O saudável médico como ideal perante quotidianos possíveis

O saudável médico refere-se a uma atitude de vida medida por comportamentos específicos, individuais, a que se atribui a virtude de diminuir a probabilidade de adoecer (Minayo, 2000), encarando os indivíduos como aptos a fazer escolhas em liberdade, perante a apresentação probabilística dos riscos de não as fazerem, ponto de vista próprio de um sistema cultural da individualidade e de uma racionalidade económica. Contudo, os comportamentos não resultam de meras decisões individuais. Eles são o resultado de opções de racionalidade contextual, isto é, embora as escolhas sejam individuais, elas são modeladas pelas circunstâncias objetivas e pelas disposições subjetivas (Silva, 2008).

Na pesquisa realizada (Xavier, 2015), o intuito não residiu meramente num conhecimento das práticas dos doentes hipertensos no que se refere à aplicabilidade, ou não, das recomendações relativas aos estilos de vida que recebem do regime médico. As narrativas dos doentes permitem uma exploração das lógicas que subjazem essas práticas, refletindo as racionalidades presentes nas decisões que envolvem escolhas. Tal como no trabalho de Luísa Ferreira da Silva (Silva, 2008) sobre o saber prático de saúde, a questão a perceber não é apenas o que as pessoas fazem mas também qual o sentido que dão ao que fazem, quais os valores e as crenças, quais as informações e representações que interagem na construção mais ou menos consciente que determina a ação

A adoção de estilos de vida salutogénicos faz parte das recomendações dadas às pessoas com hipertensão de uma forma muito incisiva quer pelos profissionais de saúde quer pelos familiares e amigos. As pessoas com hipertensão são condicionadas pelo médico a autolimitações e também admoestados pelos seus próximos: não devem beber, comer em demasia, ser sedentários, etc. Perante isto, engendram formas de resistência como o não cumprimento das prescrições e desobediência às recomendações de conduta de vida ou a sua mitigação.

A pressão para a necessidade de alterar hábitos, de fazer dieta, gera nos discursos 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.

Comportamentos alimentares muito sedimentados numa alimentação tradicional são vistos como incorretos e mesmo perigosos. Mas as recomendações relativas à alimentação são especialmente difíceis de praticar. A dieta é uma restrição aos prazeres da vida como a alimentação e o convívio. Muitos hipertensos referem o gosto alimentar, o hábito, como um obstáculo à adoção dos conselhos relativos às mudanças das práticas alimentares. Dizem ser difícil alterar dietas alimentares realçando a relação e as razões dessa dificuldade com os constrangimentos e rotinas das suas vidas, nomeadamente o trabalho. Neste gosto está muito marcada a presença do sal e de alimentos simbólicos como o pão e o vinho

Sobre o conceito do gosto remetemos para o trabalho de Antoine Hennion (2005). Hennion refere concretamente os problemas que a sociologia tem com a relação com o gosto. O que o autor contesta é a colagem dos estudos sociológicos sobre o gosto a uma ideia de natureza sobredeterminada dos gostos e a sua função como marcadores das diferenças e identidades sociais. Para Hennion, “o gosto é antes de tudo uma modalidade problemática de ligação com o mundo” (Hennion, 2015 p. 255). Hennion apresenta uma conceção pragmática do gosto, sendo este entendida como uma atividade reflexiva, performativa e composta por vários elementos heterogéneos (um coletivo, dispositivos de gosto, o corpo, os retornos do objeto), sempre em relação com as ligações e práticas das pessoas.

O reconhecimento do hábito como mau para a saúde não leva a que o mesmo seja alterado pois considera-se que isso é muito difícil e que se perde o sabor e o prazer da refeição. Nas suas entrevistas, os inquiridos transmitem a ideia de que de que é preciso muita força de vontade, muita disciplina, para seguir os conselhos quer relativamente à alimentação quer à prática de exercício físico. Revela-se uma leitura moral das condutas que se expressa no sentimento de falha face aos regimes de dieta considerados apropriados ou corretos.

Hábitos, rotinas, estilos de vida, servem-nos como *conceitos mediadores*, que “estabelecem uma negociação entre dois ou mais conceitos polares” (Andrade, 1991, p. 269). Estabelecem a relação entre a dimensão micro e macro, entre corporalidade, gostos e ação, entre o quotidiano e a familiaridade e o estranhamento e a exceção. Contudo, o conceito de hábitos não se mostra pacífico. A este nível, Bourdieu (2006) tem sido sobretudo criticado por uma certa rigidez e determinismo das macroestruturas. Contudo, no que concerne aos dados relativos aos comportamentos de saúde e distribuição de doença pelos diferentes grupos sociais, os conceitos acima são importantes para podermos analisar e perceber melhor as diferenças das práticas dos sujeitos e de que modo estas se interligam com as próprias condições de saúde apresentadas, tal como alguns estudos têm vindo a revelar (Backett, 1992; Ribeiro, 2010; Snibbe & Markus, 2005), entendendo-se, porém, que os “mundos” sociais são bem mais composicionais, diversificados e fluidos que o apresentado por Bourdieu.

Diferenças de classe, níveis educacionais e aspetos culturais e contextuais, entre outros, têm sido apontados como relevantes na análise dos comportamentos de doença. As experiências do passado modelam também os comportamentos (Rogers, Hassell, & Nicolaas, 1999).

A experiência da doença envolve muitos outros aspetos para além da presença biofisiológica da patologia, o seu grau de visibilidade, transtorno, etc. A interpretação dos sintomas e as ações empreendidas são compostas por variados fatores sociais e culturais estruturantes do contexto dos sujeitos.

3. Regras, excessos e vidas normais – o *ter cuidado* para ter saúde

Se é verdade que os hipertensos revelam algum ceticismo face ao grau de benefício de dietas e exercício físico no que a grandes melhorias do seu estado de saúde diz respeito, contudo mostram ter interiorizado as mensagens generalizadas disseminadas pela saúde pública, não deixando porém de as adaptar.

A abordagem que os hipertensos fazem às recomendações médicas relativas aos hábitos de vida remete quase sempre para a ideia de “moderação”, o “ter cuidado”. Os excessos, de todo o tipo, são sempre vistos como nefastos e a moderação uma virtude. Com facilidade os entrevistados se qualificam a si mesmo como cuidadosos, moderados e vêem em outros o incumprimento desses princípios. Em algumas situações, o reconhecimento do próprio excesso acontece mas relativamente áquilo que foram práticas tidas no passado e que hoje já não se verificam, ou seja, não se verificam como regra. Hoje afirmam terem consciência das consequências nefastas para a saúde.

Nós temos de evitar as gorduras, infelizmente que gosto tanto e tenho de as evitar. (Conceição e Arménio, esposos, entrevista pós consulta)

Ai sei lá...reduzir na alimentação, nas gorduras, gorduras isso eu gosto Se eu pudesse tudo o que fosse assim de gordura. Não como, não como porque sei que não posso, porque isso é que era, isso é que eu gostava. Por exemplo, gosto de uma carne, não gosto de carne de vaca! Mas se for um chispe, uma coisa qualquer... Já, se eu pudesse roía aquela gordura toda.

Era pois. Eu comia essas coisas todas. No como e se como não exagero, porque não posso. Pronto mas as pessoas que têm, têm que ter, lá está, têm que ter cuidado. Não podem comer assim, nem em excesso, nem beber e nem comer muitas gorduras. Mesmo as manteigas e queijos gordos e tudo não se podem comer. Mas eu também não como queijo. Só queijo fresco! E pouco! (Ana Isabel, 67 anos, 1º ciclo)

À necessidade de ter cuidado e ao cumprimento de regras de moderação alimentar, contrapõe-se a exceção que deve ser reservada para ocasiões especiais de festa.

O meu Natal é só uma fatia de bolo-rei e queijo da serra. E ele (o médico) diz-me que é no Natal e nos meus anos. E eu disse "Oh senhor doutor então o Natal é em Dezembro, eu faço anos dia um de Março. Então e depois o ano todo?" Como queijo fresco.(...) Evito os fritos. Muita hortaliça sempre alface. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)

É assim, eu acho que faço aquilo que posso ou que devo, não é? Que é ter cuidado com a alimentação, com o tipo de alimentos, fazer a medicação certa, tal como é indicado, é caminhar o máximo possível e pronto. (...) Eu penso que portanto a alimentação, a medicação diária para isso e se calhar também o cuidado que eu tento manter (RISOS) e claro que nestas alturas do Natal a gente abusa sempre mais um bocadinho naquilo que não deve. (Teresa, 82 anos, 1º ciclo)

O “cuidado” exige um esforço deliberado para a saúde e é revelador da força interior e da capacidade de controlo que tem de se ter para resistir às tentações, seja de ceder aos gostos instalados seja para não cometer excessos. O sentido atribuído ao termo "excesso" revela ainda a sua relação com as perceções dos entrevistados ligadas à ideia de corpo-máquina e dos efeitos nocivos do excesso, seja relativamente à alimentação, ao trabalho, ao frio, etc. Este significado do excesso como fator etiológico adequa-se bem a um modelo biologizante da doença em que o corpo se ressentido daquilo a que é exposto, numa relação causal natural. A biologização da doença opera no sentido de atomizar os fatores de maneira arbitrária e reducionista, de modo que o conceito de doença se subordine ao facto biológico (foi o cansaço, foi a comida, foi o frio). Essas conceções sobre a causalidade promovem uma hipervalorização das características individuais (ser forte, ser jovem, aguentar).

O cuidado olhe, é descansar mais um bocado. É... agora estou muito agarrada à cama quando está frio e então... Mas descansar mais.

E- Descansar? Mas o doutor não quer que se mexa?

Pois é. Pois quer! (risos) (Teresa, 82 anos, 1º ciclo)

Para outros, os cuidados a ter não são nenhuns. Restringem-se apenas à toma da medicação e “ir levando” a vida como sempre.

Nada. Digo-lhe já que nada, porque é assim: quando se sai de uma situação de operação, primeiro pensa-se que já se conseguiu passar aquela etapa, pronto, e o que vier a seguir é assim: é cumprir a medicação que nos dão, é fazer os exames que também nos são feitos regularmente ... E depois tomar uns comprimidos para a tensão arterial. Medimos a tensão, está boa. Mas é forçado, quer dizer o estar bom é forçado, é forçado pela medicação. Portanto, a partir daí eu acho que, acho que ninguém pensa mais nisso. (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)

Oh! Ter cuidado... (risos) Isso é a mesma coisa que a senhora vai com o seu carro e diz limite de velocidade 40 km e vai a 60, quer dizer ia a 100 passou para 60, teve cuidado mas não teve o cuidado suficiente (risos). Para mim ter cuidado é ir levando. Eu também fiz uns limites, mas não há regra sem exceção. De vez em quando também tenho assim um pifão que é para o corpo também não se desabituar. Depois sou capaz de estar um mês ou dois meses ou mais sem isso acontecer, não é? Não há regra sem exceção, agora nós é que temos a obrigação. (António, 66 anos, 1º ciclo)

A linguagem a que os médicos recorrem e também a que se ouve nos meios de comunicação social é traduzida no discurso leigo para expressões populares que facilitam a aceitação da norma ao adaptarem-na a imagens reconhecidas. Na prática, tal adaptação resulta numa atitude de conciliar a vida prática com o conhecimento divulgado e são disso principal expressão os ditos «comer um bocadinho de tudo», «comer com moderação», expressões que traduzem as noções nutricionais de variedade e de equilíbrio alimentar. É um facto que as noções de equilíbrio e moderação são muitas vezes utilizadas para estabelecer um equilíbrio entre «bons e maus» comportamentos e observar alguma conformidade com os conselhos de saúde (Burton-Jeangros, 2004). Mas as práticas a que essas expressões se referem revelam-se no entanto muito fortemente subordinadas às noções do senso comum e nem sempre correspondem ao significado que a ciência lhes pretende atribuir.

O facto de as pessoas manterem os valores da tensão arterial normais e não se “sentirem mal” parece retirar sentido ao esforço exigido na restrição alimentar ou na prática de exercício físico. Contudo, quando perguntamos aos entrevistados o que entendiam que deveriam fazer pela sua saúde, a atividade física, “andar”, e a eliminação ou redução das gorduras é aquilo que surge mencionado maior número de vezes. Tal como foi encontrado por Luísa Ferreira da Silva (2008, p. 116), no seu trabalho de pesquisa sobre as lógicas do saudável no quotidiano, as pessoas que começaram a fazer exercício por ordem médica encaram o exercício como um esforço suplementar na vida, que só se justifica quando a saúde está ameaçada. A motivação para agir é terapêutica, numa perspetiva que vê como vantagens no exercitar-se a correção de problemas de saúde ou a prevenção do seu agravamento. Esta situação diferenciada, entre aqueles para quem a educação física constitui um hábito e aqueles para quem é entendida como uma ordem médica, parece ser corroborante da abordagem de Bourdieu (2006) no que respeita à relação que as diferentes classes sociais detêm com o exercício físico e com o corpo em geral.

Andar. Eu continuar posso continuar como estou que eu não me sinto mal, mas andar eu sei que é indispensável. Eu é que sou um bocadito preguiçosa e agora está frio e tenho medo de me constipar. De resto faço a minha vida normal. (Irene, entrevista pós consulta)

Perguntou-se também o que vão fazer até à próxima consulta. Nesta resposta os doentes mencionam todos os tipos de exames e análises que foram prescritos pelo médico, não alterando basicamente nada nas suas rotinas.

Continuo a fazer o que continuava a fazer com os medicamentos, isso continua sempre. E não continuo a andar! Ando pouco (...) Modificar não. Vou fazer, tentar fazer, aquilo que ele disse, o que ele quer é que eu ande mais. Eu vou fazer se faço os possíveis para fazer tudo e mais alguma coisa. As coisas, graças a Deus, está tudo mais ou menos, estão benzinho. Mas ele, você podia-se esforçar mais um bocadinho, andar mais um bocado e não sei quantos e tal.... E eu vou fazer os possíveis. Eu é falta de TEMPO, o meu problema agora é o tempo. Já ficou marcada para o dia 18 de Abril. Vou fazer análises, e um eletrocardiograma. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)

A ideia da autovigilância, do estar atento, da capacidade de nos quotidianos ir prestando atenção aos sinais do corpo, ir gerindo a tensão arterial, é vista pelos doentes basicamente como cumprir com a frequência das consultas.

No decurso da pesquisa tornou-se claro que, para a maioria dos doentes, a hipertensão é uma questão de “não abusar”, de “ter cuidado”, de “excessos” e de “limites”. Há leitura moral dos excessos cometidos, geralmente remetida ao comportamento de terceiras pessoas a quem não se reconhece «terem controlo». Os inquiridos articulam as suas visões sobre o que é bom ou mau para a saúde e como nos devemos comportar por referência a outros, cujos comportamentos são caracterizados como sendo extremos.

Eu como falo com muita gente e surpreende-me. Dizem sou diabético. E eu vejo-os a comer de tudo! Eu fico surpreso porque eu não posso comer nada! (Horácio, 76 anos, 1º ciclo)

Não, não, não! E eu até sou uma pessoa ... Eu costumo dizer assim, é um exagero, porque podem até achar que é um exagero. Eu sou muito gorda, mas não é por aquilo que eu como! (Ana Isabel, 64 anos, 1º ciclo)

Apontam o comportamento de excessos como algo muito prejudicial e como uma manifestação de “falta de juízo”.

Os diabéticos que eu conheço são todos uns infratores! Eu conheço diabéticos que comem mais doces do que eu. E depois "Ah ponha-me mais um não sei quanto de insulina." E isso não é, para mim, isso não é lógico. Mas pronto cada um tem a sua maneira de ser. Portanto, e eles... Ainda agora a minha parceira, que é a mãe da minha nora, faleceu agora há coisa de uns três meses ou quê, uma diabética daquelas... E ela não faleceu de diabetes e ela fazia tanta asneirinha, íamos às festitas lá em casa do meu filho ou assim e ela comia mais doces do que eu e coisa, depois dava mais insulina mais não sei quê, fazia muitas comidas, muitas coisas assim. (...) Eu, às vezes, dizia assim "Eu acho que ela que abusa." Mas ela é maior e vacinada ela é que sabe da vida dela. E depois acabou por morrer com um edema agudo do pulmão. Mas pronto é assim. (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)

Há pessoas que ... por exemplo, o meu colega, ele fuma muito e o médico já disse para ele deixar de fumar, ele tem muitos problemas. Ele andou semanas sem fumar! Conseguiu. Depois viu outro senhor a fumar ao pé dele e ele teve de voltar a fumar! Isso para mim é um problema na cabeça! (...). Isso para mim é mais uma mania! (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)

A moderação é vista como uma virtude. Deste modo, estas doenças (hipertensão, diabetes) são olhadas como um problema de comportamento, de atitude, e que depois se “apanham” no corpo.

Eu, por exemplo, tenho a diabetes, mas não sei como apareceu, sem saber porquê. Talvez abusasse muito nos doces quando era, quando era mais novo. Que eu era muito guloso, comia muito doce. Talvez isto também desse origem a isso. Apareceu-me a diabetes. E agora foi uma doença que se instalou, que se instalou e não se pode tirar! (...)

Porque ele por enquanto acelera sozinho e de vez em quando abafa-se. Porquê? É algum problema, alguma coisa a brincar com o nosso organismo, não é? É o nosso organismo que faz isso. É uma doença que está cá instalada que provoca isso. Acelera o coração, passa a bater tum, tum, tum altera a tensão. Outras vezes, esse vírus mete-se no coração e "pxité acalma-te aí um bocadinho!" E ele começa devagarinho, devagarinho. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)

Não cometer excessos parece ser a máxima ou a orientação que se deve seguir em termos de práticas e de vida. Mas os excessos ocasionais não são vistos como maus em si mesmos. Por vezes o que sabe bem na vida tem de ser aproveitado mesmo sendo menos bom para a saúde. Outros estudos na população em geral corroboram esta ideia da moderação versus excessos ocasionais como sendo uma regra aprovada por todos (Backett, 1992; Silva, 2008). O “saudável médico” por vezes também tem de ser quebrado em prol das sociabilidades, das festas, dos pequenos prazeres, desde que seja tudo feito com equilíbrio.

Há vários fatores. Por exemplo se a pessoa apanhar a carraspana de um dia para o outro! Beber uns copos durante a noite, de manhã o problema está lá! A má boca. A má boca é o quê? É o muito e o errado! São as duas coisas juntas (risos). O errado são as coisas com muito sal (pausa). E o muito é a gente comer demais. Por exemplo, eu vou a casamentos eu como de tudo, mesmo que não goste! Ponho um bocadinho no prato e come-se de tudo e não se empanturra. Porque a gente quer num casamento quer num convívio ou assim, é a gente estar, saber estar e não estar contrafeito. (António, 66 anos, 1º Ciclo)

O equilíbrio quer-se não apenas na saúde como na vida em geral e na própria personalidade do indivíduo. A ideia do excesso ou exagero como causa de doença estende-se ao trabalho e ao stress.

É o stress! O stress mata muito. Mata a pessoa. A pessoa tem que manter a vida normalizada, se conseguir evitar o stress das coisas, evitar as confusões, evitar muita coisa para a gente não se enervar, para a gente ficar estabilizado. Uma pessoa não se quer muito calma, nem muito ativa. Quer-se no normal. (...) A vida não é fácil para toda a gente, não é? (...) O stress da vida. Portanto são estas coisas todas que fazem a hipertensão desnormalizar. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)

Os julgamentos sociais e morais que hoje parecem sobrepor-se aos comportamentos de saúde são em parte atribuídos às ideologias da responsabilidade individual e de autocuidados prevalecente na educação para a saúde. As pressões morais e mesmo comerciais integram a noção da saúde à de estilos de vida e comportamentos. A avaliação moral e os julgamentos sobre bons e maus comportamentos imputam um sentimento de culpa e/ou mesmo vergonha por comportamentos não saudáveis. Admite-se que, desde que a saúde é em parte uma conquista, torna-se um dever pessoal e uma obrigação social zelar por ela.

Se eu tiver aqui uma coisa que diga assim: “Olha, se tu comeres isto vais à vida, morres.” Então vou comer? Então se um maço de tabaco diz: o tabaco mata. E ele está a fumar? Eh pá, espere aí, ou é maluco, ou não sei, ou pratica qualquer coisa, não é? Só se for um gajo doido, não é? Então, faz e acabou. Porque é que há aí pessoas que têm diabetes, não é? Eu sei. Por exemplo, lá está na minha zona, está lá um indivíduo que tem diabetes, os diabetes dele na casa dos 190, 200 e diz que ele come normal! Ele é que diz os valores são o normal. Eu assim: “Oh Matias, tu és maluco, ou quê pá?” Há lá outro indivíduo que a insulina, toma insulina. Sabe qual é? A primeira insulina é de manhã. Sabe qual é a de tarde? É bebedeira. Não, não... Eu não sei explicar, eles também não sabem, por isso, mas isso a vida é deles, a mim não me interessa. (Manuel Augusto, 79 anos, 1º ciclo)

A análise dos discursos mostra como a alimentação é uma prática social em que se espelham a cultura e a organização da sociedade. Alimentar-se é não só comer mas integrar um grupo que comunica representações sobre o ato de comer, ou seja, partilha cultura. O que torna “saudáveis” ou pelo menos “inofensivos” os alimentos que se consomem em casa liga-se com o nível simbólico (Bourdieu, 2006).

Também através dos discursos dos hipertensos, observamos, tal como Luísa Silva (2008), que a representação social da alimentação integra o conhecimento das normas nutricionais de estilo alimentar saudável. Mas a apropriação que dele se faz é pessoal e subjetiva, adaptada aos hábitos e obediente ao gosto: “o «saudável alimentar» do pensamento leigo é muito distante, nas suas lógicas do «saudável nutricional», desde logo porque, fazendo da alimentação um ato social, inscreve-a numa lógica subjetiva imbuída de simbolismos que integram outros valores para além do da saúde biológica de racionalidade científico-médica que, na(s) prática(s) secundariza” (Silva, 2008, p. 105).

A referência à normatividade como justificação das escolhas racionais aparece profundamente imbrincada na subjetividade, com a racionalidade leiga a modificar os significados das normas por forma a adequá-las aos contextos de vida. A agência individual reconhece dispor de um espaço de jogo onde pode fazer escolhas mas percecionam-nas como resultado de um esforço da vontade contra as tendências estruturais da organização, do trabalho e do consumo.

4. Concluindo com o sublinhar da importância das representações sociais sobre um estilo de vida saudável

Todas as ideias expressas sobre o que se entende por “uma vida normal”, “ter cuidado” ou moderação, bem como quais os alimentos bons e quais os “perigosos”, remetem para o universos das representações sociais das pessoas com hipertensão. Como refere José Resende (2003, p. 144), “as representações não devem ser consideradas como categoria analítica inseparável dos juízos humanos formulados sobre o seu mundo e o mundo dos outros”. Tal como Resende, usamos o conceito de representações sociais no sentido da proposta de Denise Jodelet (1997), que o define “como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, detendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet citada por Resende: 2003, p. 152).

As representações constituem formas de conhecimento, formas de sentido que resultam das relações que os atores estabelecem com os seus objetos e com os outros atores. Sendo formas cognitivas constitutivas de práticas significativas para os atores que as partilham, o seu significado atribuí determinado sentido à realidade, que não é concebida como uma realidade meramente existencial mas como uma realidade *reproduzida* de acordo com as relações contextualizadas historicamente (Resende, 2003). Este aspeto sublinha-se a ligação das representações sociais às práticas contextualizadas e às “crenças”, como forma de adesão e participação em realidades determinadas.

Como saberes práticos as representações sociais apresentam múltiplas funções: “são saberes socialmente engendrados com funcionalidades práticas diversas na interpretação e no controlo da realidade. Elas constituem referências explicativas, comunicacionais e operatórias” (Almeida citado por Resende, 2003: 155).

Entre as suas funções, sistematizadas por Jorge Vala (1996), destacamos a organização significativa do real e a relacionada com o comportamento. As representações sociais propiciam a atribuição de sentido aos objetos e acontecimentos sociais, o que está em forte conexão com o facto de “elas constituírem um sistema de interpretação, no quadro do qual o meio envolvente se torna não estranho e coerente” (Vala citado por Resende, 2003: 156). As funções sociais relacionam-se com o comportamento porque constituem “uma orientação para a ação na medida em que modelam e constituem os elementos do contexto em que um comportamento terá lugar” (Ibidem).

Ao longo das entrevistas as pessoas revelam esta atribuição de sentidos sobre os diversos assuntos, a doença, os alimentos, o que faz bem ou mal à saúde, no quadro de uma interpretação coerente e justificadora das ações práticas envolvidas, criando-se assim a ideia de lógica como sendo um modo próprio, um *estilo* próprio de significação e ação imbuído de sentido prático.

A análise das narrativas da experiência de doença das pessoas com hipertensão mostra como, confrontadas com a experiência vivida da doença, as pessoas constroem as suas próprias interpretações e ações de forma plural, heterogénea e sempre por referência a contextos materiais e culturais ou simbólicos diferenciados de outros, nomeadamente dos da racionalidade económica-instrumental e dos da biomedicina.

A análise dos discursos dos doentes ilustra como a alimentação é uma prática social em que se espelha a cultura e a organização da sociedade e como o gosto se constrói por relação com o grupo mas se recria pela ação dos sujeitos, se essa for a sua prática. Os hipertensos reconhecem a possibilidade de fazer escolhas, quer ao nível da alimentação quer da prática de desporto, mas percebem-nas como resultado de um esforço da vontade contra as tendências estruturais da organização do trabalho e do consumo e, conseqüentemente, difíceis de levar à prática.

As escolhas não são sempre produto de decisões conscientes (e, sobretudo, são condicionadas pela verdadeira possibilidade de escolha) e as ações quotidianas regem-se sobretudo pelos hábitos das rotinas

instaladas. Hábitos, recursos, fatores matérias e experiências acumuladas, condicionam o que fazemos (Bauman & May, 2001).

A avaliação do corpo como tarefa a cumprir, que requer atenção diária, para o qual há propósitos definidos (em termos de peso, de valores de tensão arterial, glicémia, colesterol, boa forma física) é para alguns hipertensos um propósito voltado ao falhanço desde o princípio, uma obrigação que não querem nem vêem como podendo cumprir considerando sobretudo a atribuição dos problemas do corpo ao envelhecimento. Há um sentimento de perda e resignação face ao processo de envelhecimento e diminuição das capacidades físicas. Podemos dizer que muitos hipertensos rejeitam a apreensão que a nossa relação moderna com o corpo nos traz, o que se revela contrário àquilo que a clínica lhes pede e que é precisamente a autovigilância preventiva e permanente e a não “contaminação” pelos consumos.

A adoção de um estilo de vida saudável assume esta centralidade sobre o corpo, individualizando e internalizando normas médicas e sociais, e neste aspeto coloca-se no corpo o peso da ansiedade. Porém, o corpo é também lugar de prazer, de que a fruição de comidas e bebidas é parte importante. Alguns hipertensos revelam uma disposição mais “presente centrada” em que a preocupação com a cultura do corpo, enquanto medida higienista de saúde, é secundarizada.

Referências bibliográficas

- Andrade, P. (1991). A taberna mediática. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 265-286.
- Andreassen, H. K., & Trondsen, M. (2010). The Empowered Patient and the Sociologist. *Social Theory & Health*, 8(3), 280–287.
- Backett, K. (1992). Taboos and excesses: lay health moralities in middle class families. *Sociology of Health and Illness*, 14, 255-274.
- Bauman, Z., & May, T. (2001). *Thinking sociologically*. Malden: Blackwell Publishing, 2nd ed.
- Bourdieu, P. (2006 [1979]). *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Ed. Zouk.
- Burton-Jeangros, C. (2004). *Cultures familiales du risque*. Paris: Anthropos.
- Elias, N. (1989). *O processo civilizacional: investigações sociogenéticas e psicogenéticas*. Lisboa: D. Quixote.
- Hennion, A. (2005). “Pragmatics of taste” In M. Jacobs, N. Hanrahan (Eds.). *The Blackwell companion to the sociology of culture* (pp. 131-144). Oxford: Blackwell. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00193146/document>
- 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.
- Minayo, M. C. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Saúde Colectiva*, 5(1), 7-18.
- Resende, J. M. (2003). *O engrandecimento de uma profissão. Os professores do Ensino Secundário Público no Estado Novo*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ribeiro, S. (2010). *Desigualdades sócio económicas na doença cardiovascular em Portugal*. Lisboa: Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Rogers, A., Hassell, K., & Nicolaas, G. (1999). *Demanding patients? Analysing the use of Primary Care*. Buckingham: Open University Press.
- Silva, L. F. (2008). *Saber prático de saúde. As lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Afrontamento.

Snibbe, A. C., & Markus, H. R. (2005). You can't always get what you want: educational attainment, agency, and choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(4), 703–772.

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.

¹ Para uma discussão sociológica sobre o conceito de *empower patient* consultar Hege K. Andreassen e Marianne Trondsen (2010).