

LUC BOLTANSKI

AS CLASSES SOCIAIS  
E O CORPO

*Tradução de*  
Regina A. Machado

*Organização de texto de*  
Maria Andrea Loyola e  
Regina A. Machado

*Lucas Melo*  
*01/02/2010*  
*Companhia (assinado)*

Prof. Ms. Lucas Melo  
Enfermeiro  
SP 1987340  
NEROC

**graal**

33. Do mesmo modo, a fotografia, que pertence à "esfera do legítimável" mais do que à "esfera de legitimidade com pretensão universal", "é uma ocasião excepcional de se perceber a lógica da estética popular". Cf. P. Bourdieu, *Un art moyen*, op. cit., p.134.

34. Cf. P. Bourdieu, *Un art moyen*, op. cit., p.135, n.30" ... A regra legítima pode não determinar em nada os comportamentos que se situam em sua área de influência, pode mesmo apresentar apenas exceções; nem por isso deixa de definir a modalidade da experiência que acompanha esses comportamentos, e não pode ser pensada e reconhecida, principalmente quando é transgredida, como a regra dos comportamentos culturais quando se pretendem legítimos".

35. Cf. M. Weber, *Le savant et le politique*, edições Plon, Paris, 1959, p.77-9, e *L'éthique protestante e l'esprit du capitalisme*, edições Plon, Paris, 1964, prefácio, p.11-30.

36. A situação dos membros das classes populares face à doença, à medicina e aos médicos não deixa de ter certas analogias com a dos subproletários argelinos face ao universo capitalista. Cf. P. Bourdieu, *Travail et travailleurs en Algérie*, edições Mouton, Paris, 1963.

37. Pode-se dizer, a mesma coisa em relação ao mundo imaginário, para o camponês kabile: cf. P. Bourdieu, *Le désenchantement du monde*, caderno mimeografado do "Centre de Sociologie Européenne", Paris, 1966, p.33-4. "Além do horizonte do presente começa o mundo imaginário, que não pode ser conectado com o universo da experiência e onde, por isso mesmo, reina uma outra lógica. O que pode parecer absurdo ou impossível, se situado no campo da experiência, pode se realizar em outros lugares afastados no espaço e no tempo... Os mesmos critérios não podem ser aplicados conforme se trate de um acontecimento produzido dentro dos horizontes conhecidos ou de um fato sobrevivendo no país das lendas que começa nas próprias fronteiras do mundo conhecido".

## 2

### A relação doente-médico

#### 1. RELAÇÃO DOENTE-MÉDICO E DISTÂNCIA SOCIAL

Como o médico atualmente é ao mesmo tempo o principal agente de difusão dos conhecimentos médicos e aquele que — ao afirmar a legitimidade de seus atos e discursos — limita sua reprodução, a relação que os membros das classes populares mantêm com o universo estranho da doença e da medicina aparece totalmente na relação com o médico, como único representante da ciência legítima que eles podem amiúde frequentar. Habitualmente pouco loquazes quando têm de falar da doença ou de enumerar seus conhecimentos médicos, os membros das classes populares conversam de boa vontade sobre seu médico suas qualidades e defeitos. Discurso prolixo, o discurso sobre o médico não deixa de ser, em geral, um discurso inquieto, hesitante, oscilando, num mesmo indivíduo, entre a afirmação de uma submissão incondicional ao médico e a enumeração das queixas que nutrem a seu respeito. A ansiedade dos membros das classes populares em relação ao médico provém, em primeiro lugar, do fato de não possuírem nenhum critério objetivo que lhes permita apreciar as qualidades profissionais do médico; nisso diferem dos membros das classes superiores, que podem procurar os conselhos dos médicos detentores de autoridade entre seus pares, esforçando-se por escolher, baseados em seus títulos e reputação, aqueles que ocupam o centro do campo médico. Isto porque a escolha do médico difere consideravelmente conforme a classe social do doente. Deliberada nas classes superiores, essa escolha é feita em

geral, nas classes populares, "ao acaso", ou seja, em função de critérios independentes de quem escolhe,<sup>1</sup> e dos quais o mais importante é sem dúvida a distância geográfica.

Como não possuem os critérios específicos que lhes permitiriam medir a competência profissional do médico, os membros das classes populares só podem avaliá-los em função daqueles critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a "amabilidade", a "boa vontade", a "complacência".

Assim, os membros das classes populares são os mais numerosos a mencionar, entre as mais importantes qualidades do médico, o "devotamento" (mencionado por 59% dos agricultores, 53% dos operários, 39% apenas de executivos e membros das profissões liberais) e o "tempo consagrado ao doente" (mencionado por 17% dos operários contra 7% apenas dos executivos e membros das profissões liberais). Inversamente, os membros das classes populares são os que atribuem menos importância às qualidades específicas do médico, e principalmente à "exatidão do diagnóstico" (mencionado por 85% de técnicos e assalariados e membros das profissões liberais contra 54% dos operários e 59% dos agricultores) (2-1).<sup>2</sup> "Estou muito satisfeita com nosso médico: é jovem, simpático e gasta bem uns trinta segundos para ser amável com a gente" (Paris, mulher de contínuo, 28 anos). "Nosso médico é amável. É quase um amigo da família. Tem gente que não gosta dele, que o acha apressado, que ele vai muito depressa nas visitas às casas; aqui, ele às vezes relaxa, acontece dele sentar para conversar". (Paris, mulher de aprendiz de açougueiro, 35 anos).

Se os doentes das classes populares são particularmente sensíveis aos "modos" dos médicos e prontos a reparar em todas as nuances de sua atitude em relação a eles, de sua "familiaridade", ou "amabilidade" ao "orgulho", ou "arrogância", talvez seja também porque têm uma aguda consciência da distância social que os separa do médico, e porque estão em situação de saber, ou pelo menos de pressentir, que a relação doente-médico é uma relação de classe e que o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente.

"Fizemos uma pergunta ao médico sobre a intimidade do casal. Ele desviou a conversa. Tínhamos a impressão que não estava à vontade conosco para falar disso. Ele deve falar disso com pessoas de outra classe, mas não conosco. Uma vez, estávamos no consultório esperando e eu vi que ele

falava livremente com alguns outros clientes". (Paris, mulher de operário, 30 anos).

Na maior parte dos casos, o médico é imediatamente percebido pelos membros das classes populares como o representante de um universo estranho, como um membro dessa vasta "maçonaria": "os outros". Isso porque, para os membros das classes populares, o universo social divide-se essencialmente, como mostrou R. Hoggart, em dois grupos — "nós" e "os outros". "Os outros", são todos aqueles, patrões, professores, comissários de polícia, médicos que, membros dos clãs superiores (ou das classes médias), têm contatos relativamente frequentes com as classes populares e são, junto a estes, os representantes da legalidade, os guardiões da ordem social.<sup>3</sup> Como os "outros" são os membros e os representantes de um grupo estranho, como suas exigências, atos e motivos que os movem permanecem em geral misteriosos ou incompreensíveis, os membros das classes populares atribuem-lhes facilmente uma disposição hostil ou, pelo menos, manipuladora. Sabe-se, com efeito, que "os outros" possuem conhecimentos, meios materiais e direitos que lhes conferem extensos poderes, e dão-lhes a possibilidade de manipulação ou então, necessariamente, a vontade de manipular. Mas como a relação de força é aqui desafiado desigual e para desmascarar tal manipulação ou evitá-la seria preciso possuir poderes equivalentes aos do manipulador, os membros das classes populares não têm outros recursos para se defender e se assegurar senão a desconfiança e a caçoada, o mau humor e a suspeita. Essa desconfiança exprime-se particularmente em relação ao preço pedido pelo médico. Contrariamente aos serviços do eletricitista, do garagista ou do bombeiro, cujos custos os operários podem avaliar, comparando-os ao preço pago por seu próprio trabalho, os serviços médicos são difíceis de serem apreendidos. Realmente, como saber se a importância pedida corresponde ao serviço prestado, ou se o serviço prestado está na medida das necessidades do doente?<sup>4</sup> Dessa maneira, os membros das classes populares têm muitas vezes o sentimento de que o preço do serviço médico é estabelecido de maneira totalmente arbitrária, o médico definindo o total de seus honorários segundo sua vontade ou humor do momento e, mais diretamente, "pela cara do cliente".

"... Tudo isso depende dos médicos. O que eles fazem nem sempre é útil. Por exemplo, um médico que trabalha em convênio, vai cobrar três mil, um outro que trabalha diferente, vai pedir seis mil pela mesma coisa. Quando

não existe convênio, eles pedem o preço que querem. Deveriam ser mais modestos. Alguns pedem cinco mil, seis mil, oito mil francos (francos antigos). Isso tudo pela cara do cliente. Uma locatária daqui foi a uma médica, havia uma condessa antes dela, a quem cobraram seis mil; a ela quatro mil francos. Nem mesmo o médico se lembrava mais, e perguntou "quanto eu lhe cobrei da última vez?" Existem médicos que por uma doença banal fazem a gente voltar três ou quatro vezes para nada. Para voltar ao trabalho, eles cobram. As vezes a gente tem medo quando está nas mãos deles, é uma catástrofe". (Paris, mulher de operário, 35 anos).

Do mesmo modo, para os membros das classes populares não existe nenhum outro meio de saber se os medicamentos caros prescritos pelo médico são todos necessários ao restabelecimento da saúde, se o médico não os prescreveu de propósito, ou por indiferença, ou porque recebe uma espécie de "comissão" ou porcentagem sobre sua venda.<sup>5</sup>

"O médico em que eu estava tinha dado menos remédios. Esse agora, às vezes tenho que gastar vinte mil francos! É um exagero. Talvez ele tenha uma porcentagem". (Vervins, mulher de operário, 42 anos, 1 filho).

"Os médicos deveriam dar um remédio para curar, sem ficar sempre dando remédios assim. Eles alongam a visita, isso os faz ganhar mais". (Vervins, mulher de operário, 42 anos, 1 filho).

## 2. RELAÇÃO DOENTE - MÉDICO E COMUNICAÇÃO

Porém o que os doentes das classes populares reprovam essencialmente ao médico é "não ser franco", "não dizer direito o que a gente tem", não mostrar "tudo o que está pensando", e o mutismo do médico só pode reforçar a ansiedade dos membros das classes populares face à doença e sua desconfiança desse juiz cujo veredicto se ignora.

"Quando dá um medicamento, o médico nunca dá explicações. Dá o remédio e pronto: tome isto e volte depois de amanhã". Nunca diz porque a gente está doente. É o jeito dele. Eu gostaria que ele explicasse mais claramente. Mas a gente não é mesmo capaz de compreender mais do que isso. Estamos acostumados a eles não dizerem mais nada. (Mulher de cultivador, Fontaine-les-Vervins, 38 anos); "o médico não é tagarela. Faz as perguntas, quer saber, mas eu não tenho coragem de lhe fazer muitas perguntas. Ele não

gosta muito que lhe façam perguntas. Tira a pressão e diz "a senhora está com "treze", mas não gosta que lhe façam perguntas. "A senhora precisa se cuidar, dizem eles, não tem que ficar perguntando o que tem". A gente tem que se deixar guiar por eles, ter confiança, e só. Toma-se tal remédio sem saber se é para essa ou aquela coisa" (Vervins, mulher de operário, 37 anos). Poder-se-ia acumular os exemplos desse tipo; essas respostas aparecem na maioria das entrevistas feitas entre as classes populares. Esses resultados são corroborados pela pesquisa do IROP "Les français et leur médecin". Essa pesquisa mostra que a proporção daqueles que declaram que o "médico não lhes dá bastante explicações" aumenta em alta proporção quando se passa das classes superiores às classes populares (2-2).<sup>6</sup>

Se, aparentemente, ainda hoje os membros das classes baixas temem a hospitalização para eles mesmos mas talvez ainda mais para seus próximos, é porque a instituição hospitalar, que coloca um grande número de intermediários entre o médico, personagem considerado intocável e invisível, e o doente ou sua família, e que limita e regulamenta os contatos entre o doente e seus médicos, as famílias e o doente, aumenta a solidão e a ansiedade dos membros das classes baixas frente à doença e à medicina.<sup>7</sup>

Seria convincente escutar essa mulher de operário falar da doença de seu marido: "e aí meu marido quase morreu e levaram-no para o hospital de L'Ille. Lá, em L'Ille, no hospital, também não me diziam nada. Só que "é um caso grave", "é um caso que tem que ser acompanhado" e como usavam palavras que a gente não conhecia! Uma vez vi o Professor. Ele disse: "É muito grave!" Depois disso tentei revê-lo, mas sabe, são professores. Sempre ocupados. Não pude lhe perguntar nada. Cruzei com ele no corredor, havia outras pessoas escutando, ele nada disse diante delas. Mesmo ao meu marido ele não disse nada. Não o punha a par de nada... O médico daqui é a mesma coisa, não diz muito. E depois, não se compreende tudo. Compreende-se apenas que o coração está cansado. Eu lhe faço perguntas e ele só responde: "Seu marido é um pobre infeliz!", mas para dizer o que está acontecendo realmente!" (Vervins, mulher de operário, 26 anos).

É em primeiro lugar uma barreira linguística que separa o médico do doente das classes populares, pois a utilização pelo médico de um vocabulário especializado redobra a distância linguística, devida ao mesmo tempo a diferenças lexicológicas e sintáticas, que separam a língua das classes cultas da língua das classes populares.<sup>8</sup>

A pesquisa do IFOP, já mencionada, revela que a proporção dos que acham que o médico tem tendência a empregar "palavras incompreensíveis" decresce regularmente quando se passa dos agricultores (49%) para os operários (47%), para os assalariados do terciário (36%), para os técnicos e dirigentes assalariados e membros das profissões liberais (23%) (2-3).<sup>9</sup>

Porém, não basta mostrar que o médico e o doente das classes populares não falam a mesma língua.<sup>10</sup> As explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social do paciente; os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam "bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado". Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior à sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados.

Assim, um certo número de médicos (20%), alcançados por uma pesquisa sobre a informação médica do público, realizada em Bordeaux entre 80 clínicos, declaram "só dar informações contra a vontade" e "preferir uma confiança quase cega" ou "só informar aqueles que julgam capazes de compreender sem deformação", ou seja, em primeiro lugar os membros das classes superiores. Efetivamente, dizem vários deles, "seria preciso que os doentes tivessem pelo menos o nível ginásial para compreender o que lhes explicamos".<sup>11</sup>

A atitude autoritária do médico frente aos membros das classes populares, sua reserva em fornecer-lhes aquela informação mínima, a única que lhes permitiria dar um sentido aos atos e às misteriosas prescrições do médico, nunca aparece tão claramente quanto no exercício da medicina preventiva "medicina da saúde", que exige, no entanto, para se completar totalmente, uma estreita colaboração entre o médico, encarregado de difundir as regras de higiene e aqueles que devem pô-las em prática.<sup>12</sup> Assim, por exemplo, nas clínicas de lactentes freqüentadas essencialmente por membros das classes populares, aquilo que deveria ser transmitido em prioridade, ou seja, as razões e os conhecimentos que fundamentam e dão sentido às regras de criação ordenadas pelo médico, fica sempre implícito, enquanto o médico age como se a mãe fosse iniciada na lógica da

higiene pasteuriana, ao pedir-lhe que ferva a mamadeira antes de cada refeição. E mais ainda, se por acaso o médico encontra e percebe resistências por parte da mãe, nunca é através de uma explicação do que constitui o princípio de eficiência do remédio prescrito ou da regra enunciada que ele procura eliminar essas objeções, mas através do enunciado das sanções que decorrerão automaticamente da desobediência, pela enumeração das conseqüências, que não faltarão sobre a saúde da criança em conseqüência da transgressão da norma: "A senhora lhe dará sem falta essas vitaminas, senão ele terá pernas fracas".

A observação de 30 consultas com uma duração de cinco a vinte minutos cada, realizadas em julho de 1967 no subúrbio parisiense, freqüentadas quase que exclusivamente por mulheres de trabalhadores braçais e de operários, mostra que 3/4 das coisas ditas, foram-no pelos médico, autor de 73% das palavras pronunciadas durante o diálogo com a mãe. Em 47% dos casos, os enunciados emitidos pelos médicos são perguntas dirigidas à mãe, em 27% dos casos, conselhos ou ordens, em 23% dos casos, constatações sobre o estado de saúde do bebê, tais como "ele é bonito", "ele fica de pé", "ele tem quatro dentes" etc. ... em 30% dos casos apenas, respostas às questões da mãe. Em 75% dos casos, os enunciados emitidos pela mãe são respostas às perguntas do médico, dos quais a metade mais ou menos são um "sim" ou um "não", e apenas em 500 dos casos, perguntas dirigidas ao médico a fim de obter ou um suplemento de informação ou a prescrição de um remédio especial.

Como se vê no exemplo acima, a vontade de proceder à "educação sanitária do público", ou seja, em última análise, de produzir usuários racionais e conformes com a medicina moderna e a recusa em transmitir ao público os princípios médicos que fundamentam e subentendem as ordens e as prescrições do médico, não são incompatíveis, pois a educação sanitária pode também ser feita de maneira puramente autoritária e, economizando um desvio pelos princípios, contentar-se em ir do particular ao particular ou da culpa à sanção.<sup>13</sup> Se as reticências em fornecer ao doente informações propriamente médicas mantêm-se mesmo quando se está pretendendo lutar contra "os preconceitos e a ignorância do público", e se a ideologia que exalta a educação sanitária combina muito bem com a que desaprova a "divulgação" e que vê no gosto pela divulgação médica o resultado de "uma atração nociva e perigosa", isso acontece em primeiro lugar porque o poder médico, para se exercer plenamente, precisa de um doente educado, mas que nem por isso deixa de se conformar e, uma vez

informado, permanece tão modesto, tão ingênuo, tão confiante na presença do médico quanto o era na sua total ignorância. Enfim, o poder médico, que da mesma maneira que o poder religioso, sempre teme ver uma autoridade concorrente levantar-se contra ele, só pode ser plenamente exercido fazendo de seus sacerdotes os detentores de segredos inacessíveis aos profanos.<sup>14</sup>

É exatamente a linguagem religiosa da profanação que os médicos utilizam para falar da divulgação médica; "Nada pior do que a meia-instrução; — declara um cirurgião — em vez de aprender pouco e bem, aprende-se muito e mal. Em vez de limitar-se a noções de higiene geral, elementar e moral, em vez de aprender as conseqüências desastrosas do álcool, do fumo, chega-se até a produzir na televisão, operações *up to date* do coração, das quais ninguém pode nem deve compreender nada, *procurando com isso fazer a massa penetrar até o último recinto do templo*, onde a maioria dos médicos não é sequer admitida; "o progresso da informação e a divulgação dos conhecimentos em geral — declara um clínico de bairro — tirou da medicina seu caráter um pouco extraordinário, *taumatúrgico*. Publicando suas técnicas e segredos, ela foi despojada de muito de seu prestígio, e isso, paradoxalmente, no momento em que começa a ter meios instrumentais, químicos e biológicos potentes.<sup>15</sup> A enquete realizada em Bordéus sobre as atitudes dos médicos face à informação médica do público, já citada, mostra que 50% dos médicos interrogados "são claramente hostis a qualquer idéia de informação *a priori* do público, e que 15% só a aceitam com muita reserva...". "Para muitos — escrevem os autores da pesquisa — essa informação representa um constrangimento no exercício de sua profissão. Uma vez em duas, declaram eles, os doentes não sabem nada e acham que sabem tudo. Eles nos fazem perguntas impossíveis. A objeção básica, acrescentam os autores, parece-nos estar ligada à deterioração da confiança, que seria causada por essa informação de massa".<sup>16</sup>

### 3. AS CATEGORIAS DA PERCEPÇÃO MÉDICA

Longe de ser uma simples relação "de homem para homem" ou, como quer a ideologia médica — que ensina a ver no doente apenas um ser absorto e indiferenciado, sem levar em consideração, por exemplo, sua classe social ou sua religião — "o encontro de uma consciência e de uma confiança",<sup>17</sup> ou ainda, como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação

entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também sempre uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente.<sup>18</sup>

Mas, como a confissão de uma modificação no comportamento do médico conforme a classe social do doente viria contradizer os princípios de uma ética médica de inspiração evangélica, para a qual os doentes, despojados de seus atributos sociais desde o instante em que tiram suas roupas, são, nessa nudez, todos iguais perante o médico; mas igualmente talvez porque o tipo de formação que receberam e a ideologia que é a sua, os predis põem a manifestarem mais interesse pelas diferenças psicológicas do que pelas diferenças sociais, os médicos pretendem adaptar suas atitudes não às características sociais de seus doentes, mas ao "caráter" particular de cada um deles ou, se preferirmos, à sua "natureza".<sup>19</sup> Tudo se passa no entanto como se a percepção que tem o médico do doente, longe de ser imediata e espontânea, fosse uma percepção seletiva e organizada, que se operasse através de um número limitado de categorias que o jovem médico adquire durante sua formação e seus primeiros anos de exercício da profissão<sup>20</sup> e que lhe permite catalogar os doentes dentro de um número restrito de tipos psicológicos.

Assim, um "Trécis de clinique séméiologique" muito utilizado, o do doutor Gaston Lyon, ensina ao jovem médico o processo segundo o qual deve desenrolar-se a consulta médica, e a atitude que deve adotar em relação ao doente. Fornece além disso ao aprendiz de médico uma espécie de inventário dos "tipos de doentes" e ensina quais sinais o ajudarão a reconhecer o "psicopata", o "doente desprovido de inteligência que não entende as perguntas mais claras", e o "doente demasiado inteligente que interpreta o que diz o médico".<sup>21</sup>

Como a percepção que o médico tem do doente opera-se naturalmente através de tais categorias, sua experiência cotidiana não apenas nunca desmente a legitimidade da tipologia que recebeu durante a educação médica e que herdou de seus antecessores, mas ainda a reforça, exemplificando-a.<sup>22</sup>

Do mesmo modo, os contatos profissionais ou amigáveis com colegas formados na mesma escola vêm perpetuamente reativar as representações que o médico tem do doente ou dos doentes típicos, e as justificam. Tudo parece indicar que essa tipologia psicológica largamente difundida entre o corpo médico recobre, parcialmente pelo menos, uma tipologia social que

jamais é explicitamente definida como tal. Assim, por exemplo, o doente que se descreve como "desprovido de inteligência e que não compreende as questões mais evidentes" tem todas as chances de pertencer às classes populares, enquanto que o "psicopata", ou seja, aquele que está atento às mensagens do corpo e lhes presta uma atenção apaixonada, e o doente "que interpreta o que diz o médico", ou seja, aquele que possui elementos esparsos de conhecimentos médicos e que se interessa pela "divulgação médica", encontram-se essencialmente nas classes médias. O primeiro não merece, e facilmente concordaria com isso, explicações que "não compreenderia e que nem sequer deseja obter", quanto ao segundo, "não se pode, sem perigo, fornecer-lhe uma informação médica que alimentaria sua mania ou reforçaria sua pretensão".<sup>23</sup>

Assim, não convém negligenciar a importância da interrogação do doente, que preludia a consulta médica. Se sua utilidade para a formação do diagnóstico é hoje, com o desenvolvimento dos exames de laboratório, menos importante do que foi nos grandes momentos da clínica médica,<sup>24</sup> sua função social, permanece no entanto total, e justifica a importância que lhe atribuem os médicos. Efetivamente, se a maior parte dos médicos, apressados e cortantes quando se trata de se dobrar às fantasias dos doentes, respondendo às suas perguntas, declara que se deve interrogar cuidadosamente o doente no início da consulta e deixá-lo falar livremente, mesmo se suas palavras não trouxerem informações diretas sobre a doença, isso se dá, pelo menos em parte, porque o interrogatório do médico e a "entrevista dirigida"<sup>25</sup> a que submete o doente, fornecem-lhe as informações indispensáveis para definir o "tipo psicológico", ou seja, social, a que pertence o doente. A ficha que o médico constitui sobre o doente, na qual estão consignados seus "antecedentes" e que ele completa a cada nova visita, ou a carta que habitualmente acompanha o doente de um médico a outro, representam, *mutatis mutandis*, um papel idêntico ao do interrogatório, fornecendo toda uma série de informações selecionadas, que orientam a percepção que o médico tem do doente e que, reunindo-se como as peças de um quebra-cabeça, traçam uma imagem social do doente, conforme as expectativas do médico.

#### 4. AS ESTRATÉGIAS DO MÉDICO

É em função dessa imagem social que o médico definirá sua estratégia frente ao doente, as diversas estratégias possíveis visando, habitual-

mente, mas em graus diferentes segundo a classe social do doente, a fazê-lo reconhecer a autoridade do médico e aceitar sua vontade todo-poderosa, desapropriando-o de sua doença e até mesmo, de certo modo, de seu corpo e sensações.

Assim, ao doente "desprovido de inteligência e que não sabe se expressar" sugerem-se sensações sintomáticas, empregando-se em geral os termos usados nas classes baixas quando falam de seus males.

O médico conhece a linguagem das sensações empregada pelos membros das classes baixas, que difere daquela das classes superiores e, a priori, da linguagem médica. Como declara um clínico parisiense: "Eles exprimem muito mal seus sintomas, mas todos da mesma maneira, então dá para entender. Têm um modo errado, mas normal, de expressar o que sentem". O médico pode então sugerir ao doente pouco falante, as sensações que normalmente deveriam ser as suas. Assim, examinando uma mulher das classes populares que tem dificuldade em expressar suas sensações e que se queixa de "dores na barriga", o médico atingido pela pesquisa e que nos admitiu na consulta, pergunta: "está queimando, coçando, o que é que a senhora está sentindo?", "está coçando", respondeu a mulher. A uma outra doente, também pertencente às classes baixas, serão também sugeridas sensações de "coceira", ou de "bolo", no estômago.

Quando o doente foi classificado pelo médico na categoria dos "psicopatas", ou apenas dos "doentes que prestam demasiada atenção a si próprios", a estratégia utilizada pelo médico será inversa à que fora no caso precedente, recusando-se ao doente o direito de sentir as sensações moribundas que descreve, seja ridicularizando-as, seja, mais simplesmente, negando sua existência, podendo a chamada à ordem ir desde a simples repreensão, se o doente aceita não mais prestar tanta atenção a si próprio ou, pelo menos, não mais ir comunicar ao médico tudo o que "ouveu dizer", até a transferência do doente para um psiquiatra se se obstina em sentir o que sente.

A técnica utilizada pelo médico para reduzir ao silêncio o doente que "presta demasiada atenção a si próprio" consiste geralmente em suspeitar sistematicamente da legitimidade de suas afirmações. Ver-se-á bem isso lendo os dois diálogos abaixo:

## 1

MÉDICO: Como vai a senhora?

DOENTE: (trata-se de uma mulher de 72 anos, aposentada, que tinha uma loja de roupa de baixo e que, segundo o médico, é "uma doente funcional, enviada pelo médico psico-somático"). Eu ia muito bem, mas há três semanas tive uma crise de dores aqui (mostra a barriga). Veio de repente. Uma dor vaga no começo, que aumenta e me provoca enjões e vômitos, muitas vezes seguidos de um desarranjo intestinal.

MÉDICO: O que é que a senhora tinha comido na véspera? Algum prato pesado?

DOENTE: Não, veio sem razão.

MÉDICO: e a senhora estava preocupada naquele momento?

DOENTE: não.

MÉDICO: e agora, como está se sentindo?

DOENTE: depois de comer me sinto melhor, e às 5 horas começam o mal-estar, as náuseas, os soluços. O médico que eu fui ver pensou em uma úlcera.

MÉDICO: (após ter examinado a doente, com uma voz alta e cortante): Não é verdade!

DOENTE: que eu estou sentindo dor? mas eu estou!

MÉDICO: a senhora está nervosa...

## 2

MÉDICO: (a uma doente de 34 anos, zeladora de um prédio, que diz estar com febre há três semanas). Como sabe que está com febre?

DOENTE: eu nunca tomo a temperatura...

MÉDICO: está vendo, como pode saber que está com febre?

DOENTE: não, eu nunca punha o termômetro antes, mas justamente agora eu estou pondo.

MÉDICO: (depois de ter examinado a doente) não acho nada, acho que a senhora não está com febre.

DOENTE: enfim, doutor, eu medi antes de vir aqui e estava com 38,2°.

MÉDICO: o seu termômetro não está quebrado?

DOENTE: não doutor, eu tenho certeza que ele não está quebrado.

MÉDICO: (após ter preenchido uma receita e pedido um exame). Estou certo que não haverá nada no resultado dos exames e que tudo ficará em ordem, não é preciso ficar muito preocupada.

Enfim, quando o doente, segundo o médico, pertence à categoria dos doentes que "se acham inteligentes e empregam palavras complicadas", qualquer utilização pelo doente de termos tomados à linguagem médica é imediatamente sancionada, o médico lembrando ao doente que é o único com direito de utilizar essa linguagem e que detém o monopólio dos conhecimentos médicos.

"Os piores são aqueles que se crêem inteligentes, que empregam palavras complicadas. São os falsos eruditos os mais ignorantes. Na realidade, são profundamente estúpidos. Vão procurar idéias nas conversas com a vizinha, ou em France-Soir ou no rádio" (clínico, 55 anos, subúrbio parisiense). A fim de reduzir à modéstia e à submissão o doente julgado "pretencioso", o médico exige dele, por exemplo, a definição dos termos empregados, para provar-lhe que está utilizando palavras cujo sentido ignora, ou, melhor ainda, que não têm sentido nenhum, como mostram os diálogos seguintes:

## 1

DOENTE: (trata-se de um empregado de escritório, com 50 anos de idade) sou alérgico aos medicamentos, doutor.

MÉDICO: meu senhor, o que é ser alérgico?

DOENTE: foi o meu médico que disse que eu sou alérgico, doutor.

## 2

DOENTE: (uma mulher de 76 anos, ex-operária numa fábrica de cintas); estou com dor na ponta do fígado, doutor.

MÉDICO: e onde é o seu fígado, minha senhora?

DOENTE: (rindo com um ar embaraçado) não sei.

MÉDICO: como é que a senhora pode dizer que está com dor na ponta do fígado se nem sequer sabe onde fica o fígado!

DOENTE: (tateando a parte direita do ventre, na altura da cintura) sinto dor aqui, doutor, na ponta do fígado.

MÉDICO: (com um tom duto e exasperado) mas o fígado não tem ponta, minha senhora.

Fora estas técnicas específicas de manipulação, o médico geralmente adota em relação ao doente das classes populares ou da faixa inferior das classes médias, toda uma série de atitudes bastante particulares, desde brincadeiras infantilzantes até uma representação de brutalidade que caricaturam e conscientemente se distinguem das atitudes comumente ado-



tadas nos principais tipos de relações individuais em uso na vida cotidiana, e que visam a lembrar ao doente a especificidade da relação doente-médico e a superioridade deste.<sup>26</sup> Assim, por exemplo, os médicos que se põde observar no exercício de suas funções, utilizam várias vozes diferentes durante a consulta médica, conforme se dirigem ao doente, a um outro membro do pessoal médico, enfermeira ou médico presentes à consulta, ou ainda a si próprios. Voz forte e breve, de entonações bem marcadas, para se dirigir ao doente; voz cochichada, confidencial e cheia de nuances, para se dirigir à enfermeira ou ao colega. Os médicos, freqüentemente, com efeito, agem como se o doente, por uma espécie de surdez seletiva, não pudesse ouvir as palavras "cochichadas" em voz alta e inteligível na sua presença, mas que não se destinam diretamente a ele, conforme a tradição teatral que faz com que os atores possam dirigir-se em apartes ao público sem serem ouvidos pelos outros protagonistas da ação.

Além disto, as características propriamente técnicas da relação terapêutica, que a tornam uma relação assimétrica e de dependência, na qual um dos parceiros, o doente, representa efetivamente o papel de objeto, favorece a manipulação moral do doente pelo médico. O doente nu, deitado, imóvel e silencioso é, realmente, objeto das manipulações físicas do médico, que, vestido, de pé e com seus gestos livres, ausculta-o ou apalpa-o, ordena-lhe que sente, que estenda as pernas, pare de respirar ou tussa. Se é verdade que existem normas estritas definindo os limites do direito do médico à manipulação física do doente e o protegem contra toda exploração possível por parte do médico, que não pode transgredir essas normas sem perder totalmente a estima dos doentes e de seus colegas e até ser objeto de sanções penais, não é menos verdade que o médico sempre pode "aproveitar-se da situação" e, passando da manipulação física à manipulação moral, aumentar no doente, por meio de técnicas sutis, o sentimento de dependência e de sugestão.

Nota-se isto mais exatamente estudando as atitudes do médico durante um exame difícil para a dignidade do doente, como a retoscopia. A posição do doente, durante esse exame, é na verdade particularmente constrangedora e humilhante: nu até a cintura o doente fica de quatro sobre a mesa de exame, totalmente imóvel e de cabeça baixa. O médico, durante tal exame, pode se mostrar especialmente discreto, ou então, como às vezes acontece, aumentar o constrangimento do doente através de reflexões ou brincadeiras tais como: "tire a calcinha, não posso fazer um furo nela", ou "vamos, minha senhora, na pista!".

Mais sutilmente, o médico pode aumentar a tensão própria à tal situação, fingindo ignorá-la totalmente e continuando, por exemplo, durante o exame, com conversas sociais ou brincadeiras com o assistente ou a enfermeira, tais como: "como vai seu marido?... Ah, sim, ele passou no exame! Mas isso tem que ser comemorado!..."

Assim, também, a "personalização" da relação doente-médico que, contrariamente às idéias feitas, é muito mais obra do médico do que do doente e que — trazendo uma mudança brutal de registro e a passagem de uma relação específica de médico a doente, centrada na doença, a uma relação difusa de "pessoa a pessoa", visa essencialmente a "distender" o doente, ou seja, a eliminar suas últimas defesas frente ao médico — esta também constitui freqüentemente uma técnica de manipulação.<sup>27</sup> Efetivamente, na maior parte dos casos é o médico e não, como quer a ideologia médica, o doente, que vem "personalizar" a conversa e introduzir aí aquelas pequenas observações acessórias e inúteis sobre "o tempo", "a poluição sonora" ou "os benefícios do lazer", tirados da tagarelagem cotidiana, através das quais pretende adaptar seu discurso a cada caso e cada indivíduo em particular.

De modo mais geral, tudo se passa como se a idéia, bastante difundida no meio médico (e adotada por certos sociólogos),<sup>28</sup> segundo a qual os doentes procuram transformar a relação puramente profissional do médico e do paciente numa relação pessoal ou personalizada, fosse diversamente verdadeira conforme a classe social do doente.

A pesquisa do IFOP sobre "os franceses e o médico" mostra que a proporção dos que declararam falar de seus problemas pessoais com o médico aumenta sensivelmente com a classe social, passando de 36% para os operários a 48% para os membros das classes superiores (2-4).<sup>29</sup>

Se os doentes das classes populares se sentem pouco inclinados a se confiar ao médico, é em primeiro lugar porque não possuem o equipamento linguístico e, mais particularmente, o vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções que lhes seria necessária para abrir-se ao médico sobre seus problemas e preocupações mais íntimos.<sup>30</sup> É também porque, sem dúvida, obstáculos puramente materiais, como por exemplo, a raridade dos contatos com o médico ou a pouca duração de cada entrevista, impedem o doente das classes populares de personalizar a relação que mantém com aquele. Primeiramente, os membros das classes populares, trabalha-

dores agrícolas e operários, consultam o médico mais raramente do que os das classes superiores. Em segundo lugar, a duração da consulta médica parece diminuir bastante com a classe social do doente.

A pesquisa do CREDOC sobre o consumo médico na França, realizada em 1960-61, mostra que os atos médicos (visitas e consultas) são em número de 1,95 por pessoa e por ano para os trabalhadores agrícolas, 2,41 para os agricultores, 3,48 para os operários, 4,02 para os técnicos e dirigentes assalariados e membros das profissões liberais (1-3).<sup>31</sup> A pesquisa do IFOP sobre os franceses e o médico mostra, por outro lado, que os operários são os que, em maior número, julgam o exame médico muito rápido (2-5).<sup>32</sup>

O "colóquio singular" do médico e do doente<sup>33</sup> reduz-se, assim, na maior parte das vezes, ao monólogo do médico, que, como um pesquisador, dirige e conduz a seu bel-prazer uma conversa aparentemente livre, cujo desenrolar obrigatório vai das perguntas que marcam seu início até às ordens que a terminam.<sup>34</sup>

Frente às estratégias sutis do médico, de cuja existência muitas vezes desconfia sem conhecer a exata natureza ou funcionamento, os membros das classes populares têm poucos recursos. Ser-lhes-ia efetivamente necessário, para elaborar estratégias contrárias, em primeiro lugar, conhecer e reconhecer as estratégias do médico, e, em segundo lugar, possuir senão um conhecimento médico propriamente dito, pelos menos uma autoridade de qualquer, por exemplo, a que é fornecida por um alto nível de educação, propiciando os meios de elaborar um discurso com uma certa força e coerência que pudesse se opor ao discurso médico. Como isso não acontece e não podem fazer um controle racional dos fatos e dos gestos médicos, os doentes das classes populares não têm outros recursos além da dúvida não metódica e a vaga desconfiância daqueles que, face aos especialistas manipuladores, vendedores de carros de segunda-mão, cobradores ou médicos, não querem "se deixar levar" sem conhecer muito bem a natureza e a extensão das manipulações de que são objeto.

À pergunta: "acha que o médico às vezes se engana?", uma operária de 35 anos responde "Sim, mas isso a gente nunca sabe, ele nunca diz o que está havendo no início; não se pode provar-lhe nada, pois ele não diz nada" (Vervins, mulher de operário, 35 anos). É altamente significativo que, ao evocar as manipulações do médico, os membros das classes populares façam uso de uma linguagem judicial: "Minha irmã, o marido dela fez uma desintoxicação

e agora não bebe mais; outro dia ele estava doente, o doutor veio e disse: "ah, sim, o senhor ainda está bebendo". Ah, eu não gosto disso, não se pode obrigar alguém a confessar coisas que não são verdadeiras" (Vervins, mulher de operário, 45 anos, 4 filhos).

## 5. O CURANDEIRO

Compreender-se-á melhor a relação que os membros das classes populares mantêm com o médico estudando suas atitudes em relação a esse concorrente ilegal e clandestino do médico que é o curandeiro. Contrariamente às idéias correntes no meio médico e, em geral, entre "as pessoas esclarecidas", ou seja, essencialmente nas classes superiores e numa parte das classes médias, que vêem na procura do curandeiro o resultado de uma "mentalidade mágica" e de uma atração irracional pelo obscuro e o misterioso, parece que um dos principais méritos que os membros das classes populares reconhecem ao curandeiro reside, principalmente, no fato de que ele explica ao doente a doença de que ele sofre. Além disso, o curandeiro utiliza uma linguagem imediatamente acessível aos membros das classes populares e fornece explicações que contêm representações da doença que despertam alguma coisa no espírito dos membros das classes baixas: as representações da doença que o curandeiro tem, são efetivamente próxima das representações latentes dos membros das classes populares, sendo as diferenças entre umas e outras mais de ordem quantitativa do que qualitativa, caracterizando-se essencialmente as representações do curandeiro pelo seu mais alto nível de elaboração e de verbalização.<sup>35</sup>

Será convincente escutar essa mulher, a quem o curandeiro, ao contrário do médico, forneceu um esquema explicativo da doença: "Existe aqui uma porção de gente que vai ao curandeiro. Nós também. A gente tira o caso e, com uma placa, ele vê todo o interior. Eu tinha ido, por causa de uns órgãos caídos, ele viu sem que eu dissesse. É um dom que ele tem, um dom que existe nele. Para o estômago, ele nos explica o que está fazendo. Enfaixa aqui, põe uma coisa redonda de espuma, enfaixa e levanta o estômago ao mesmo tempo. Três dias depois aperta, e nove dias mais tarde, pronto, está curado. Ele explicou que o estômago é como uma bolsa. Se essa bolsa se dilata, os órgãos saem para fora. Com os órgãos é a mesma coisa. Estão arrumados num compartimento que é o corpo humano. Se a bolsa se alarga, os órgãos caem e a gente tem que ser operada. Ele conhece tudo, aquele homem,

Conhece o corpo todo, como o doutor. Meu marido tinha ido vê-lo por causa de uma coisa no braço, e depois foi ver o doutor; e os dois disseram a mesma coisa. Ele é muito bom; no entanto é um cabeleireiro. Conhece toda a anatomia do corpo, o nome dos ossos, das glândulas no pescoço. Tudo! Conhece nomes que eu não sei dizer, nós somos muito ignorantes. Ao doutor eu não disse que ia ao curandeiro. São assim os comerciantes. Se vêem a gente com compras de outro, ficam com ciúmes (Vervins, mulher de carteiro, 42 anos).

De maneira mais geral, o que, aos olhos das classes populares, confere ao curandeiro o essencial de seu valor é que mesmo sendo um especialista qualificado para identificar e curar a doença, ele é ainda assim um membro das classes populares, de cujo modo de vida e de pensamento ele participa. E, de fato, contrariamente ao médico, o curandeiro pertence à mesma classe que o doente, na maior parte do tempo exerce como ele uma profissão manual, frequenta o mesmo meio social, e é frequentemente recrutado dentro da família ou no círculo de relações. Se os membros das classes populares falam com admiração da ciência do curandeiro, insistindo ao mesmo tempo no caráter inato de sua ciência, não sendo o conhecimento deste, como o do médico, resultante de um aprendizado escolar mas a consequência de um "dom", é porque o curandeiro, sábio que nada aprendeu e que, permanecendo no meio dos ignorantes, iguala ou ultrapassa o médico, faz com isso uma espécie de vingança de classe: fornece a prova de que o médico não é nem infalível nem o único depositário do conhecimento médico, e dá o exemplo de um profano que, por uma espécie de virtude intrínseca ou escolha, tornou-se dono do discurso médico. Assim, as perseguições de que são objeto os curandeiros, são muitas vezes assimiladas pelos membros das classes baixas a uma espécie de perseguição exercida sistematicamente por médicos ciumentos de suas prerrogativas e imbuídos do espírito de casta.<sup>36</sup> Mas, paradoxalmente, dado que a posse de um dom ou de uma graça particular por si só não constitui, em nossa sociedade, uma fonte de autoridade suficiente, capaz de se igualar à autoridade conferida ao médico pela frequência à instituição escolar e a caução da cidadela científica, os membros das classes populares parecem sempre esperar que o valor do curandeiro seja reconhecido pelos mais eminentes membros da cidadela científica, pelos "professores", contra a opinião de "simples médicos", como aquele curandeiro de Mazamet que, segundo o informante, "foi reconhecido oficialmente por um professor de Toulouse, que reconheceu seu remédio".

"Na minha terra, em Mazamet, é a terra do carneiro, e existe a doença do carvão. É um micróbio que dá na pele do carneiro, faz mal, as pessoas ficam loucas. Parece que só tem uma pessoa que sabe curar isso, é um curandeiro. Um cara teve isso e dizia: "eu queria me jogar pela janela". Foi internado no hospital e não puderam fazer nada por ele. O curandeiro passou uma garrafada (*firole* no original) no lugar da picada. Estava inchado em três lugares, estava tomando o ombro e tudo. Houve uma guerra entre o curandeiro e os doutores de Mazamet. Mas ele foi reconhecido oficialmente. Um professor de Toulouse reconheceu o remédio. Para aquele homem, meia hora depois, começou a passar. Na minha terra, havia pessoas que sabiam coisas assim. Ele curou também outros doentes. Eu, pessoalmente, fui curado por um massagista não diplomado, um simples operário. Tinha descolado o Talão de Aquiles. O doutor dizia que eu ia ficar manco. E o que aconteceu foi que com quinze sessões no massagista eu fiquei curado. Esse curandeiro nunca tinha aprendido. Dizia que era um dom. É como tem alguns que têm dons para a pintura. Ele tinha um dom para isso (Paris, carteiro, 30 anos).

Mas a crença na eficácia das técnicas de tratamento utilizadas pelo curandeiro não tem como consequência uma rejeição da medicina oficial, e a busca do curandeiro não exclui o recurso ao médico, não se considerando absolutamente a medicina exercida pelo médico e a que é praticada pelo curandeiro como antagônicas. Quando, numa situação de pesquisa, os membros das classes populares são obrigados a escolher entre o médico e o curandeiro e dizer se crêem na eficácia das técnicas utilizadas por este, a resposta em geral é dada em termos ambíguos, porque a situação de pesquisa, reativando a consciência da legitimidade do médico, lembra que este é o único autorizado a tratar, mas traz também o relato das curas efetuadas pelo curandeiro. Como se verá no exemplo a seguir, os agentes sociais parecem possuir vários conjuntos diferentes de racionalização, que se superpõem sem interferirem uns sobre outros. Assim, ao argumento incrível: "é preciso acreditar para fazer efeito", sucede a relação das curas obtidas pelo curandeiro, e finalmente a afirmação que "devem existir dons especiais"

"Eu conheço pessoas que acreditam nos curandeiros. Eu, não. Aliás, é preciso acreditar para fazer efeito. Disseram-me para ir ver um, por causa de um eczema. Eu acho que ele não faz nada só tocando. Eu não acredito. Se não houvesse outras possibilidades, se eu estivesse morrendo, eu iria! Na família do meu marido também não acreditam. Eu conheço uma mulher que

é muito boa para um membro deslocado ou luxado. A diretora do centro infantil foi lá. Meu marido foi quando quebrou não sei o quê. Ela reconhece o lugar sem ter estudado. É certo que devem existir dons. Tenho uma prima que teve uns órgãos caídos, ela não disse nada, mas sabe o que a gente tem, mas não sabe tratar. É como o curandeiro. O curandeiro dava uma porção de remédios, umas coisas com óleo. Pode ser bom para algumas coisas (Paris, mulher de empregado do comércio, 30 anos).

## 6. RELAÇÃO DOENTE-MÉDICO E NÍVEL DE INSTRUÇÃO

Para compreender esse aparente paradoxo, é preciso examinar de perto a atitude dos membros das classes populares em relação ao conhecimento médico e aos detentores desse saber. Os membros das classes populares, sempre que possível, evitam levar às últimas consequências a questão da verdade do conhecimento médico do curandeiro ou do médico. A "crença" na eficiência do médico ou curandeiro é realmente vivida como uma "crendice", incontrolável por definição e portanto pertencente, como uma infinidade de outras crenças (o que se costuma chamar "superstição", por exemplo,<sup>37</sup> ao domínio do "dizem que", "fazem assim", ou seja, a esse vasto conjunto de coisas sabidas por ouvir dizer e praticadas por hábito, que se têm implicitamente por inverificáveis e que não têm que ser absolutamente verdadeiras ou absolutamente falsas. Do mesmo modo, se os membros das classes populares têm uma certa desconfiança em relação ao médico, essa desconfiança exerce-se mais sobre o médico e suas manipulações do que sobre o conhecimento médico propriamente dito, sobre o qual não se emite nenhum julgamento porque escapa à reflexão e não é como outros conhecimentos, como por exemplo os que se referem ao carro, às ferramentas mais comuns ou à pesca, ou seja, aqueles que a experiência cotidiana pode confirmar ou desmentir. Assim sendo, os membros das classes baixas, em geral, não adotam uma atitude crítica em relação ao conhecimento médico, nem aquela atitude racional que consistiria em tê-lo como falso ou verdadeiro ou, pelo menos, em supor que ele deveria necessariamente ser uma coisa ou outra.

De modo mais geral, tudo parece indicar que os membros das classes populares estão pouco familiarizados com as noções de "problema" ou mesmo de "causalidade". Se não parecem possuir o que se chama habitualmente "espírito crítico", é porque essa disposição mental, longe de ser igualmente repartida entre todos, é em primeiro lugar uma disposição

adquirida e o resultado da ação formadora da escola. Entre o conjunto das atitudes mentais que são transmitidas pela escola, a mais essencial e mais velada é talvez a própria intenção intelectual. O que a escola transmite é em primeiro lugar uma postura intelectual: é a idéia de que não existe nada que não possa ser objeto de uma interrogação crítica e tornar-se objeto de um conhecimento racional. Assim, a prolongação da escolaridade traz uma mudança de atitude frente ao mundo e especialmente em relação às ciências e técnicas, inculcando a idéia de que tudo pode ser ou tornar-se objeto de ciência, que existem coisas absolutamente verdadeiras que foram objeto de uma verificação experimental e coisas absolutamente falsas, e enfim, que o conhecimento é cumulativo e que a coisa nova é, por isso mesmo, um progresso. Nas classes superiores, o médico pode fazer-se ouvir pelo doente e o doente suscitar o interesse e mesmo a amizade do médico, porque eles falam a mesma linguagem, têm os mesmos "hábitos mentais", utilizam categorias de pensamento semelhantes e, enfim, sofreram a influência da mesma força formadora de hábitos" que é, no caso, o sistema educacional.<sup>38</sup> E se os membros das classes superiores se dizem e, de fato estão, pelo menos na maior parte dos casos, aparentemente "de perfeito acordo como médico", é em primeiro lugar porque o médico e seu cliente das classes superiores pertencem à mesma classe social, ou seja, ao mesmo "meio", sendo freqüentemente o médico da família um amigo da família ou mesmo um de seus membros:

"O médico é um amigo nosso. Nós o encontramos num 'círculo de casais' e durante muitos anos nos vimos como amigos. Depois, tornou-se nosso médico. Do ponto de vista médico, só ouvimos falar bem dele e, do ponto de vista moral, acreditamos que é um sujeito sério. É um rapaz que tem uma idéia elevada de sua profissão, que tem uma consciência extraordinária. Com ele o diálogo é fácil e, aliás, nós nos tratamos de você. Concordamos em todos os planos." (Paris, mulher de dirigente assalariado, 54 anos, 5 filhos).<sup>39</sup> O médico é um amigo de infância de meu marido, ele vem por causa das crianças. Meu marido tem confiança nele, é seu melhor amigo. Para nós, um velho amigo da família" (Paris, mulher de dirigente assalariado, 32 anos, 2 filhos). Um certo número de indícios revela a familiaridade de classe que une o doente pertencente às classes superiores ao médico. A pesquisa do IFOP, citada anteriormente, mostra que os técnicos e assalariados e membros das profissões liberais são os que, em maior número, vão unicamente ao médico particular (89%), em vez de ir a um dispensário ou a um hospital. A pergunta "prefere ser examinado pelo médico responsável de um órgão social para ser reembol-

sado pelas suas despesas de saúde ou consultar seu médico pessoal mesmo se não puder ser reembolsado?"; os membros das classes superiores são os que, em maior número (43%), respondem que preferem consultar apenas seu médico pessoal. Pode-se compreender a razão disso, se se sabe que a quase totalidade (90%) atribui uma grande importância ao fato de poder "escolher livremente o médico". Aliás, os membros das classes superiores, em geral, escolhem seus médicos dentro de seus grupos de relações; em 32% dos casos "por recomendação de parentes ou amigos", em 24% dos casos entre seus amigos pessoais. Compreende-se, nestas condições, que sejam eles em maior número a, primeiramente, conhecer o apartamento pessoal do médico (67%), e também a sentir-se embaraçados no momento de "perguntar ao médico quanto lhe devem" (12%).<sup>39</sup>

Por não permitir estabelecer relações de amizade com o médico e falar-lhe de igual para igual, como nivela os casos "mais diversos" e os indivíduos mais diferentes socialmente, a consulta hospitalar é raramente freqüentada pelos membros das classes superiores, que, em vez dessa, preferem a consulta particular; aqueles que, excepcionalmente, são obrigados a experimentá-la, descrevem-na em termos indignados e catastróficos:

"Poderíamos ir ao hospital, mas aquilo é um escândalo; a espera é de três horas e eu fiquei menos de um segundo com o médico, diante de vinte e cinco estudantes. Por causa de um dedo torcido do garoto, a enfermeira obrigou-o a tirar a roupa; fiquei furiosa. Eles fazem desfilhar na frente de todo o mundo uns desgraçados de pés tortos; deve ser horrível para eles! Disseram-me para voltar dentro de três meses. Nunca mais ponho os pés lá. Os hospitais são realmente horríveis; eles põem juntos os casos mais diversos!" (Paris, mulher de dirigente assalariado, 31 anos, 2 filhos). "Quando eu estava esperando bebê, fui fazer uma consulta no Hospital Foch. É horrível, fazem a gente esperar horas e tudo isso para chegar diante de um médico rodeado de oito enfermeiras; como é para formar uma escola, você se encontra diante de uma classe! A atitude deles desanima completamente. Aí, eu mudei, fui procurar um médico particular para não me sentir um número" (Paris, mulher de dirigente assalariado, 30 anos, 1 filho).

Se o desamparo dos membros das classes populares diante da doença não tem equivalente nas classes superiores, é em primeiro lugar porque o médico, para estas últimas, não é o delegado anônimo da instituição médica, mas um personagem familiar, do qual se pode apreciar a competência

e o valor, e em quem se pode apreciar a qualidade do homem atrás do profissional. Deduz-se daí que em relação ao discurso médico, haverá uma diferença entre as duas classes — o médico fornecerá aos membros das classes superiores certas explicações e manterá em sua presença um discurso edulcorado e vulgarizado, dando-lhes uma espécie de delegação de poder que os autoriza a manipular com prudência certas partes do discurso médico. Pois o desprezo do especialista pelo profano não se aplica igualmente a todos, mas varia em função da "inteligência" deste, de seu bom-senso ou de seus "méritos", enfim, de seu valor social.

## NOTAS

1. O mesmo pode-se dizer para várias outras "escolhas", principalmente a dos estudos e, portanto, da profissão. Cf. M. de Saint Martin, "Les facteurs de l'élimination et de la sélection différentielles dans les études de science", *Revue française de sociologie*, v. IX, n. especial, 1968, p. 167-84.
2. *ibid.*, "Le Français et leur médecin", *loc. cit.*
3. Cf. R. Hoggart, *The Uses of Literacy*, Pelican book ed., Harmondsworth, 1958, p. 72-101.
4. Os membros das classes populares adotam uma atitude semelhante em relação às organizações de crédito. Como o preço do serviço médico, o preço do crédito é difícil de se apreciar e avaliar. De maneira geral, a relação doente-médico não é, como gostaria a ideologia médica, uma relação específica, mas pertence a um gênero mais vasto de relações interindividuais, que põem face a face um especialista detentor de um conhecimento específico e manipulador, e um profano que suspeita da manipulação sem poder provar nada e nem, com maior razão, evitá-la. Cf. para toda esta parte, P. Bourdieu, L. Boltanski e J. C. Chamboredon, *La banque et sa clientèle, éléments d'une sociologie du crédit*, caderno mimeografado do Centre de Sociologie Européenne, Paris, 1963.
5. Note-se, de passagem, que tais suspeitas estão longe de serem totalmente ilusórias. Como sua atividade situa-se na interferência de três lógicas diferentes e mesmo contraditórias — lógica do desinteresse humanitário ("fazer tudo pelo doente"), da racionalidade e do interesse científico ("fazer progredir a ciência"), e enfim do lucro e da rentabilidade econômica ("ganhar dinheiro") — e realizar-se dentro de um sistema de coerções legais (o direito médico) e de forças tradicionais (a deontologia médica), os médicos não podem, como os outros comerciantes, negociantes de bens ou de serviços, dar-se explicitamente como fim a maximização dos lucros. Assim sendo, aperfeiçoaram toda uma série de técnicas complexas (que só elas mereceriam um estudo particular), com o fim de salvaguardar seus interesses materiais sem transgredir de maneira muito evidente os princípios da moral do desinteresse nem se expor ao escândalo. Algumas dessas técnicas situam-se nos limites da legalidade. Tal é o caso, por exemplo, da dicotomia que consiste, para o cirurgião, em pagar ao médico que lhe enviou o doente uma comissão sobre uma parte de seus benefícios. A maior parte, no

entanto, permanece perfeitamente legal e só se manifesta por um excesso de zelo. Assim, certos clínicos compram um material de radiografia e fazem sistematicamente uma radiografia dos doentes que vêm consultá-los. Mas, como declarou um desses médicos, para se justificar: "isso não lhes faz mal e é reembolsado pela previdência".

6. IFOP.: "Les Français et leur médecin", *loc. cit.*

7. "Os hospitais e as clínicas — escreve A. L. Strauss — são organizados para que o trabalho seja feito o melhor possível, do ponto de vista do pessoal médico; mas é muito raro que alguma coisa seja feita para minimizar a angústia do doente. O doente tem que se arrumar sozinho, e às vezes se perde quando o mandam ir "até o fim do corredor". Os doentes são muitas vezes mandados para exame, de um serviço para outro, sem explicações, num tom imperioso e brutal. Essa situação aumenta sua ansiedade e não deixa de ter influência sobre seus sintomas. Após terem ficado sentados, esperando durante horas, os doentes das classes populares estão em geral revoltados por ver que recém-chegados passam antes deles, mas ninguém lhes explica o porque das entradas e das prioridades. Além disso queixam-se de não poder chegar até os médicos de sua preferência e nos quais têm confiança. Quando os membros das classes superiores encontram-se em situação similar, podem sem dificuldade acionar certos métodos que lhes permitem furar o sistema (*methods of beating the system*) ou obter comodidades e informações que podem incomodar o pessoal, mas que diminuem sua ansiedade. Os pobres, esses não sabem como escapar ao sistema". (A. L. Strauss, "Medical Ghettos", *Trans-Action*, v.4, n.6, maio de 1967, p.7-16)

8. Cf. P. Bourdieu, J. C. Passeron, M. de Saint-Martin, *Rapport Pédagogique et Communication*, ed. Mouton, Paris, 1965, col. "Cahiers du Centre de Sociologie Européenne", n.2.

9. IFOP.: "Les Français et leur médecin, *loc. cit.*

10. Cf. C. Bally, *Traité de Stylistique française*, edições C. Klincksieck, Paris.

11. Dr. P. Coudray, M. Cerise e P. Fréour, *Information médicale du public, aspects psychosociaux, rapport introductif au IXe. colloque international de psychologie médicale*, mimeo., Paris, 1966, p.75-83.

12. Sobre a "medicina da saúde", cf. P. Fréour, "L'éducation médicale du public est-elle dangereuse? *Journal de médecine de Bourdeaux*, n.5, maio de 1965, p.1008-10.

13. Da mesma maneira que o Direito Penal tradicional, que "só enuncia sanções", mas "não diz nada das obrigações às quais elas se referem" e "não ordena respeitar a vida do outro mas matar o assassino", e enfim, que vai diretamente do particular ao particular, sem fazer o desvio pela regra universal que fundamenta a obrigação e a sanção. (Cf. E. Durkheim, *La division du travail social*, PUF, Paris, 1960, p.41).

14. Fazer concorrência à medicina oficial e, através da transmissão tanto de princípios como de receitas, colocar os membros das classes populares "ao abrigo dos erros culpáveis dos médicos", dando-lhes meios de se tornarem "seus próprios médicos", "livrarem-se um pouco do charlatanismo ruinoso das panacéias", como escreveu Aubry, um litógrafo de Rouen, citado por G. Duveau (*La pensée ouvrière sur l'éducation pendant la Seconde République et le Second Empire*, edições Domat-Montchrestien, Paris, 1947, p.121), eram exatamente as funções que alguns de seus promotores, entre os quais o Doutor Raspail, em fins do século passado, definiam para a divulgação médica. "Escolher um médico num caso de necessidade — escreve o Doutor Raspail — é um ato de consciência. Aprender a não precisar dele é um ato de razão. Escolher um

médico ao acaso e sem se preocupar em distinguir o charlatão do filósofo, é um desses atos de louco descuido, que frisam o suicídio ou o homicídio, conforme se trate de si próprio ou de outrem. Quer proteger-se desses erros culpáveis? Torne-se seu próprio médico". (Dr. F.V.Raspail, *Manuel annuaire de la santé ou médecine et pharmacie domestiques*. Vigot frères editores, Paris, 1881, 9ª edição, 1935, p.7-8).

15. Cf. *Les médecins vous parlent de la médecine — enquête et propositions*. "Esprit", n.2, fevereiro de 1957.

16. Drs. Coudray, M. Cerise e P. Fréour, *Information médicale du public, aspects psychosociaux, rapport introductif au IXe. colloque international de psychologie médicale*, op. cit., p.82-4.

17. Professor Portes, citado pelo doutor A. Soubiran, "Responsabilité médicale et information du public", in: *Deuxième Congrès International de morale médicale*, edições da Ordem Nacional dos Médicos, Paris, 1966, p.82.

18. Analisando os comportamentos e as atitudes face à morte e aos moribundos do pessoal de um grande hospital americano, David Sudnow mostrou que os esforços empreendidos a fim de reanimar as pessoas em estado de morte clínica e cujo coração tinha parado de bater, variavam conforme o "valor social" atribuído ao moribundo, ou seja, em função de sua idade, respeitabilidade, classe social. Assim, o alcoólatra, a prostituta, o drogado e o doente que, ao entrar no hospital, está pobremente vestido e aparenta pertencer às camadas inferiores, não será objeto de um exame aprofundado nem de tentativas prolongadas de reanimação, e será declarado morto com base unicamente num exame estetoscópico do coração. Da mesma maneira, encoraja-se tacitamente os jovens médicos a treinar nos moribundos cujo valor social é baixo e, principalmente, nos suicidas (Cf. D. Sudnow, *Passing on the social organisation of dying*, Printice-Hall inc. editores, Englewood Cliffs, 1967, p.100-9.)

19. "O médico — escreve por exemplo o Doutor Georges Torris — em primeiro lugar, não lida com uma doença, nem sequer com um homem doente, mas com uma pessoa humana, com a qual ele deve, pela sua própria profissão, estabelecer uma comunicação de consciência, a melhor possível, para penetrar, para compreender o valor, o significado da queixa do doente..." (Cf. G. Torris, *L'Acte médicale et le caractère du malade*, PUF, Paris, 1954).

20. Cf. sobre esse ponto, P. L. Kendall e R. K. Merton. "Medical Education as Social Process", in: G. Jaco, *Patients Physicians and Illness*, The Free Press editores, Nova York, 1950, p.321-50.

21. G. Lyon, *Précis de clinique sémiologique, diagnostique, pronostic et traitement*. Masson et Cie. editores, Paris, 1933, p.5-54.

22. As categorias da percepção do doente pelo médico possuem um caráter coletivo: aparentemente, são comuns à maioria dos membros do corpo médico e parecem transmitir-se com uma grande estabilidade, de geração em geração. De maneira mais geral, talvez não se possa explicar o tradicionalismo e a forte integração do corpo médico sem levar em conta características particulares do recrutamento dos estudantes de medicina e do ensino médico. Os estudantes de medicina, na maioria, provêm das classes favorecidas: 58% são originários das classes superiores (dos quais 20% aproximadamente, filhos de médicos), 3.4% apenas filhos de operários ou de agricultores (cf. P. Bourdieu, J. C. Passeron, M. de Saint-Martin, *Les étudiants en médecine*, caderno mimeo-

gráfico do Centre de Sociologie Européenne, Paris, 1966). Além disso, o ensino médico, que como mostraram Howard S. Becker e Blanche Geer ("Medical Education", in: H. E. Freeman, S. Levine, L. G. Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, Prentice-Hall Inc. editores, Englewood Cliffs, p.169-86) possui algumas das características de aprendizagem tradicional e incita à imitação prestigiosa dos mestres mais famosos, até nas manias ou maneirismos, favorece mais clara e explicitamente que a maior parte dos outros tipos de ensino, a transmissão de valores profissionais e de valores das classes dominantes.

23. Convém não subestimar a finalidade dessas categorias. Assim, por exemplo, com a finalidade de construir uma caracterologia científica dos doentes, A. Le Gall e R. Brun, na realidade apenas retomam, estendendo-as e sistematizando-as, as categorias implícitas da percepção do outro, que são as dos médicos. Cf. A. Le Gall e R. Brun, *Les malades et les médicaments*, PUF, Paris, 1968, principalmente p.84-125.

24. Cf. R. Villey, *Reflexions sur la médecine d'hier et de demain*, edições Plon, Paris, 1966. "O clínico — escreve Raymond Villey — deve convir que seu julgamento e intuição não têm senão uma pequena importância face aos modernos meios de investigação. A qualidade do raciocínio clínico conta menos. E a tentação é grande de se deixar levar a esse método médico de diagnóstico por exclusões sucessivas, que consiste em emitir hipóteses uma após outra, a "tratar" cada uma por exames de laboratórios adequados (como um químico submete uma "mistura" a reativos apropriados), até que uma resposta indique que aquele é o certo".

25. A relação doente-médico aproxima-se, em mais de um ponto, de uma situação conhecida dos sociólogos, que é a situação de pesquisa. Como o pesquisador, o médico faz ao doente perguntas sobre sua vida pessoal e íntima, gostos alimentares, sono, vida sexual etc., e só ele detém a chave dessas questões.

26. Todo processo de comunicação implica estratégias implícitas e toda relação com o outro é também, de uma certa maneira, manipulação de outro, sendo a atitude adotada face ao interlocutor principalmente função do que se sabe do outro e do que se sabe que o outro sabe da gente, como mostram Barney Glaser e Anselm Strauss (Cf. B. Glaser e A. Strauss, "Awareness Context and Social Interaction", in: *American Sociological Review*, t.xxx, outubro de 1964, p.669-79). Se essas estratégias são especialmente manifestas no caso da relação doente-médico, e se os médicos racionalizam as técnicas de manipulação implicitamente empregadas nas relações cotidianas e delas fazem um emprego semiconsciente, isso se dá talvez também porque eles exercem uma atividade cujo sucesso nunca é certo e cujos resultados comportam sempre uma margem de incerteza, sendo assim obrigados a tomar um certo cuidado contra os "riscos da profissão" (Cf. R. L. Fox, *Experiment Perilous*, the Free Press ed., Glencoe, 1959). Todas as técnicas de manipulação utilizadas pelo médico visam, no final das contas, a inculcar no doente a idéia de que, o que quer que possa acontecer depois, a competência e a consciência do médico não podem e não devem ser colocadas em dúvida.

27. Essa técnica é bem conhecida dos sociólogos que a utilizam durante a entrevista centrada e que sabem que às vezes pode ser útil "descentralizar" momentaneamente a entrevista, a fim de distender o interrogado e distrair sua vigilância: depois, por transição, voltar ao que constitui propriamente o objeto da pesquisa.

28. Cf. por exemplo, T. Parsons, "Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne", in: *Éléments pour une sociologie de l'action*, tradução

de F. Bourricaud, edições Plon, Paris, 1955. T. Parsons escreve: (p.233) "Pouco importa que seja o amor ou o ódio que o doente "projete" sobre ele: o médico recusa-se a reagir de acordo com os termos projetados pelo doente. Permanece objetivo e efetivamente neutro. O doente esforça-se em implicá-lo no campo de suas "histórias pessoais" e conduzi-lo para fora do domínio médico: mas ele... mantém-se à distância para evitar as circunstâncias que exigiriam a reciprocidade". Como mostra este exemplo, o sociólogo que se contenta em analisar uma situação olhando sua própria "experiência vivida" daquela situação, arrisca-se a cair na armadilha do etnocentrismo de classe, quando esquece que não é um "homem como os outros", ou "como todos os outros", mas um membro das classes superiores, ou melhor, dessa fração das classes superiores que chamamos "intelligentsia".

29. IFOP.: "Les Français et leur médecin", *loc. cit.*

30. Basil Bernstein mostrou que as características próprias à situação psicoterápica — ou seja, a forma da relação face a face que ela instaura e o tipo de relação com a linguagem que existe, em afinidade com o *etos* das classes superiores e com as principais normas de educação das classes superiores —, torná-la-iam imprópria ao tratamento dos doentes pertencentes às classes populares que, primeiramente, têm consideráveis dificuldades ao tentar reproduzir um discurso sobre suas experiências íntimas, principalmente porque não possuem os instrumentos conceituais da introspecção, e que, em segundo lugar, não se sentem à vontade na relação socialmente descontextualizada que o terapeuta pretende instaurar (Cf., B. Bernstein, "Social class, speech Systems and Psycho-Therapy", in: *British Journal of Sociology*, t.15, 1964, p.54-64).

31. Cf. G. Rösch, J. M. Rempp, M. Magdelaine, "Une enquête par sondage sur la consommation médicale", *loc. cit.*

32. IFOP.: "Les français et leur médecin", *loc. cit.*

33. Médicos e psicossociólogos ao falar da relação do doente e do médico, utilizam um vocabulário particular, cuja conotação é científica e o uso é ideológico. É a esse vocabulário em parte erotizado do encontro do "casal doente-médico", como o chama Michel Foucault, que se tomou a expressão "colóquio singular" (cf. M. Foucault, *Naissance de la Clinique*, PUF, Paris, 1963, p.x).

34. Sobre a ideologia da relação doente-médico, cf. por exemplo, M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, tradução para o francês de J. P. Valabrega, edições Payot, Paris, 1966, e também J. Stoetzel, "La maladie, le malade et le médecin, esquisse d'une analyse psycho-sociale", in: *Population*, n.4, agosto-setembro de 1960.

35. Cf. capítulo III.

36. Sobre a evolução da legislação referente aos curandeiros, cf. S. Boule "La lutte contre les illégaux", *La Presse médicale*, n.22, maio de 1965.

37. Falando da crença nas superstições nas classes populares, Richard Hoggart escreve: "Em que medida pode-se dizer que os membros das classes populares crêem nas superstições? Eles repetem as frases obrigatórias no caso, mas precedendo-as sempre de um "dizem que" (...) Na realidade, não refletem nessas práticas. Acreditam e não acreditam nelas". R. Hoggart, *op. cit.*, p.31

38. Cf. E. Panofsky, *Architecture gothique et pensée scolastique*, tradução e pós-fácio de P. Bourdieu, Éditions de Minuit, Paris, 1967, p.83-4, col. "Le sens commun".

39. IFOP — "Les Français et leur médecin", *loc. cit.*