

Gilda Zamith Ribeiro Campos

INFORMAÇÃO, CULTURA E HOMEOPATIA:
redes sociais e cuidado em saúde na comunidade do Morro dos Cabritos - RJ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Orientadora: Regina Maria Marteleto

Rio de Janeiro
2012

C198i

Campos, Gilda Zamith Ribeiro.

Informação, Cultura e Homeopatia: redes sociais e cuidado em saúde na comunidade do Morro dos Cabritos – RJ / Gilda Zamith Ribeiro Campos. – 2012. 187 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2012

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria Marteleto

1. Informação 2. Cultura 3. Homeopatia. 4. Redes sociais. 5. Cuidado-saúde. 6. Morro dos Cabritos – Rio de Janeiro. I. Marteleto, Regina Maria (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. III. Título.

CDU: 316.3:615.015.32(043.3)

Gilda Zamith Ribeiro Campos

INFORMAÇÃO, CULTURA E HOMEOPATIA:
redes sociais e cuidado em saúde na comunidade
do Morro dos Cabritos - RJ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Ciência da Informação,
Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e
Tecnologia, Universidade Federal do Rio de
Janeiro, Faculdade de Administração e Ciências
Contábeis, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Ciência da Informação.

Aprovada em

Profa. Dra. Regina Maria Marteleto – IBICT/UFRJ e ICICT/FIOCRUZ

Profa. Dra. Maria Nélida González de Gómez – IBICT/UFRJ

Profa. Dra. Madel Therezinha Luz – ISC/UFF e IFCH/UFRGS

Dedico
este trabalho
às famílias do
Morro dos Cabritos.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Regina Maria Marteleto, por tantos momentos de um rico convívio, e pelo imenso universo intelectual que me abriu de forma tão criteriosa, competente, respeitosa e dedicada. Neste nosso feliz encontro de mentes e almas, nunca faltou muito acolhimento, simpatia, delicadeza e amizade. Agradeço por sua orientação segura, clara e consistente, por sua postura coerente com as idéias que defende academicamente e pelo constante incentivo para que eu desenvolvesse este tema de estudo e mergulhasse no mundo da pesquisa.

À Profa. Dra. Madel Therezinha Luz, mestre cujo trabalho acompanho há tantos anos e com quem tive o prazer de conviver como aluna ouvinte no momento em que se delineavam as primeiras idéias sobre este trabalho. Suas inesquecíveis aulas e sua generosa doação de livros e artigos naquele momento contribuíram imensamente para a elaboração de muitas reflexões contidas nesta pesquisa. Agradeço também por sua importante participação na banca de qualificação para o mestrado.

À Profa. Dra. Maria Nélide González de Gómez, cuja sabedoria e gentileza conheci como aluna ouvinte, pouco antes de ingressar no mestrado, e que, desde então, contribui enormemente para a minha trajetória de estudos com seus artigos e suas aulas. Agradeço também pelas ótimas contribuições na banca de qualificação para o mestrado.

Ao Prof. Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini, pesquisador e professor do PPGCI IBICT/UFRJ e colega de profissão, por me apresentar à Ciência da Informação e pelo importantíssimo incentivo inicial para que eu empreendesse esta caminhada em um novo campo de reflexão.

À Capes pelo apoio financeiro concedido à esta pesquisa entre março de 2010 e fevereiro de 2012.

Aos meus queridos colegas da turma do mestrado 2010, cuja amizade, solidariedade e integridade tantas vezes tornaram este esforço de crescimento acadêmico mais leve e prazeroso. A cada um, o meu agradecimento pelo privilégio de conviver com um grupo tão especial.

Aos meus queridos pais, Kinho e Nora, cujo exemplo de simplicidade e solidariedade me ensinou a enxergar as necessidades dos menos afortunados. Ao meu pai agradeço ainda o exemplo de cuidado com a família e a revisão do texto desta dissertação. À minha mãe agradeço também o constante e alegre estímulo para este trabalho, as muitas reflexões que fizemos juntas, o grande apoio na fase do estudo de campo e a revisão final do texto.

Às minhas queridas funcionárias, Mara e Inês, cuja amizade, bom humor, honestidade e parceria são inestimáveis no cotidiano doméstico e indispensáveis para a realização deste trabalho.

Aos meus queridos filhos, Ana e João, que realizam meu sonho de ser mãe, e tanta felicidade e aprendizado trazem para minha vida, agradeço pelo amor, o incentivo e a compreensão por tantas horas que deixamos de conviver para que eu pudesse me dedicar a este estudo.

Ao meu querido marido Nelson, que soube compreender o quanto este projeto era trabalhoso e importante para mim, e empreendeu uma imensa e amorosa mudança na sua rotina em família, criando uma estrutura indispensável para a elaboração desta dissertação.

Aos meus queridos amigos e parceiros da ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante, agradeço pela generosa e importantíssima participação nesta pesquisa e pelo prazer de tantos anos de convívio, nesta longa luta conjunta pela concretização dos nossos ideais.

Às famílias da comunidade do Morro dos Cabritos, que participaram do projeto aqui estudado, agradeço pelo privilégio do convívio, que tanto enriqueceu minha vida, especialmente às mães e avós que se dispuseram a participar da pesquisa de forma tão generosa e verdadeira.

[...] como, no ambiente tecnicista, veloz e mercadológico dessa nossa modernidade tardia, pode seguir sendo tão legitimada uma medicina cujo instrumento principal é a escuta atenta e meticulosa, uma medicina cujos tempos não estão sob a ditadura do relógio, mas buscam o ritmo dos próprios processos vitais, uma medicina cujo sucesso não se deixa reduzir muito facilmente a produtos talhados para concorrência em mercado? (AYRES, 2000, p.13).

RESUMO

CAMPOS, Gilda Zamith Ribeiro. **Informação, Cultura e Homeopatia:** redes sociais e cuidado em saúde na comunidade do Morro dos Cabritos – RJ. Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação)– Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. 187f.

Sistematização de intervenção homeopática dirigida às crianças do Morro dos Cabritos, no Rio de Janeiro, e promovida pela Organização Não Governamental Homeopatia Ação pelo Semelhante (ONG HAPS). O estudo aborda aspecto inédito ao ampliar seu foco para a família da criança acompanhada pela homeopatia. Busca-se compreender como as informações circulam nas famílias e nas redes sociais de cuidado para a saúde dos filhos, a fim de entender o processo de construção e apropriação do conhecimento nesse contexto. O objetivo geral da pesquisa é estudar o potencial de intervenção social da ‘racionalidade médica’ homeopática, enquanto prática informacional, no processo de ressignificação de valores, fortalecimento de autonomia e melhoria de qualidade de vida em famílias de uma comunidade em estado de vulnerabilidade socioeconômica. Diferentes abordagens metodológicas são adotadas: análise dos dados do IBGE (Censo-2000) e levantamento de estudos sobre a população do Morro dos Cabritos; análise documental na ONG HAPS; e aprofundamento das análises por meio de pesquisa qualitativa. Foram entrevistadas 14 responsáveis (11 mulheres que participaram de dois grupos focais, e três, que foram entrevistadas individualmente), que acompanharam o tratamento homeopático das crianças por um período mínimo de dois anos. Um terceiro grupo focal envolveu sete homeopatas da ONG HAPS, que participaram do atendimento por um período mínimo de três anos. As entrevistas foram desenvolvidas a partir de roteiros semi-estruturados, com conteúdos diferentes para os responsáveis e os médicos. Entre os resultados, destacam-se: superação do preconceito dos familiares em relação à homeopatia; ampliação de suas noções de saúde, doença, tratamento e cura; diminuição da segregação dos papéis conjugais no cuidado dos filhos; empoderamento dos

responsáveis, que favorece a prevenção e a promoção da saúde; melhoria da qualidade de vida dos familiares em diferentes domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e crenças pessoais); valorização do responsável como participante do cuidado; aumento da consciência crítica dos responsáveis; fortalecimento de identidade tanto dos responsáveis quanto dos profissionais. Conclui-se que a intervenção homeopática nesta comunidade se mostrou bastante efetiva, porque respeita a visão cultural da população, acolhe os indivíduos como sujeitos, adota a visão integral da saúde, além de ser resolutiva para os problemas de saúde mais frequentes neste grupo. A conquista da saúde constitui um processo de emancipação cultural do sujeito/responsável, diante da percepção de que os valores dominantes da sociedade contemporânea dificultam o cuidado em saúde; e a informação em saúde, inserida numa visão de cuidado integral, parece facilitar a internalização/ compreensão da realidade, a apropriação de conhecimentos, e o empoderamento dos responsáveis para o cuidado das crianças. A maior circulação de informações entre médico-paciente/ responsável é favorecida, por: visão cultural mais abrangente sobre saúde, tanto dos profissionais, quanto dos usuários; arranjo comunicacional não-hierárquico; acolhimento humanizado; e tempo mais longo de consulta. Os elos de co-responsabilização, respeito e confiança, estabelecidos na relação médico-paciente/ responsável, potencializam o caráter educativo e emancipador da informação. A pesquisa levanta aspectos que parecem favorecer a implantação mais ampla da homeopatia no Sistema Único de Saúde, especialmente na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Informação, Cultura, Homeopatia, Redes Sociais, Cuidado em saúde.

ABSTRACT

CAMPOS, Gilda Zamith Ribeiro. **Informação, Cultura e Homeopatia:** redes sociais e cuidado em saúde na comunidade do Morro dos Cabritos – RJ. Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação)– Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. 187f.

Systematization of a homeopathic intervention addressed to children living in the Morro dos Cabritos, Rio de Janeiro, and undertaken by the Non Governmental Organization “Homeopatia Ação Pelo Semelhante” (NGO-HAPS). The study deals with an unprecedented aspect, as it extends its focus on the family of children accompanied by the homeopathy; it aims at understanding how information circulates within the families and social networks concerning children’s health care, in order to perceive the knowledge development process in this context. The research general purpose is studying the social intervention potential of homeopathic “medical rationality”, as an informational practice, in the processes of values re-signification, autonomy strengthening, and improvement in families’ quality of life, in a community under social-economic vulnerability. Different methodological procedures have been adopted: data analysis from IBGE (Census-2000); survey of studies on the population of Morro dos Cabritos; documentary analysis at the NGO-HAPS; and interviews analysis through qualitative research. Among those responsible for children (“responsibles”), fourteen were interviewed (11 women who participated in two focal groups, and three who were individually interviewed). These participants accompanied their children’s homeopathic treatment for a period of at least two years. A third focal group involved seven homeopaths from the NGO-HAPS, who participated in the project for a minimum period of three years. Interviews were based on semi-structured questions with different contents for the “responsibles” and the doctors. Among the results, it may be highlighted: overcoming of family preconceptions concerning homeopathy; broadening of health, illness, treatment and cure concepts; reduction of segregation regarding the connubial roles in children’s care; empowerment

of those responsible for children, which favors prevention and health promotion; improvement in families' quality of life in different domains (physical and psychological aspects, independence level, social relations, environmental conditions, and personal beliefs); valorization of the "responsibles" as participants in child's care; increase of critical consciousness; and strengthening of their own identity ("responsibles" and professionals). In conclusion, the homeopathic intervention in this community has been quite effective, as it respects population's cultural vision, welcomes individuals as subjects, not as objects, adopts an integral health vision, in addition to being able to solve most frequent health problems in this group. Achieving health constitutes a process for reaching cultural emancipation of subjects/"responsibles", as they understand that the dominant values of contemporary society act as barriers to health care. Timely, health information, inserted in a vision of integral care, seems to foster internalization/awareness of social reality, knowledge development, and "responsibles" empowerment oriented to children's care. Larger information circulation between doctor-patient/ "responsibles" is favored by: broader cultural vision of health for both professionals and users; non-hierarchical communicational arrangement; humanized welcome of patients/"responsibles"; and extended period of time for consultations. The co-responsibility, respect and trust links established in the doctor-patient/"responsibles" relationship strengthen the educational and emancipating character of information. The research has raised aspects that seem to encourage broader implementation of homeopathy in the Unified Health System (SUS), especially in the Primary Health Care units as well as in the Family Health Strategy in Brazil.

Key-words: Information, Culture, Homeopathy, Social networks, Health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** – Período de permanência dos médicos no projeto de atenção homeopática à saúde para as crianças do Morro dos Cabritos (abril de 2000 a setembro de 2008)
- Gráfico 2** – Avaliação de resultados clínicos – 2003 (ONG HAPS)
- Gráfico 3** – Satisfação da clientela – 2003 (ONG HAPS)
- Gráfico 4** – Número de moradores por domicílio particular permanente no Morro dos Cabritos – 2000
- Gráfico 5** – Percentual de recuperação de dados por categoria de análise do Quadro Geral da Pesquisa
- Gráfico 6** – Fonte de indicação para inclusão de 257 crianças no programa da ONG HAPS entre 2000 e 2006
- Gráfico 7** – Fluxo de entrada e saída de 256 crianças do programa de atendimento entre 2000 e 2006
- Gráfico 8** – Idade na primeira consulta (98 crianças – 38 % do grupo total)
-
- Figura 1** – Mapa de localização da comunidade do Morro dos Cabritos
- Figura 2** – Mediadores inibidores nas redes sociais de cuidado em saúde pesquisadas
- Figura 3** – Mediadores colaboradores nas redes sociais de cuidado em saúde pesquisadas
-
- Quadro 1** – Domínios e facetas do WHOQOL
- Quadro 2** – Convergências entre responsáveis e homeopatas segundo as dimensões das racionalidades médicas
- Quadro 3** – Convergências entre responsáveis e homeopatas segundo a relação médico-paciente
- Quadro 4** – Convergências entre responsáveis e homeopatas segundo a organização do serviço na ONG HAPS

LISTA DE SIGLAS

AP2	Área Programática 2
AMB	Associação Médica Brasileira
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMI	Complexo médico-industrial
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CV	Comando Vermelho
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAPS	Homeopatia Ação pelo Semelhante
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHB	Instituto Hahnemanniano do Brasil
IHJTK	Instituto de Homeopatia James Tyler Kent
IASERJ	Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro
IPP	Instituto Pereira Passos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSCIP	Organização Social Civil de Interesse Público
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
QGP	Quadro Geral da Pesquisa
SABREN	Sistema de Assentamentos de Baixa Renda
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	HOMEOPATIA, ONG HAPS E POPULAÇÃO DO MORRO DOS CABRITOS	23
2.1	Homeopatia: criação, caracterização e breve histórico no Brasil	23
2.2	O Papel político da ONG HAPS e o projeto de atenção homeopática à saúde para o Morro dos Cabritos	26
2.3	A comunidade do Morro dos Cabritos	32
3	INFORMAÇÃO, CULTURA E REDES SOCIAIS	36
3.1	Construção e apropriação do conhecimento	42
3.2	Redes, movimentos sociais e construção compartilhada do conhecimento	44
4	CULTURA, RACIONALIZAÇÃO E VALORES DOMINANTES NA SOCIEDADE	49
4.1	Produção cultural de formas de não-existência pela racionalidade ocidental	51
4.2	Valores dominantes na sociedade contemporânea	54
5	CUIDADO EM SAÚDE E RACIONALIDADES MÉDICAS	58
5.1	Leitura socioantropológica da saúde	63
5.2	Cuidado com a saúde na Atenção Básica	72
5.2.1	<i>Cuidado integral à saúde</i>	73
5.2.2	<i>Redes sociais de cuidado: entrelaçamento de informação e saúde</i>	79
5.3	Biomedicina e Homeopatia: racionalidades médicas distintas	81
5.3.1	<i>O nascimento da clínica moderna e o poder sobre a vida</i>	81
5.3.2	<i>Medicina ocidental contemporânea ou Biomedicina</i>	83
5.3.3	<i>Homeopatia: uma prática médica de cuidado integral</i>	84
6	METODOLOGIA	91
6.1	Coleta de dados a partir de documentos da ONG HAPS	91
6.2	Análise e interpretação do Quadro Geral da Pesquisa (QGP)	92

6.3	Mapeamento dos responsáveis e organização dos grupos focais e entrevistas individuais	96
6.4	Mapeamento dos homeopatas e organização do grupo focal	98
7	RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO E DISCUSSÃO	99
7.1	Análise e síntese dos depoimentos das responsáveis sobre a experiência de tratar as crianças com homeopatia na ONG HAPS	99
7.2	Configuração dinâmica das redes sociais de cuidado em saúde	126
7.3	Mudanças na qualidade de vida das famílias	130
7.4	Análise e síntese dos depoimentos dos médicos da ONG HAPS sobre a intervenção homeopática na comunidade do Morro dos Cabritos	138
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
	REFERÊNCIAS	170
	ANEXOS	
A –	ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS	180
B –	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FAMILIARES)	181
C –	FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS ENTREVISTADOS	183
D –	ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS DA ONG HAPS	185
E –	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MÉDICOS)	186
F –	FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS	187

1 INTRODUÇÃO

A discussão deste trabalho aborda uma experiência de intervenção médica homeopática, promovida pela Organização Não Governamental Homeopatia Ação pelo Semelhante (ONG HAPS), dirigida a uma comunidade urbana marcada por desigualdades sociais, tais como pobreza, convívio com o tráfico de drogas, desemprego, violência física e simbólica, invisibilidade social, falta de garantia de direitos, dificuldade de acesso a serviços básicos, entre outras.

O tema para a pesquisa surgiu dos oito anos e meio de prática de atendimento médico homeopático às crianças da comunidade do Morro dos Cabritos, em Copacabana, na ONG HAPS. Ele é fruto de observação profissional da autora (como médica homeopata, pediatra e uma das fundadoras da ONG) durante consultas médicas e reuniões com os responsáveis pelas crianças atendidas, no período de abril de 2000 a setembro de 2008.

O projeto de intervenção médica na comunidade do Morro dos Cabritos faz parte de uma proposta política da ONG HAPS, que criou um serviço homeopático de atenção à saúde, visando à ampliação do acesso da população à homeopatia, à construção de indicadores e à avaliação da efetividade de sua prática, a fim de estimular a inserção mais ampla desta medicina no Sistema Único de Saúde (SUS). Tais aspectos lhe conferem peculiaridades, que o distinguem de outros projetos de atenção à saúde, especialmente no serviço público.

Embora algumas famílias tenham abandonado precocemente o programa, durante o período de atendimento, foram detectados relatos de familiares que expressavam: *satisfação* com uma prática que “*trata e acompanha a saúde e a vida*”, e não apenas medica a doença; *importância de observar e relatar* ao médico todos os detalhes da vida da criança (importância esta reconhecida como *participação valorizadora do papel do responsável* no tratamento); *alívio* diante da melhora da saúde das crianças (criando um ambiente familiar mais relaxante, bem-humorado e até menos dispendioso); *tranquilidade diante do adoecimento, confiança* no serviço, maior *autonomia para cuidar* dos filhos e até mesmo medicá-los corretamente na ausência do médico (em contraposição ao “desespero” com o adoecimento dos filhos e à dependência que experimentavam em relação ao profissional da medicina oficial¹). Os relatos denotavam ainda *redução da farmacologização* dos filhos, aliada à assimilação da *importância do cuidado* mais abrangente com a vida; iniciativa de adotar *hábitos mais saudáveis*, não necessariamente orientados por médico (mas coerentes com a proposta de cuidado com a saúde e, por vezes, frontalmente *divergentes de valores culturais da*

¹ Representante da Medicina Ocidental Contemporânea, também denominada Biomedicina.

sociedade contemporânea); e até uma experiência de *recuperação de “identidade” e segurança da mãe* ao sentir-se acolhida com atenção e sem preconceitos.

Esses resultados, que ultrapassam os limites da melhora clínica ou comportamental dos pacientes, apontam para mudanças nos hábitos e valores familiares, fortalecimento da autonomia dos responsáveis no cuidado dos filhos e melhoria da qualidade de vida da família.

Ao longo do trabalho de acompanhamento das crianças na ONG e das conversas com os familiares, construiu-se gradativamente a percepção de que as mudanças promovidas por aquela intervenção em particular se referiam a aspectos que não costumam ser abordados em relação à prática homeopática. Percebendo a possibilidade de realização de um futuro estudo sobre este tema, a autora, paralelamente ao atendimento, registrou essas evidências em um caderno à parte do prontuário, uma vez que o trabalho da ONG se inseria numa proposta política de intervenção social na comunidade.

Ao ampliar o foco do estudo para a *família da criança acompanhada pela homeopatia*, a pesquisa aborda aspecto inédito, que pode enriquecer tanto a linha de pesquisa das Racionalidades Médicas, quanto os estudos sobre redes sociais para o cuidado em saúde. O cuidado homeopático dirigido às crianças parece ter produzido um efeito mais amplo, que se propagou pela rede familiar, produzindo resultados em parte não previstos na formulação inicial do projeto. Há algo que permanece invisível neste sistema e, por isso, não contribui para a construção de novas ações para o cuidado em saúde. Se em alguns casos, esses efeitos são involuntariamente atingidos, em outros, isso não ocorrerá, ou sequer será constatado, e esta riqueza potencial permanecerá inexplorada. Desse modo, torna-se necessário o estudo sobre os mecanismos responsáveis pela concretização desses resultados nessas famílias, visando à construção de futuras ações para o cuidado, voltadas para as atuais políticas de promoção da saúde² e de qualidade de vida, que poderiam contribuir para o fortalecimento das diretrizes do SUS.

A pesquisa se orienta para duas vertentes: a compreensão do processo de construção e apropriação do conhecimento para o cuidado em saúde quando o usuário convive com a atenção homeopática à saúde; e a possível contribuição deste estudo para a construção de ações inovadoras no campo da saúde por meio do acesso às informações e da apropriação de conhecimentos pelos indivíduos, no contexto do cuidado integral com a saúde e das redes sociais de cuidado. Estes aspectos serão mais apropriadamente elaborados à luz dos conceitos e métodos da Ciência da Informação, visto que esta se caracteriza “pela dupla orientação à explicação e à intervenção nos

² A Promoção da Saúde pressupõe uma ação intersetorial, visando à participação social e ao empoderamento da população, a fim de diminuir iniquidades face aos determinantes sociais da saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

processos humanos de conhecimento, memória, comunicação” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2000, s.p.). Além disso, o tema a ser estudado adapta-se à necessidade de construir o objeto de pesquisa no campo da Ciência da Informação, que dê conta “do que as diferentes disciplinas, atividades e atores sociais constroem, significam e reconhecem como informação” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2000, s.p.). Diante da complexidade inerente ao campo da Saúde e presente no objeto de estudo, a vocação interdisciplinar da Ciência da Informação (SARACEVIC, 1995, s.p.) contribui para o desenvolvimento do trabalho. Ademais, a literatura da Ciência da Informação aponta ainda que, na década de 80, surgiram neste campo novos temas e abordagens sociológicas e antropológicas, ora relacionados “às práticas informacionais do local e do cotidiano, revigorando o papel das diversidades culturais”, ora empenhados “na busca de uma definição emancipatória do valor educacional e democrático da informação” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2000, p. s/n), aspectos bastante apropriados para as questões que se pretende investigar, tendo em vista que este campo apresenta uma forte dimensão social e humana, acima e além da tecnologia (SARACEVIC, 1995, s.p.; 2009, s.p.).

A pesquisa não pretende avaliar o resultado clínico medicamentoso da intervenção homeopática, tendo por objeto as interações informacionais referentes às mudanças ocorridas nas famílias. Busca-se compreender como as informações circulam nas famílias e nas redes sociais de cuidado para a saúde dos filhos, a fim de compreender o processo de construção e apropriação do conhecimento nesse contexto. Tal processo constituiria um efeito terapêutico *não medicamentoso* na rede familiar, que também poderia estar relacionado ao arranjo comunicacional não-hierárquico, presente na relação médico-paciente, e/ ou ao conteúdo afetivo de solidariedade da intervenção.

Considera-se este estudo relevante para a Ciência da Informação, uma vez que poderá contribuir para seu enriquecimento tanto por sua aplicabilidade social, quanto pela possibilidade de se desenvolver estudos em um novo universo de questões, inerentemente dinâmicas e multifacetadas, o que, de certo modo, desafia a área a expandir seus horizontes de investigação em um campo complexo como o da Saúde.

A biomedicina nasceu da fusão da clínica com a anatomia patológica, e construiu uma noção de doença a partir da lesão no organismo. Esta visão tende a desvalorizar a subjetividade do paciente e priorizar a investigação diagnóstica por meio do uso excessivo de exames complementares, além de colocar em segundo plano o que deveria ser seu objetivo principal: o alívio do sofrimento do indivíduo. A homeopatia, por outro lado, coloca o sujeito como centro de sua terapêutica. O indivíduo é visto de forma integral, inseparável de seu contexto de vida, buscando a recuperação da saúde, e não apenas o combate e erradicação das doenças.

A literatura aponta que medicinas alternativas de sistema complexo – nas quais se inclui a homeopatia – estimulam a existência de cidadãos saudáveis, autônomos, capazes de interagir em harmonia com os outros e de criar, assim, um ambiente gerador de saúde (LUZ, 2003, p.68). Embora tais aspectos se refiram aos pacientes dessas medicinas (os quais, no caso da homeopatia, utilizam medicamentos homeopáticos visando à atuação em diferentes dimensões da saúde individual), parte-se do pressuposto de que os responsáveis envolvidos no cuidado e no tratamento homeopático de crianças se beneficiam pelo acesso a uma visão mais abrangente de saúde, tratamento e cura, o que viabiliza uma postura crítica na construção e apropriação de conhecimento em saúde, que contribui, ao menos parcialmente, para maior efetividade das redes sociais de cuidado. A atenção integral à saúde parece favorecer o empoderamento dos familiares dessas crianças, diante da percepção de que os processos de cura são possíveis e multifatoriais para cada indivíduo, e muitas vezes dependem de escolhas que se contrapõem aos valores culturais dominantes da sociedade contemporânea.

As questões iniciais que orientaram a estruturação desta pesquisa foram assim formuladas:

- a) Considerando-se que os responsáveis não eram pacientes, mas acompanhavam o tratamento dos filhos, de que maneira a visão e o agir homeopáticos contribuíram, ou não, para o apoio às famílias no cuidado dos seus filhos?
- b) Considerando-se que estas famílias vivem à margem dos processos de desenvolvimento econômico e social, que vivenciam situações de limitação material e dificuldades de acesso ao sistema formal de ensino, e que estão expostas a situações de violência e exploração, como elas encontraram neste projeto meios de superar certas dificuldades cotidianas e de desconstruir/ reconstruir alguns valores?
- c) De que forma a ‘racionalidade médica’ homeopática – considerada em seu âmbito teórico-prático – permeou as relações familiares, contribuindo para a ressignificação dos conhecimentos e valores de algumas famílias, proporcionando melhor qualidade de vida e fortalecendo sua autonomia?

O estudo trata de possíveis mudanças promovidas por uma intervenção médica não-hegemônica no cotidiano de famílias inseridas em uma comunidade pobre, violenta, e socioeconomicamente vulnerável, e orienta-se para a possibilidade de fortalecimento da autonomia dos responsáveis para o cuidado em saúde dos filhos, e de melhoria da qualidade de vida do grupo familiar. Neste contexto, considera-se a conquista da saúde um processo que poderia incluir a emancipação cultural dos sujeitos envolvidos, possibilitando o questionamento de certos valores da sociedade contemporânea e escolhas mais conscientes em relação a hábitos e cuidados com a

saúde e a vida.

Sintetizando, a pesquisa parte dos seguintes pressupostos: no convívio com a atenção homeopática à saúde, inserida em um projeto político da ONG HAPS, o responsável pelo paciente se depara com um serviço construído segundo a visão homeopática, isto é, uma ‘racionalidade médica’ marcada pela noção de cuidado integral da saúde – e não de manejo de doenças – e que se contrapõe aos valores dominantes da sociedade contemporânea. Esta situação trazia à tona novas informações para os responsáveis – que emergem tanto da vida cotidiana, quanto do discurso profissional especializado – possibilitando a produção e apropriação de novos conhecimentos acerca do cuidado com a saúde dos filhos, que podem: (a) incentivar a autonomia do responsável no cuidado em saúde das crianças; (b) contribuir para o questionamento dos valores dominantes da sociedade contemporânea; (c) melhorar a qualidade de vida da família; e (d) contribuir para a Promoção da Saúde.

O objetivo geral da pesquisa é estudar o potencial de intervenção social da ‘racionalidade médica’ homeopática, enquanto prática informacional, no processo de ressignificação de valores, fortalecimento de autonomia e melhoria de qualidade de vida em famílias de uma comunidade socioeconomicamente vulnerável.

Os objetivos específicos são:

- Descrever o processo de mudança ocorrido nas famílias e os elementos que nele atuaram para a melhoria de sua qualidade de vida e fortalecimento de sua autonomia;
- Analisar o processo de construção e apropriação de conhecimento em saúde, em redes sociais de cuidado, que englobam famílias cujos filhos conviveram com a atenção homeopática à saúde;
- Identificar, no contexto de vida dessa comunidade, as possibilidades e os limites de contribuição da intervenção homeopática para a Promoção da Saúde;
- Estimular a formulação de ações no campo da saúde, que utilizem e revigorem o papel das redes informacionais na esfera de práticas integrativas e complementares em saúde;
- Estimar a possibilidade de formulação de uma visão emancipatória do valor educacional e democrático da informação, bem como de aperfeiçoamento de ações em saúde semelhantes, potencialmente aplicáveis em novos cenários sociais, especialmente o SUS.

O marco teórico conceitual da pesquisa se fundamenta em autores da Ciência da Informação, das Ciências Sociais, da Saúde Coletiva e da Medicina Homeopática, e parte de três eixos: (a) Informação e seus aspectos socioantropológicos; (b) Cultura, racionalização e valores dominantes na sociedade; (c) Saúde, que se desdobra em três blocos teóricos: leitura socioantropológica da

saúde; cuidado com a saúde na Atenção Básica; e homeopatia e biomedicina como ‘racionalidades médicas’ distintas. Estes eixos teóricos são articulados pela noção de Redes Sociais³, enfocando o entrelaçamento de informação e saúde na constituição das redes sociais de cuidado.

A pesquisa foi desenvolvida mediante um conjunto de diferentes abordagens metodológicas:

- (a) análise dos dados do IBGE (Censo-2000) e levantamento de estudos sobre a população do Morro dos Cabritos, a fim de descrever quantitativa e qualitativamente diversos aspectos sobre a população e suas condições de vida;
- (b) análise documental na ONG HAPS, a fim de levantar os dados disponíveis sobre as crianças atendidas pelo programa, visando principalmente à análise quantitativa dos mesmos, para compor o perfil socioeconômico e demográfico das crianças e suas famílias;
- (c) aprofundamento das análises por meio de pesquisa qualitativa, definida por Minayo (2008a) como uma abordagem que, nas Ciências Sociais, lida com “um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificável”, preocupando-se, prioritariamente, “com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2008a, p.21). O enfoque qualitativo permite a reconstrução da produção de sentido dos atores sociais, para construir indicadores e interpretar os resultados observáveis das ações de informação (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2000, s.p.).

De forma complementar, adota-se como método de estudo a *sistematização*, uma ferramenta qualitativa, que parte do princípio de que as experiências de intervenção social geram um conhecimento muito relevante, embora não costume ser registrado, nem reaplicado, constituindo, nestes casos, um desperdício de experiência. A sistematização é aqui entendida como um processo metodológico e sistemático de interpretação crítica da realidade, que visa à transformação da mesma (DE SALAZAR, 2004, p.183; MARTELETO; VALLA, 2003, p.10). Esta proposta não constitui uma simples recuperação histórica, com organização das informações, e deve ir além dos aspectos narrativos e descritivos das experiências (MARTELETO; VALLA, 2003, p.10). Além de identificar e descrever os resultados da experiência, a sistematização busca fundamentalmente explicar e entender a razão destes resultados, tirando lições para aplicar em uma próxima experiência (DE SALAZAR, 2004, p.183). Busca-se a ordenação de um “sistema de práticas, conhecimentos, percepções e interações que ocorrem ou ocorreram em um momento ou contexto determinado” e, neste processo, devem participar ativamente pessoas ou grupos

³ Neste estudo adota-se a visão de redes sociais que se estabelecem no convívio social cotidiano, criando elos sociais por meio do contato interpessoal. A visão de redes sociais virtuais, que se constituem com as tecnologias de informação e comunicação (TICs), não é abordada nesta pesquisa.

diretamente envolvidos e os beneficiários do projeto. O envolvimento dos atores diretos das intervenções permite a promoção de processos de aprendizagem, que podem melhorar as práticas e se converter em referência para que pessoas ou grupos inseridos em outros contextos possam planejar e executar seus projetos (DE SALAZAR, 2004, p.183). Se, por um lado, a sistematização “orienta e ordena o pensamento de especialistas e cientistas sociais, por outro, constrói identidade e produz unidade nas organizações e movimentos sociais, abrindo espaço para a renovação da teoria e da prática” (MARTELETO; VALLA, 2003, p.10). Por seu caráter reflexivo de empoderamento individual e coletivo, a sistematização é capaz de gerar conhecimento a partir da prática (DE SALAZAR, 2004, p.181). Ela propicia a discussão, o enriquecimento e a atualização dos conceitos e enfoques teóricos que sustentam os projetos, além de possibilitar a construção do saber coletivo, a partir do qual seria possível, eventualmente, produzir teoria e metodologia para outros projetos (DE SALAZAR, 2004, p.185).

O trabalho de campo utilizou a técnica de grupos focais, utilizada pela pesquisa qualitativa para a coleta de dados que envolvam conhecimento, percepções, valores, sentimentos, etc. (MINAYO, 2008b, p.69). As entrevistas com as responsáveis pelas crianças atendidas foram realizadas em dois grupos, totalizando onze participantes. Foram realizadas também duas entrevistas individuais presenciais e uma entrevista por escrito com mães que não puderam comparecer no dia agendado para o grupo focal, mas que manifestaram o desejo de participar da pesquisa. Os responsáveis foram selecionados segundo dois critérios: (a) ser morador da comunidade do Morro dos Cabritos no início do tratamento, a fim de preservar o caráter territorial da intervenção; e (b) participar do programa de atendimento por no mínimo um ano ou seis consultas (mas, na realidade, todas as participantes da pesquisa acompanharam o tratamento das crianças por um período mínimo de dois anos). Um terceiro grupo focal contou com a participação de sete médicos homeopatas da ONG HAPS, selecionados segundo o critério de permanência mínima de dois anos no acompanhamento das crianças (mas todos os profissionais entrevistados participaram do atendimento por um período mínimo de três anos). Tanto as entrevistas coletivas quanto as individuais foram desenvolvidas a partir de roteiros semi-estruturados, com conteúdos diferentes para os responsáveis e os médicos. Os depoimentos foram gravados, após o consentimento formal dos participantes. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise temática do material, segundo as categorias de análise construídas para a pesquisa.

A presente dissertação está organizada em sete capítulos. No *primeiro*, contextualiza-se o objeto de estudo, apresentando inicialmente um breve histórico sobre o surgimento da homeopatia e sua introdução no Brasil, seguido do histórico sucinto sobre a criação da ONG HAPS e seu papel

político. Em seguida, descreve-se o projeto de atenção homeopática à saúde, implantado na comunidade do Morro dos Cabritos. Por fim, apresenta-se o perfil desta comunidade e de sua população, abordando aspectos geográficos, sanitários, socioeconômicos e demográficos.

O *segundo* capítulo discute a Informação inserida no contexto social, numa perspectiva dialética entre o sujeito e a realidade social, situando-a como fenômeno da esfera da cultura. Neste sentido, valorizam-se os significados que os sujeitos atribuem à informação, as relações de poder presentes no ambiente sociocultural e as condições históricas de produção da informação. Em seguida, são expostos os conceitos de ‘construção compartilhada do conhecimento’ e de ‘terceiro conhecimento’, e, finalmente, faz-se uma primeira aproximação ao tema das redes sociais.

No *terceiro* capítulo, discute-se brevemente a modernização da sociedade e da cultura, promovida pelo processo de racionalização. São também apresentadas as diferentes lógicas de ‘produção cultural de formas de não-existência’ pela racionalidade ocidental, a fim de compreender os processos de exclusão ou invisibilidade social tanto da medicina homeopática (não-hegemônica), quanto da população (de hierarquia social inferior). Por fim, são abordados valores dominantes no universo simbólico da cultura contemporânea.

O *quarto* capítulo trata do tema da Saúde. Inicialmente, são expostos os conceitos de saúde, promoção da saúde/ empoderamento (“*empowerment*”), qualidade de vida e racionalidades médicas. O capítulo se desdobra em três blocos teóricos: leitura socioantropológica da saúde; cuidado com a saúde na Atenção Básica, enfatizando a visão de cuidado integral; e homeopatia e biomedicina como racionalidades médicas distintas. Finalmente, discute-se o conceito de redes sociais para o cuidado em saúde.

No *quinto* capítulo são apresentados os passos metodológicos para a coleta de dados da pesquisa a partir da análise de documentos da ONG HAPS, bem como os resultados quantitativos do levantamento sobre o perfil das crianças atendidas. Descreve-se também o mapeamento dos responsáveis e dos médicos da ONG HAPS que participaram da pesquisa.

O *sexto* capítulo dedica-se aos resultados do trabalho de campo e inicia-se com a análise e interpretação das entrevistas com os responsáveis, seguida pela análise diacrônica das redes sociais de cuidado em saúde (antes, durante e após a intervenção homeopática) e as repercussões desta ação de intervenção na qualidade de vida das famílias. Posteriormente, são expostos os resultados da análise e interpretação da entrevista com os profissionais. Por fim, são sintetizadas as convergências observadas entre os responsáveis e os homeopatas.

No último capítulo, são apresentadas considerações finais, das quais constam as conclusões da pesquisa e os possíveis desdobramentos para estudos futuros.

2 HOMEOPATIA, ONG HAPS E POPULAÇÃO DO MORRO DOS CABRITOS

Neste capítulo busca-se contextualizar o objeto de estudo partindo de um breve histórico sobre o surgimento da homeopatia e sua introdução no Brasil, no qual se destacam certos aspectos de seu desenvolvimento, que alicerçam algumas reflexões elaboradas neste estudo. Em seguida, apresenta-se um histórico sucinto sobre a criação da ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante (HAPS) e a descrição do projeto de atenção homeopática à saúde implantado na comunidade do Morro dos Cabritos. Por último, descreve-se essa comunidade e sua população, abordando aspectos geográficos, sanitários, socioeconômicos e demográficos.

2.1 Homeopatia: criação, caracterização e breve histórico no Brasil

A homeopatia foi fundada pelo médico alemão Samuel Hahneman⁴, em 1796. Decepcionado com a terapêutica medicamentosa de seu tempo, Hahnemann abandona a prática médica oito anos após se formar, a fim de estudar, o que o faz redirecionar suas preocupações, destacando a importância de preservar a saúde (SAYD, 1992, p.1; ROSENBAUM, 2000, p.52). Sua preocupação ética com a missão do médico de curar é repetida e enfatizada permanentemente ao longo do “Organon”, considerado o livro chave para a medicina homeopática (SAYD, 1992, p.1-2).

A única e elevada missão do médico é restabelecer a saúde dos enfermos, que é o que se chama curar. O ideal mais elevado de uma cura é restabelecer a saúde de forma rápida, suave e permanente, ou remover e destruir toda a enfermidade pelo caminho mais curto, mais seguro e menos prejudicial, baseando-se em princípios de fácil compreensão. (HAHNEMANN, 1988 [1833], p.92, § 1 e 2)

A homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, que se baseia no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. (BRASIL, 2006b). As raízes da homeopatia estão vinculadas à corrente filosófica conhecida como vitalismo (ROSENBAUM, 2000, p.42), que constitui uma reação ao mecanicismo cartesiano (ROSENBAUM, 2000, p.44). Segundo Luz (1996, p.52), Hahnemann elabora um sistema médico em tudo diferente dos que constituíam a medicina de sua época: (a) no método, que, ao invés de dedutivo e lógico, pretende ser sistematicamente experimentalista; (b) na intervenção terapêutica, que pretende ser mais prática e de maior eficácia; e (c) na própria concepção do processo saúde-doença, que pretende ser mais científica ao tomar como “ponto de partida desse processo o homem como totalidade indissociável, o *individuo doente*” e não suas partes separadas, que são atacadas por uma patologia que as invade (LUZ, 1996, p.52, grifo da autora).

⁴ Christian Friedrich Samuel Hahnemann nasceu em Meissen, em 1755, e faleceu em Paris, em 1843.

Esta medicina foi introduzida no Brasil em 1840, pelo médico francês Benoît Mure (1809-1858), considerado o fundador da homeopatia no país (LUZ, 1996, p.27). Mure tinha uma intensa participação política ligada ao socialismo de Fourier, e chegou ao Brasil com a principal intenção de fundar um falanstério⁵ na província de Sahy, em Santa Catarina. Poucos anos mais tarde, após a falência de sua colônia socialista, dedicou-se à propaganda da homeopatia no Rio de Janeiro, aonde chegou em 1843 (LUZ, 1996, p.64).

Em estudo de análise sócio-histórica, que cobre 150 anos de história da homeopatia no Brasil (1840-1990), Luz (1996, p.29) afirma que desde o período inicial de sua implantação, a clínica homeopática buscou *aliviar as dores dos mais pobres* – incluindo os escravos, que geralmente ficavam à margem dos cuidados da medicina oficial (PORTO, 1988 *apud* LUZ, 1996, p.29; ROSENBAUM, 2000, p.73) –, causando estranheza para a classe médica da época, habituada a servir os oligarcas e funcionários da corte (PAGLIARO, 2004, p.31). À população pobre era oferecida atenção médica homeopática gratuita, com o objetivo de arrebatá-la à clientela da medicina oficial, e de legitimar socialmente esta prática médica, afirmando sua superioridade científica e ética (LUZ, 1996, p.66) face à medicina dominante, que deveria ser reformada por ser considerada pelos homeopatas como “‘tradicional’, ‘superada’, ‘ineficaz’, ‘cruel’, ‘sem princípios’ etc.” (LUZ, 1996, p.28). Desse modo, a homeopatia alcança *legitimação* diante da sociedade civil já em meados do século XIX – o que será um traço permanente em sua história – sem, no entanto, conseguir sua *legalização* nas instituições oficiais médicas (LUZ, 1996, p.29).

Em 1859 é fundado o Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB), no Rio de Janeiro, que se encontra em funcionamento até hoje.

Nas três primeiras décadas do século XX, ocorre uma grande expansão popular da homeopatia no Brasil, principalmente nos centros urbanos, além da oficialização do ensino médico homeopático, por meio da criação de: (a) duas faculdades de Medicina de Homeopatia – uma no Rio de Janeiro e outra no Rio Grande do Sul; (b) um hospital homeopático no Rio de Janeiro; e (c) Ligas de homeopatia em vários estados do país (LUZ, 1996, p.34-35).

Após este período, a homeopatia passa por uma fase de declínio acadêmico, entre 1930 e 1970, devido, por um lado, aos progressos da medicina tecnológico-científica – que se torna hegemônica no país e no mundo – e, por outro lado, à queda da dinamicidade acadêmica do Instituto Hahnemanniano, resultando na perda de controle dos homeopatas sobre a Faculdade e o Hospital Homeopáticos do Rio de Janeiro (LUZ, 1996, p.40). Neste momento, inicia-se a *construção da imagem da homeopatia como um sistema médico cientificamente ultrapassado*: “É

⁵ Falanstérios são “comunidades sociais e produtivas, com características de cooperativa, fruto das doutrinas anarco-socialistas do início do século XIX. Propostas por Fourier, foram adotadas por Benoît Mure no Brasil, que desenvolvera em seu país uma militância política e sindical significativa” (LUZ, 1996, p.64, nota 31).

nesse período que se forja a imagem que a homeopatia é uma *medicina superada, do tempo de nossos avós*. A ideologia do *progresso* (na medicina) alcança uma hegemonia sem precedentes em sua história e torna-se o parâmetro pelo qual vai ser avaliada a homeopatia.” (LUZ, 1996, p.40, grifo da autora). Ainda nesse período, esta medicina é apropriada pelos sistemas populares religiosos de cura (principalmente em centros espíritas e terreiros de umbanda), o que contribui para que sua tradicional clientela urbana se mantenha constante (LUZ, 1996, p.41), apesar de seu declínio acadêmico nesta fase.

Nos anos 1970 e 1980, face à crise do modelo médico dominante – ou seja, “da medicina especialista, tecnológica, *mercantilizada*, e marcada pelas terapêuticas invasivas e iatrogênicas⁶” – a homeopatia passa a ser vista como *terapêutica alternativa* (LUZ, 1996, p.42, grifos da autora), em sintonia com o movimento de contracultura iniciado no final da década de 1960 (LUZ, 2003, p.51). Esta visão desperta grande interesse entre estudantes de medicina, setores urbanos de classe média, pesquisadores médicos ou não, e políticos de saúde progressistas (que a implantam nos serviços públicos de saúde), o que leva à multiplicação de cursos de formação e especialização nesse momento (LUZ, 1996, p.43).

No Brasil, a homeopatia é uma especialidade médica reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) desde 1979 e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1980. Em 1986, as resoluções finais da 8ª Conferência Nacional de Saúde recomendam a introdução de práticas alternativas nos serviços públicos de saúde. Neste mesmo ano, realiza-se o primeiro concurso no país para médico homeopata na rede pública e cria-se a primeira farmácia homeopática de um hospital estadual. Desde 1990 são realizados concursos para concessão de título de especialista em Homeopatia, com respaldo da AMB e do CFM (PAGLIARO, 2004, p.30).

Concluindo este breve histórico, cabe ressaltar que a maioria dos médicos alopatas (da Medicina Ocidental Contemporânea ou Biomedicina⁷), sobretudo os que estão ligados a instituições de ensino e pesquisa, continua mantendo contra a homeopatia *os mesmos argumentos de meados do século XIX*, colocando-a como uma teoria e/ ou terapêutica anacrônica, que não acompanhou o progresso científico da medicina e cujos medicamentos não têm embasamento científico, não passando de placebos, uma vez que, após as diluições, não se pode observar moléculas de substância medicamentosa nas preparações farmacológicas (LUZ, 1996, p.44): “a visão da homeopatia como sistema médico ‘metafísico’, cientificamente superado, que ainda hoje

⁶ Iatrogenia é a ocorrência de doenças que se originam da terapêutica.

⁷ Este termo é preferencialmente adotado por sua concisão e por refletir de forma mais adequada a vinculação da medicina ocidental contemporânea com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia (CAMARGO JR., 2003b, p.101).

é representação social dominante, faz parte das estratégias da medicina oficial para desmoralizar um saber concorrente [...] desde o início do século XIX até os nossos dias” (LUZ, 1988, p.142).

Baseada no conceito de Bachelard, Luz (1988, p.142) aponta para uma situação de verdadeiro ‘bloqueio ou obstáculo epistemológico’, que se constitui, na maior parte das vezes, pelo desconhecimento ou desentendimento do sistema homeopático ao ser reduzido aos parâmetros da lógica biomédica, “que é tomada como modelo absoluto de avaliação de qualquer saber em termos de prática médica.” Este bloqueio conduz à “recusa pura e simples de aceitar (e às vezes até de examinar) um saber que se pautava por uma lógica diferente da do saber oficial.” (LUZ, 1988, p.142). A autora esclarece que, ao longo do desenvolvimento de seus estudos sócio-históricos sobre a medicina homeopática, nos anos 1980,

[...] ficou demonstrado que havia ali uma lógica terapêutica e diagnóstica distinta, porém coerente, além de concepções de fisiologia e fisiopatologia estruturadas em plano teórico e empírico, embora diferentes e discordantes das da biomedicina. Em suma, havia ali uma outra “racionalidade médica”⁸. (LUZ, 2007, p.4)

De fato, a homeopatia e a biomedicina constituem “saberes concorrentes, discursos-práticas científicos sobre o mesmo *objeto*” e a vitoriosa estratégia da biomedicina “tem passado historicamente pela ignorância ou desmoralização sistemática das diferenças – em seu proveito.” (LUZ, 1988, p.144-145, grifo da autora)

2.2 O Papel político da ONG HAPS e o projeto de atenção homeopática à saúde para o Morro dos Cabritos

A ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante (HAPS) é uma Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP), fundada em março de 1999 por um grupo de 23 médicos homeopatas do Rio de Janeiro (HAPS, 1999) (que atuavam anteriormente em uma instituição de ensino em homeopatia⁹), “com o objetivo de ampliar o acesso à homeopatia a todas as camadas da população.” (FONSECA et al, 2004, s.p.)

As razões que fundamentam a criação da ONG HAPS e que estabelecem a orientação inicial dos trabalhos se baseiam na observação de três aspectos que estão na ordem do senso comum e que são notadamente contrastantes: a homeopatia é efetiva, tem baixo custo no

⁸ O conceito de ‘racionalidades médicas’ será discutido no capítulo 5 – Cuidado em saúde e Racionalidades Médicas.

⁹ Escola Kentiana do Rio de Janeiro, do Instituto de Homeopatia James Tyler Kent. Nesta instituição, “alguns professores e alunos desenvolveram metodologias de ensino e aprendizagem da prática homeopática que objetivou conhecer as competências e habilidades consideradas básicas para o exercício da homeopatia” (PAGLIARO, 2004, p.5-6). A motivação para o desenvolvimento desta metodologia, construída coletivamente pelo grupo de fundadores da ONG HAPS, era buscar o aprimoramento da prática homeopática, com base na visão integral do paciente, tendo em vista que, naquele momento, havia uma tendência na Escola Kentiana, de priorizar os sintomas mentais do paciente, relegando os aspectos físicos a um plano de menor valorização.

tratamento da grande maioria dos agravos primários à saúde e é mínima a sua representatividade na totalidade dos serviços públicos de saúde no território nacional ainda que o contingente de praticantes esteja na ordem de 15000 médicos. Pode-se concluir desde já que a prática da homeopatia no Brasil ainda está representada, na sua grande maioria, pelo exercício liberal da medicina. Um dos objetivos da ONG HAPS é gerar indicadores sobre os aspectos acima mencionados. (PAGLIARO, 2004, p.1)

Em 2006, o Ministério da Saúde publica a Portaria 971, que institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b). Esta iniciativa visa à institucionalização da Homeopatia, bem como da Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura; das Plantas Medicinais e Fitoterapia; e do Termalismo Social / Crenoterapia. A ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante posiciona-se a favor desta política, considerando-a “um marco na democratização da saúde pois faculta à população o direito de optar pela terapêutica.” No entanto, na medida em que esta portaria não especifica suas fontes de recursos, nem define parâmetros que permitam monitorar sua implantação, a organização lança no mesmo ano uma campanha denominada “Homeopatia Direito de Todos”, que utiliza um abaixo-assinado a fim de cobrar essas ações, além de divulgar e reconhecer a portaria como um direito da população e defendê-la “de críticas claramente dirigidas a revogar esta conquista.” (HAPS, 2011a). A partir de junho de 2011, no intuito de explicitar a abrangência da campanha em relação a outras práticas integrativas e complementares, esta passou a ser denominada “Democracia na Saúde Já!” (ECOMEDICINA, 2011a). Até outubro de 2011, foram colhidas mais de 100 mil assinaturas em favor desta causa (ECOMEDICINA, 2011b), em diferentes estados do Brasil.

Em setembro de 1999, a ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante (HAPS) inaugurou sua sede, em Copacabana, a fim de “estabelecer um serviço homeopático de atendimento ambulatorial, com rotinas debatidas e acordadas pelo corpo clínico, e com seus resultados avaliados e divulgados.” (FONSECA et al, 2004, s.p.) A avaliação dos processos de trabalho e dos resultados alcançados sempre foi objeto de atenção dos fundadores da organização (FONSECA et al, 2004, s.p.).

No início do ano 2000, a ONG HAPS lançou a campanha “Adote a Saúde de uma Criança” no intuito de “oferecer tratamento homeopático gratuito para crianças em risco social”, provenientes da comunidade do Morro dos Cabritos (FONSECA et al, 2004, s.p.). Os doadores desta campanha, em sua maioria clientes de consultório ou familiares dos médicos da organização, contribuíam com um determinado valor e tornavam-se “padrinhos sociais” das crianças acompanhadas no serviço. Os recursos financeiros assim obtidos, embora relativamente regulares, evidenciando grande fidelidade dos “padrinhos” ao projeto, sempre se mostraram insuficientes para a manutenção do trabalho. As crianças eram atendidas gratuitamente e os medicamentos eram doados por farmácias parceiras da organização. A ONG HAPS também prestava atendimento

médico homeopático ao público em geral, cobrando preços mais acessíveis pelas consultas, e parte deste recurso contribuía para a manutenção do projeto.

O público alvo da intervenção eram crianças de 0 a 12 anos no momento de entrada no programa, sem patologia predeterminada. Ao longo dos oito anos e meio de atendimento, foram atendidas 258 crianças ao menos uma vez. Todas tiveram seu primeiro contato com homeopatia neste projeto. A maioria tinha como queixa principal problemas respiratórios (alérgicos ou infecções de repetição) ou problemas cutâneos (alérgicos ou infecciosos). Outras queixas comuns eram os problemas digestivos, de crescimento/ desenvolvimento, emocionais/ comportamentais e de aprendizado. Os acompanhantes das crianças na consulta podiam ser a mãe, a avó, uma tia, o pai ou, eventualmente, o irmão/ a irmã.

As crianças eram encaminhadas por meio da direção das três creches da comunidade do Morro dos Cabritos, segundo o critério de adoecimento recorrente que as impedisse de frequentar a creche regularmente. Os irmãos dessas crianças também poderiam ser incluídos no programa.

A sede da ONG HAPS localizava-se bem próxima à Ladeira dos Tabajaras, uma das vias de acesso à comunidade. Os próprios médicos fundadores da organização arcaram com a reforma completa e aluguel do imóvel, que contava com cinco salas de atendimento equipadas com mesa, cadeiras e maca, além de alguns brinquedos (simples, mas muito apreciados pelas crianças) e computadores equipados com programa homeopático de repertorização de medicamentos. A sede dispunha também de recepção/ sala de espera e uma sala de reuniões para cerca de 20 pessoas, onde médicos e responsáveis se reuniam assystematicamente.

O corpo clínico inicial do ambulatório contava com 13 médicos homeopatas unicistas¹⁰, fundadores da organização, com experiência profissional que variava de 5 a 20 anos de prática homeopática. Todos participaram de cursos de aperfeiçoamento desta prática, a fim de que a equipe trabalhasse com a mesma metodologia de atendimento, desenvolvida coletivamente pelo grupo nos seis anos que antecederam o início do trabalho. A equipe se reunia em sessões clínicas mensais, que foram se tornando mais raras com o passar do tempo e com o acúmulo de funções administrativas. O regime de trabalho era voluntário e muitos médicos tornaram-se “padrinhos” de crianças do programa.

O Gráfico 1 apresenta o período de permanência de cada médico que trabalhou no projeto. O corpo clínico da ONG contou com um número cada vez mais reduzido de médicos já nos primeiros anos de atendimento, devido à característica voluntária do trabalho. Entre meados de 2005 e meados de 2007, a organização contou com a breve participação de quatro novos médicos

¹⁰ Corrente da homeopatia que busca a compreensão do adoecimento a partir da totalidade dos sintomas de cada indivíduo, numa visão unitária, a partir da qual um único medicamento será prescrito, segundo a lei da semelhança.

homeopatas, três deles pluralistas¹¹. Dois outros médicos fundadores passaram a atender no ambulatório em meados de 2005 até o final do projeto. No período final da intervenção (2007-2008), apenas quatro médicos atuavam no ambulatório, cada um atendendo um turno por semana.

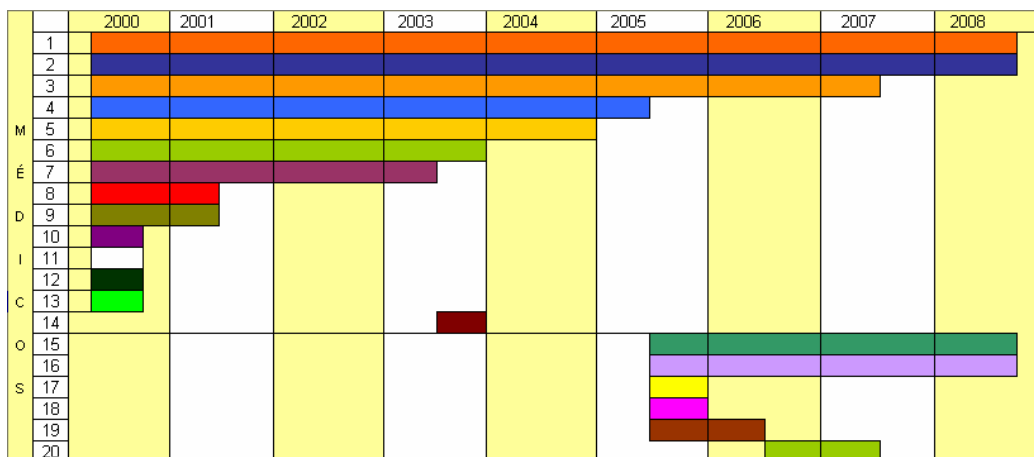


Gráfico 1: Período de permanência dos médicos no projeto de atenção homeopática à saúde para as crianças do Morro dos Cabritos (abril de 2000 a setembro de 2008).

Fonte: ONG HAPS, fichas da secretaria (2000-2008) e relatos dos próprios médicos.

A partir de 2005, uma equipe de nove psicólogos integrou o projeto (chegando a um total de 13 profissionais anos mais tarde), fazendo atendimento terapêutico voluntário para as crianças e/ ou familiares que fossem encaminhados pelos médicos. Um ano mais tarde (2006), uma fonoaudióloga também começou a participar voluntariamente do trabalho.

O projeto contava com uma atendente que cuidava do arquivamento dos prontuários; preenchia as fichas de comparecimento das crianças às consultas; recepcionava as crianças e acompanhantes; prestava informações; agendava consultas e as confirmava por telefone; agendava reuniões ou atividades de educação em saúde com os responsáveis e os profissionais; viabilizava o contato telefônico entre os responsáveis pelas crianças e os terapeutas (médicos e psicólogos) quando necessário; e organizava a correspondência para os padrinhos. Alguns voluntários apoiavam a parte administrativa e financeira da organização.

A observação de que muitas crianças não retornavam após o primeiro atendimento levou os profissionais a incluírem uma reunião para esclarecimentos antes da primeira consulta, o que parece ter contribuído para maior adesão das famílias.

O atendimento às crianças era feito sempre pelo mesmo médico, exceto em caso de adoecimento agudo da criança, quando esta poderia ser atendida por outro profissional. As consultas tinham data e hora marcadas com antecedência e eram confirmadas por telefone pela atendente. As consultas de primeira vez tinham sempre duração de uma hora e as de retorno

¹¹ O pluralismo é uma corrente da homeopatia que prescreve simultaneamente mais de um remédio homeopático para o paciente.

podiam ter de meia a uma hora de duração, dependendo do médico e da criança atendida. Nos primeiros anos de acompanhamento, os pacientes eram atendidos a cada dois meses e, posteriormente, esses intervalos tornavam-se maiores diante de um estado de saúde mais equilibrado. Os atendimentos eram realizados de segunda à sexta-feira, entre 8:00 e 17:00h, mas alguns turnos de atendimento não contavam com médicos disponíveis. Quando necessário, eram feitos contatos telefônicos dos responsáveis com os médicos, mesmo que o profissional não se encontrasse naquele momento na sede da organização. Caso as crianças necessitassem de atendimento médico de emergência fora desses horários, as famílias eram orientadas a procurar os serviços municipais de pronto atendimento (geralmente dirigiam-se ao Hospital Municipal Rocha Maia, em Botafogo, ou ao Hospital Municipal Miguel Couto, na Gávea, ou ainda ao Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto, em Copacabana, próximo à ladeira de acesso à comunidade) e a procurar a ONG HAPS posteriormente. A comunidade não era assistida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no período de duração do programa (2000-2008). A ESF só foi implantada no final de 2010.

As regras inicialmente formuladas para o funcionamento do projeto previam um acompanhamento de cinco anos para cada criança, tempo suficiente para melhorar significativamente o estado de saúde da maioria delas, possibilitando a oferta de atendimento a novas crianças após esse prazo. No entanto, este aspecto nunca foi rigorosamente cumprido e algumas crianças permaneceram até oito anos no projeto, porque “O acompanhamento homeopático, cujo objetivo terapêutico é o indivíduo em sua totalidade, não tem como determinar um momento específico para uma alta definitiva do tratamento.” (FONSECA et al, 2004, s.p.). Isto não impediu que outras crianças fossem incluídas ao longo do tempo, diante da desistência de outros pacientes, da melhora do estado de saúde de outras crianças (que passavam a ser acompanhadas com intervalos maiores entre as consultas), ou a eventual obtenção de novos recursos financeiros para o projeto.

As reuniões com os responsáveis eram obrigatórias para aqueles que quisessem iniciar o tratamento das crianças e em determinados momentos de avaliação do trabalho junto com a equipe. Durante cerca de três anos, na fase inicial do projeto (2000-2004), foram também realizadas atividades de Educação em Saúde, sem presença obrigatória para os responsáveis. Nestes encontros, os familiares discutiam temas diversos relacionados à saúde, tiravam dúvidas sobre o tratamento homeopático e podiam também aprender a fazer piolhidas e xaropes caseiros.

O projeto foi interrompido em virtude da crônica escassez de recursos financeiros, quando a organização pretendia transferir o ambulatório para uma das creches da comunidade e ampliar o atendimento para os familiares adultos, visando à diminuição dos custos financeiros com a

manutenção de sua sede e à penetração mais profunda na comunidade. No momento em que a ONG HAPS mudou sua sede administrativa para outro bairro, a creche desistiu de abrigar o ambulatório. Os pacientes foram transferidos para os consultórios dos quatro médicos que ainda participavam do projeto, com perda de algumas características do atendimento inicialmente planejado.

Em 2003, a ONG HAPS (2011b) realizou um levantamento junto aos responsáveis pelas crianças atendidas, a fim de conhecer sua visão sobre os resultados obtidos e seu grau de satisfação com o tratamento. Até aquele momento, 162 crianças haviam sido assistidas, sendo 45,16% na faixa etária de 0 a 4 anos; 38,71% na faixa de 5 a 8 anos; e 16,13% na faixa acima de 9 anos. O *site* da ONG HAPS exibe os gráficos abaixo com os resultados deste levantamento (Gráficos 2 e 3). Dois aspectos relacionados à satisfação da clientela são aparentemente conflitantes com os resultados clínicos. Apesar de 12,31% dos familiares não mencionarem qualquer melhora orgânica, e 56,96% não observarem qualquer melhora na avaliação mental até aquele momento, nenhum familiar considerou o resultado do tratamento ruim, e a nota (de 0 a 10), dada pelos responsáveis para a avaliação geral, resultou em uma média de 9,90. Na época, este dado não foi objeto de uma análise mais aprofundada, mas uma outra pesquisa, realizada na segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas, coordenado por Madel T. Luz e desenvolvido em 1995-1997, sugere uma explicação para o fato. A pesquisa de campo, realizada por meio de entrevistas com pacientes do ambulatório de homeopatia, em três unidades do serviço público do Rio de Janeiro¹², demonstrou que a grande satisfação manifestada pelos pacientes em relação aos serviços de homeopatia se vinculava à satisfação em relação aos médicos homeopatas: “o bom atendimento que recebiam dos homeopatas era transferido para a avaliação do serviço como um todo.” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.19). Nesta mesma pesquisa, outros aspectos relacionados à satisfação da clientela eram: o espaço físico do serviço, o baixo custo do tratamento e o fornecimento do medicamento por parte da instituição (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.19). O projeto de atenção à saúde da ONG HAPS contava com a parceria de farmácias homeopáticas, que forneciam os medicamentos sem custo para a população do Morro dos Cabritos. A questão do espaço físico da ONG HAPS foi investigada para esta população por meio de 69 questionários respondidos pelos responsáveis entre março de 2001 e dezembro de 2002: higiene e limpeza do local foram consideradas boas para 100% dos respondentes; e conforto foi considerado bom para 97% deles (FONSECA et al, 2004, s.p.).

¹² Um hospital (Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro - IASERJ), um centro municipal de saúde (CMS Heitor Beltrão) e um instituto-escola (IHB).

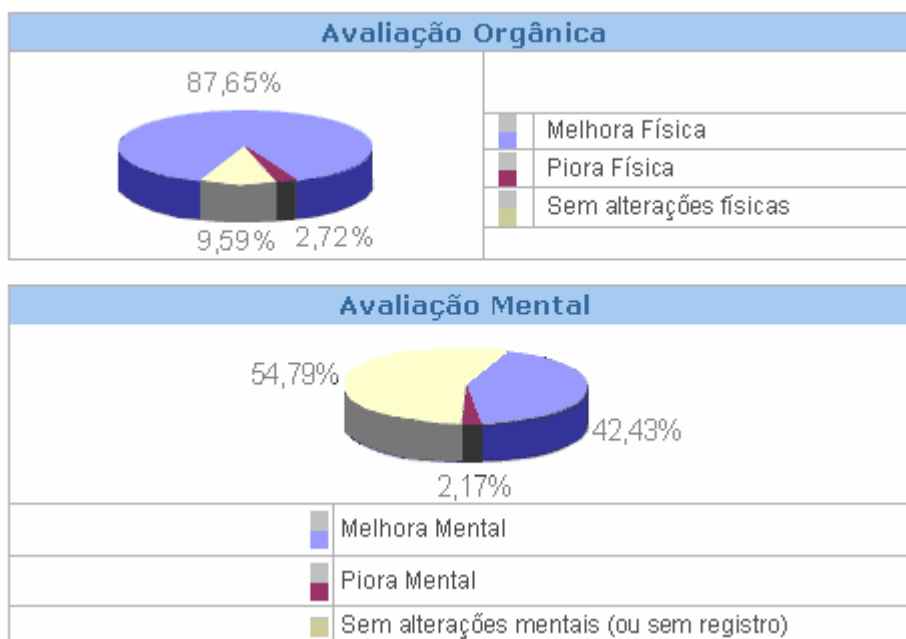


Gráfico 2: Avaliação de resultados clínicos – 2003 (ONG HAPS)

Fonte: Homeopatia Ação pelo Semelhante, 2011c. Disponível em:

<<http://www.semelhante.org.br/resultados.htm>>. Acesso em 04 set. 2011.

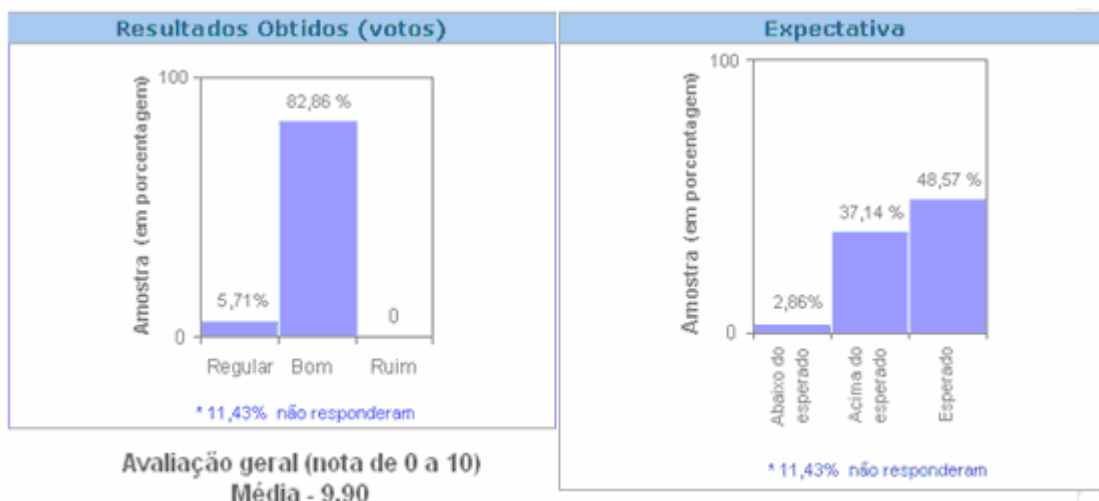


Gráfico 3: Satisfação da clientela – 2003 (ONG HAPS)

Fonte: Homeopatia Ação pelo Semelhante, 2011c. Disponível em:

<<http://www.semelhante.org.br/resultados.htm>>. Acesso em 04 set. 2011.

2.3 A comunidade do Morro dos Cabritos

Segundo o Sistema de Assentamentos de Baixa Renda¹³ (SABREN, 2011), o complexo Morro dos Cabritos é formado por 4 favelas: Ladeira dos Tabajaras; Ladeira dos Tabajaras, nº 248; Ladeira dos Tabajaras, nº 256; e Morro dos Cabritos. Este complexo se situa na zona sul do município do Rio de Janeiro, no bairro de Copacabana, Região Administrativa V – Copacabana,

¹³ Fonte: Sabren – Sistema de Assentamentos de Baixa Renda. Disponível em: <<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/sabren/index.HTM>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

Área Programática 2 (AP2), e seu acesso principal se faz pela Rua Euclides da Rocha (Figura 1).

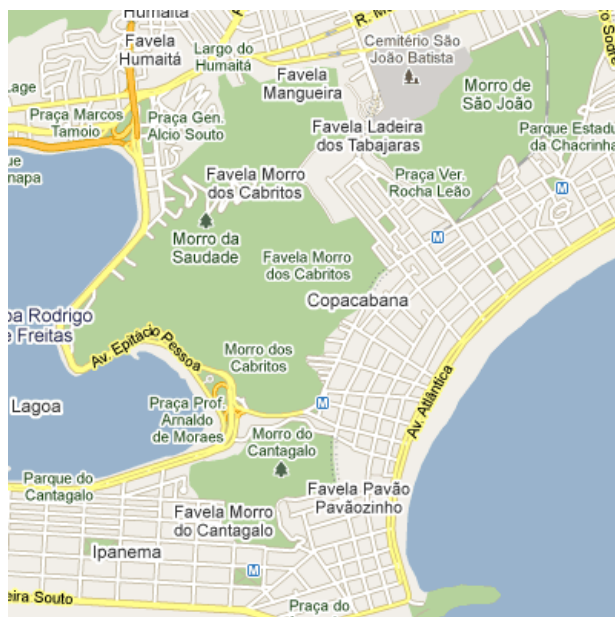


Figura 1: Mapa de localização da comunidade do Morro dos Cabritos.

Fonte: Copacabana.com. Disponível em: <<http://copacabana.com/r-siqu.shtml>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

De acordo com o Censo realizado pelo IBGE em 2000¹⁴, o Morro dos Cabritos apresentava 637 domicílios¹⁵, sendo 589 domicílios particulares permanentes (92.5%) e 48 domicílios coletivos (7.5%). Dentre os 589 domicílios particulares permanentes:

- todos dispunham de abastecimento de água a partir da rede geral, canalizada até o domicílio;
- 583 desses domicílios (99%) contavam com a rede geral de esgotamento sanitário;
- 324 (55%) contavam com serviço de limpeza para recolhimento de lixo e, em 265 domicílios (44%), o lixo era coletado em caçamba¹⁶;
- 501 dispunham de 1 banheiro (85%); 65 de 2 banheiros (11%), 13 de 3 ou mais banheiros (2,2%) e 9 não dispunham de banheiro (0,2%) no domicílio.

Segundo a mesma fonte do Censo-2000, o Morro dos Cabritos apresentava uma população de 2.040 moradores, sendo 953 do sexo masculino (46.72%) e 1.087 do sexo feminino (53,28%).

O número de moradores por domicílio está representado no Gráfico 4. Observa-se que 148

¹⁴ Dados divulgados pelo Armazém de Dados do Instituto Pereira Passos (IPP), no PortalGeo da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/morei9100/process/ger_proced.asp> Acesso em: 02 abr. 2011.

¹⁵ Os dados de população e domicílios são *estimativas* com base nos resultados do Censo Demográfico 2000 do IBGE. Foram obtidos através da compatibilização entre os limites do cadastro de favelas do IPP e os dos setores censitários do IBGE.

¹⁶ A população considerava insuficiente o número de caçambas públicas e coletivas e o lixo que ali deveria ser despejado, “muitas vezes acaba sendo despejado nas encostas em função das dificuldades que os moradores encontram em transpor as longas escadarias” (PAGLIARO, 2004, p.52).

domicílios apresentam três moradores (25%), 123 apresentam dois moradores (21%) e 114 apresentam quatro moradores (19.4%). Em 79 domicílios mora apenas uma pessoa (13.4%) e em 63 domicílios moram cinco pessoas (10.7%). A maioria dos domicílios (385 ou 65.4%) apresenta de dois a quatro moradores e aqueles onde moram seis ou mais pessoas representam juntos 62 domicílios (10.5%), o que evidencia a presença de famílias pouco numerosas na maior parte dos domicílios desta comunidade.

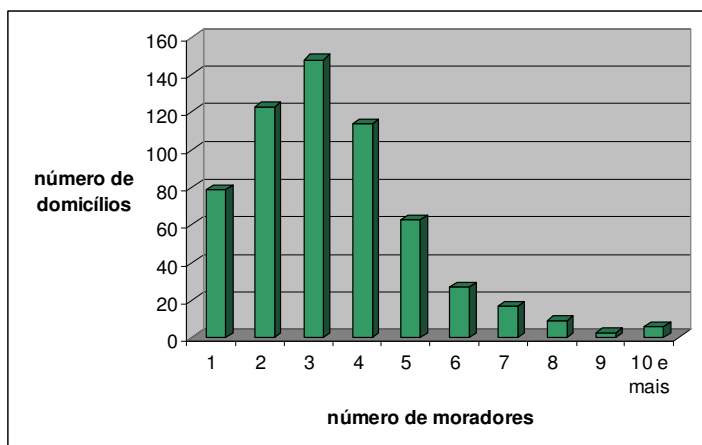


Gráfico 4: Número de moradores por domicílio particular permanente no Morro dos Cabritos – 2000.

Fonte: Armazém de Dados do Instituto Pereira Passos (IPP) – PortalGeo da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/morei9100/process/ger_proced.asp> Acesso em: 02 abr. 2011.

A população infantil (0-12 anos) da comunidade do Morro dos Cabritos, em 2000, era de 499 moradores (24,46% do total), sendo 249 do sexo masculino (49,9 %) e 250 do sexo feminino (50,1%). A população não alfabetizada (de 5 anos ou mais) era de 220 moradores (12,08%) no mesmo ano (IBGE, Censo-2000).

Os dados que se seguem constam de um levantamento realizado por acadêmicos de enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ em 2001-2002 (SOUZA et al, 2002, s.p.) e foram obtidos: em 183 domicílios da comunidade (com 639 moradores), por meio da aplicação de um formulário de perguntas fechadas; e a partir dos formulários de 130 crianças que frequentavam a creche comunitária (Creche Cantinho da Natureza) em 2001-2002. O levantamento conclui que:

- 97,8% dos domicílios estudados eram de alvenaria e 61% deles possuíam de cinco a seis cômodos;
- quanto ao saneamento básico, constatou-se uma cobertura relativamente adequada das redes públicas de água (100%) e esgoto (92%);
- o tratamento da água utilizada para beber (filtro, fervura ou cloro) só foi constatado em 86,6% dos domicílios;

- a renda de 45% das famílias era de 1 a 2 salários mínimos; 23% das famílias tinham renda de 2,1 a 3 salários mínimos; e 32% das famílias tinham renda superior a 3 salários mínimos;
- diante da ocorrência de algum problema de saúde, 40% procuravam o centro municipal de saúde, 55% recorriam aos hospitais públicos e 5% utilizavam o plano de saúde;
- quanto ao estado nutricional, 20% das crianças, que frequentavam a creche Cantinho da Natureza em 2001 e 2002, apresentavam déficit de peso para a sua idade (SOUZA et al, 2002, s.p.).

Em estudo de caso com famílias desta mesma comunidade, Naiff e outros (2007, p.9) realizaram 10 entrevistas individuais com moradores (pais, mães e avós de crianças e adolescentes), buscando conhecer os *apoios* utilizados pelas famílias na criação dos filhos e enfocando o sentido dado pelas famílias a este conceito: a creche se destaca como um apoio importante, mas a escola, que poderia ser fonte de apoio, não atende às necessidades cotidianas das famílias (NAIFF et al, 2007, p.14): “Os vizinhos são os grandes aliados no cuidado das crianças e adolescentes dentro da comunidade. Esse é um cuidado informal, de observação, que mantém os pais informados mesmo longe de casa.” (NAIFF et al, 2007, p.12). Para este grupo de moradores entrevistados, os serviços voltados para as famílias da comunidade do Morro dos Cabritos são: as três creches que atuam no local, o Centro Municipal de Saúde, o CEMASI Maria Vitória e a ONG HAPS, “que realiza atendimentos em homeopatia e psicoterapia” (NAIFF et al, 2007, p.9). As autoras observaram ainda que “Muitos pais gostariam de maiores esclarecimentos sobre a questão das drogas, criação dos filhos, além de demandarem terapia familiar, ou grupos de conversa onde poderiam trocar conhecimentos, dúvidas e apoio mútuo.” (NAIFF et al, 2007, p.14)

A violência decorrente da presença do tráfico de drogas era o principal motivo de preocupação fora de casa e o problema mais denunciado pelas famílias: “Drogas, armas e o poder do tráfico representam forças contra as quais lutar é muito difícil, mesmo para as famílias mais presentes e atuantes na criação de seus filhos.” (NAIFF et al, 2007, p.12). Sobre este aspecto, as autoras concluem que a violência ligada ao tráfico de drogas “é extremamente impactante no que diz respeito à criação dos filhos” e que “as famílias que vivem nas comunidades subjugadas pelo tráfico temem a morte prematura, o envolvimento com o crime, a prisão de seus filhos, meninos e meninas.” (NAIFF et al, 2007, p.17)

A comunidade do Morro dos Cabritos sofreu com o tráfico de drogas e a dominação da facção criminosa Comando Vermelho (CV) por quase 30 anos. Esta situação só se modificou em janeiro de 2010, quando a população passou a contar com uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) (SOUL BRASILEIRO, 2011), em um momento posterior ao período de análise deste estudo.

3 INFORMAÇÃO, CULTURA E REDES SOCIAIS

Neste capítulo são expostos os conceitos de informação, ‘construção compartilhada do conhecimento’ e ‘terceiro conhecimento’. Mais adiante, faz-se uma primeira aproximação ao tema das redes sociais.

O termo ‘informação’ é complexo e polissêmico, sendo utilizado em diversos campos do conhecimento. Seu uso na linguagem cotidiana se refere ao ato de comunicar conhecimento, e este sentido lhe confere um papel central na sociedade contemporânea (CAPURRO; HJORLAND, 2007 [2003], p.149).

A informação constitui o fenômeno básico da Ciência da Informação e, para Capurro e Hjørland (2007 [2003], p.151), o aspecto mais importante para a Ciência da Informação “é considerar a informação como força constitutiva da sociedade”.

Neste campo do conhecimento, o conceito de informação pode ser entendido de diversas maneiras. Para Saracevic (2009, s.p.), em um sentido restrito, a informação é vista como sinais ou mensagens para decisões, o que envolve pouco ou nenhum processo cognitivo, ou permite que tal processo seja expresso em algoritmos e probabilidades. Em um sentido amplo, a informação afeta ou modifica o estado da mente, o que envolve processamento cognitivo e compreensão. Em um sentido ainda mais amplo – que, para o autor, é aquele que coincide com o campo da Ciência da Informação – a informação é vista dentro de um contexto (uma situação, uma tarefa, um problema, etc.), envolve motivação e intencionalidade, e incorpora cognição e contexto. Neste sentido, a informação se refere a um vasto horizonte social, como a cultura, o trabalho ou um problema a ser analisado (SARACEVIC, 2009, s.p.).

O que é informativo para cada pessoa “depende das necessidades interpretativas e habilidades do indivíduo (embora estas sejam frequentemente compartilhadas com membros de uma mesma comunidade de discurso).” (CAPURRO; HJORLAND, 2007 [2003], p.155). Lidar com o significado de uma mensagem implica considerar a interpretação, ou seja, “a seleção entre as possibilidades semânticas e pragmáticas da mensagem”. Neste sentido, faz-se necessário introduzir a perspectiva do receptor, incluindo seus desejos e crenças, e tornando-o “um parceiro ativo no processo de informação.” (CAPURRO; HJORLAND, 2007 [2003], p.169).

Adota-se neste trabalho o conceito mais amplo de informação, referenciada “ao processo de transformação do conhecimento e, particularmente, à seleção e interpretação dentro de um contexto específico” (CAPURRO e HJORLAND, 2007, p.150), o que está implícito no papel social da Ciência da Informação (SARACEVIC, 2009, s.p.).

Partindo de uma perspectiva teórica pluralista, Braman (2005, p.3-4) utiliza uma definição que permite reconhecer a riqueza do conceito de informação tanto em relação ao seu significado, quanto ao seu uso. Embora a informação seja abordada no contexto econômico, a autora enfatiza que os processos econômicos estão intimamente interligados com outros processos culturais e sociais, o que situa o estudo da ‘economia da informação’ em um campo amplamente definido (BRAMAN, 2005, p.4). Desse modo, Braman propõe analisar a informação considerando os diferentes momentos do seu ‘ciclo de vida’, os quais constituem a ‘cadeia de produção da informação’: criação, processamento, transporte, distribuição, armazenamento, destruição, e busca (BRAMAN, 2005, p.21). Esses momentos são descritos por González de Gómez:

a) a criação de informação, entendendo como tal a criação do novo, ou a geração de valores informacionais a partir de fontes textuais, factuais ou de dados – como as séries estatísticas; b) o processamento de informação, diferenciando aquele que se realiza através de algoritmos, usando linguagens matemáticas e computacionais e os processos cognitivos, usando linguagem natural e códigos especializados; c) a mobilização da informação, desdobrada em transporte (mobilização de mensagens em ações pontuais, incluem uma mensagem) e distribuição (canais regulares de fluxos de informação); d) a armazenagem e preservação da informação, destacando a importância da formação e consolidação de memórias sociais e culturais; e) a destruição de informações, considerando quais ficam sem inscrição, quais sem tratamento, quais sem disseminação, e preocupando-se com a destruição de registros organizacionais ou do patrimônio natural e cultural das populações nativas e locais; f) a busca de informações, considerando as novas formas sociais de agregação e dispersão de fontes, recursos e instrumentos de busca de informação, diferenciando-se as questões que resultam do acesso à infraestrutura das questões que resultam do acesso às próprias fontes (lingüísticas, epistêmicas, sociais) e, em ambos casos, as questões das condições econômico-sociais de disponibilização e acesso à informação. (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2006, s.p.)

Na visão de Barreto (1994, p.3), a informação se apresenta como elemento de referência e organização do homem, e está relacionada não apenas à produção de conhecimento no indivíduo, como também ao desenvolvimento da liberdade deste indivíduo, de seu grupo de convivência e da sociedade como um todo. O autor afirma, entretanto, que “em uma realidade fragmentada por desajustes sociais, econômicos e políticos, a disponibilidade ou a possibilidade de acesso à informação não implica uso efetivo que pode produzir conhecimento”, e que, para democratizar de fato a informação, é “necessário que o indivíduo tenha condições de elaborar este insumo recebido, transformando-o em conhecimento esclarecedor e libertador, em benefício próprio e da sociedade onde vive.” (BARRETO, 1994, p.5)

Na medida em que a própria existência do homem o coloca “‘fora de si’, sendo no mundo, junto a outros homens” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2002, p.32), González de Gómez (2002, p.30) observa que a virada pragmática “situa a informação como dimensão das práticas e interações do homem, situado no mundo e junto aos outros homens.” Nesse sentido, “a chave para estabelecer o ponto de vista da Ciência da Informação seria pensar sempre a informação imersa em ‘formas de

vida’, próprias das comunidades concretas e seus horizontes diferenciados de pré-compreensão” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2002, p.33), nas quais os sujeitos constroem intersubjetivamente o conteúdo da informação, no contexto de suas interações cotidianas:

A questão da intersubjetividade conformada a partir da informação se torna central para a compreensão dos diferentes planos de realidade, da distinção entre as diferentes formas de conhecimento e dos mecanismos de sua configuração e legitimação. Os sujeitos precisam, necessariamente, ser incluídos nos estudos sobre a informação e, sobretudo, precisam ser incluídos em suas interações cotidianas, formas de expressão e linguagem, ritos e processos sociais. (ARAÚJO, 2003, p.25)

O campo científico da Ciência da Informação, ao privilegiar o objeto informação, se diferencia das outras áreas por buscar o entendimento desses processos e analisá-los “a partir das conexões estabelecidas entre os sujeitos, a realidade social e o significado que lhes é atribuído.” (SILVA; REIS, 2011, p.133). Desse modo, a informação “é um signo que se atualiza na interface com o sujeito” (MOURA, 2006, p.2) e a Ciência da Informação apresenta-se como “um campo de conhecimento que estuda a informação ancorada no tecido social.” (MOURA, 2006, p.5)

O conceito de ‘ação de informação’ permite à Ciência da Informação demarcar seu domínio no contexto das ações sociais. Ao buscar na leitura sociológica da ‘teoria da ação’ a base teórica para “uma abordagem situacional e não psicológica do conhecimento e da informação”, Wersig (1985) estabelece uma diferença entre *comportamento* e *ação*: o primeiro remete ao que é observável, enquanto a ação “concerne a uma intenção do ator para alcançar ou realizar algo, e essa intencionalidade faz a ação significativa – ao menos para o ator.” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2002, p.36-37)

Reis (1999, p.155) define informação como elemento chave para internalizar e compreender a realidade, o qual exige um processo de crítica e reflexão daquele que a recebe para transformá-la em conhecimento e nortear a ação. A autora adota uma visão crítica ao afirmar que “informação constitui um dos aparatos da estrutura social, exigindo, portanto, para sua compreensão, o desvelamento das articulações de poder, bem como uma visão histórica da sociedade e das relações sociais que nela se engendram.” (REIS, 1999, p.154-155)

Tomando a cultura como contexto, Marteleto (1994, p.131-132) propõe uma Antropologia da Informação. Cabe ressaltar que esta denominação não se refere ao olhar disciplinar da Antropologia sobre o campo da Ciência da Informação, e representa, ao contrário, um esforço para se afastar da disciplinarização, inserindo a perspectiva da cultura no campo da informação, sem abandonar a historicidade das questões.

Nesta perspectiva, considerando o domínio sócio-histórico, a informação representa uma resposta que é dada em uma determinada tradição cultural, na qual se vive e se sente seguro.

Ela é, nesse sentido, a expressão simbólica materializada em instituições, discursos e práticas, de uma verdade. É ainda o elemento de continuidade do passado, reelaborado e reinterpretado à luz do tempo presente que nos organiza e constitui o princípio da nossa identidade, no qual estão pautadas nossa teoria e nossa prática. (MARTELETO, 1994, p.132-133)

A Antropologia da Informação situa a informação como *fenômeno da esfera da cultura*, que “se constitui como processo de elaboração de sentidos sobre as coisas e os sujeitos no mundo, o que a associa, de imediato, às formas de representação e conhecimento.” (MARTELETO, 2002, p.101). Nessa perspectiva, a informação não é um fenômeno alheio às práticas e representações de sujeitos que vivem e interagem na sociedade e que estão inseridos em determinado contexto cultural. Ao contrário, informação, conhecimento e comunicação tomam corpo nas práticas e representações sociais, bem como nas relações entre os sujeitos coletivos. Partindo deste entendimento, torna-se necessário o apoio da teoria social, com seus conceitos e modos de interrogar a realidade social nos seus aspectos teóricos, epistemológicos e metodológicos (MARTELETO, 2002, p.102).

A Antropologia da Informação situa suas questões de estudo “nas confluências, estranhamentos, conflitos e contradições existentes entre a ordem social sistêmica e institucional dos sentidos, e aquela das suas apropriações por sujeitos produtores, mediadores, receptores no mercado de bens simbólicos.” Seus princípios e pressupostos gerais buscam o questionamento sobre o conhecimento (sua produção, distribuição e organização na sociedade), como meio de construção e exercício da cidadania, no ambiente cultural das chamadas sociedades da informação e comunicação. Privilegia-se o terreno da sociedade civil (com seus grupos, organizações, movimentos sociais), com destaque para a população excluída do processo de desenvolvimento socioeconômico e as práticas do terceiro setor (MARTELETO, 2002, p.104). Trata-se, portanto, de uma abordagem bastante adequada ao presente estudo.

Considerando que toda forma de conhecimento é social e historicamente condicionada, as diferentes formas de conhecer e nomear a realidade se inserem em uma disputa simbólica pelo monopólio da palavra e da verdade legítimas no espaço social, e são tão diversas quanto são os interesses e as condições sociais, econômicas e culturais dos seus portadores (MARTELETO, 2002, p.107-108).

Nas sociedades ocidentais-capitalistas-industriais, além da informação ser “o elemento mediador das práticas, das representações e das relações entre os agentes sociais, [...] ela constitui hoje [...] uma maneira de lidar com a realidade”, isto é, uma forma moderna de acessar signos e significados e de construir interpretações sobre o real. Desse modo, a informação assume um sentido processual (MARTELETO, 1994, p.133) e “deve ser considerada no plano das ações e representações dos sujeitos, em suas práticas sociais históricas e concretas, enquanto um elemento que permeia cada

uma dessas práticas.” (MARTELETO, 1994, p.134). Além disso, a informação também pode ser vista como uma prática inserida em um contexto sociocultural de produção de discursos, representações e valores, que fornece aos sujeitos uma base cognitiva, discursiva e comunicacional para conduzir suas vidas e se relacionar socialmente. As práticas de informação, sob o olhar da Antropologia da Informação, podem ser entendidas como mecanismos de apropriação, rejeição, ou elaboração de significados e valores por sujeitos capazes de reinterpretar os dispositivos informacionais a partir de suas experiências, nas quais se encontram os antagonismos e a pluralidade (MARTELETO, 1994, p.134). Desse modo, a informação é o resultado de um processo de interação social, por meio do qual o sujeito constrói ativamente o significado das informações na interação cotidiana com outros indivíduos.

No sentido antropológico mais geral, a *cultura* é entendida como “o ‘modo de relacionamento humano com seu real’, ou ainda como o conjunto dos artefatos construídos pelos sujeitos em sociedade (palavras, conceitos, técnicas, regras, linguagens) pelos quais dão sentido, produzem e reproduzem sua vida material e simbólica.” A *informação*, além de se referir ao modo dos sujeitos se relacionarem com a realidade, também diz respeito aos artefatos criados pelas relações e práticas sociais. Estes dois conceitos ou fenômenos, cultura e informação, se encontram interligados por sua própria natureza: a cultura funciona como uma memória, que conserva e reproduz todos os artefatos simbólicos e materiais de cada sociedade humana, sendo, desse modo, a depositária da informação social (MARTELETO, 1995, s.p.): “Vista assim como uma totalidade, um conceito nucleador, a cultura é o primeiro momento de construção conceitual da informação, como artefato, ou como processo que alimenta as maneiras próprias de ser, representar e estar em sociedade.” (MARTELETO, 1995, s.p.)

Na perspectiva da Antropologia da Informação, o processo de construção do objeto *informação* deve levar em conta não só as estruturas materiais e simbólicas do universo cultural, mas também as práticas e representações dos sujeitos, lembrando que, em nosso tipo de sociedade, as práticas informacionais se constituem a partir de múltiplas significações superpostas, que são, por vezes, conflitivas e concorrentes (MARTELETO, 1995, s.p.).

O modelo ocidental de conhecimento, na perspectiva da Antropologia da Informação, é nomeado de ‘cultura informacional’, diante da fragmentação existente entre os grupos de produtores, mediadores e receptores de informações, que participam de um mercado de bens simbólicos, no qual as informações e os bens culturais apresentam pesos e tarifas diferenciados (MARTELETO, 2002, p.109-110).

Cardoso (1994, p.110-111) se baseia em Teixeira Mendes para definir ‘informação’ como elo intimamente conectado com o processo de construção do conhecimento, tornando-se, desse

modo, um ‘instituinte cultural’, o qual tanto pode gerar mudanças, quanto pode reproduzir o que já está estabelecido. A autora busca captar e interpretar o fenômeno informacional em seu movimento dialético entre a sociedade (como produto humano) e o homem (como produto social). Para Cardoso (1994, p.111), a realidade se mostra em movimento e construção permanentes. Todo processo de conhecimento é apenas uma das possibilidades de aproximação da verdade e, para que o objeto de estudo da área de Informação Social seja apropriado, é preciso ter como referência: (a) a historicidade tanto dos sujeitos cognoscentes, quanto dos objetos cognoscíveis, “que os coloca em uma relação culturalmente determinada; em uma interação de produção de sentidos”; (b) a totalidade dos fenômenos sociais, entendida como o contexto onde estes ocorrem. Neste sentido, a sociedade é vista como uma estrutura orgânica, na qual o conjunto ou o todo dão sentido ao fragmento ou à parte. Busca-se, assim, evitar uma visão fragmentada ou ideológica da informação; e (c) a tensionalidade sempre presente na sociedade, que determina as relações e a produção de sentido sobre estas relações nos diferentes grupos, segmentos e classes sociais, tornando a cultura – entendida pela autora como um conjunto de valores, crenças, práticas, conhecimentos/informações – um campo de disputa pela hegemonia (relembrando Gramsci), ou seja, de relações de poder visando à imposição de idéias, valores e práticas de um grupo ou classe social à sociedade como um todo (CARDOSO, 1994, p.111-112).

A partir desses pressupostos, os estudos em Informação Social compreendem “o trabalho de produção/ difusão do conhecimento como um compromisso ético que supõe a intervenção sobre o real para sua transformação.” (CARDOSO, 1994, p.112-113).

Nesta perspectiva, Marteleto e Ribeiro (2003, p.13) enfatizam que a informação abre caminhos para a conquista dos “direitos da cidadania” e de “acesso ao saber produzido” e, assim como o conhecimento, a informação está relacionada ao poder.

Sua disponibilidade, acesso e absorção pelos agentes sociais agregam valor ao conhecimento por eles/neles incorporado, isto é, enriquecem e potencializam suas ações sobre a realidade, pois a informação permite a sistematização dos dados objetivos e exteriores aos agentes, e aqueles extraídos da sua própria experiência [...]. A construção da cidadania inclui como pressuposto a aquisição compartilhada do conhecimento e o emprego das informações, vindas de diferentes fontes, para suporte à ação dos agentes, grupos e entidades no âmbito dos movimentos sociais. (MARTELETO; RIBEIRO, 2001 p.13-15)

Concluindo esta seção, os conceitos de informação apresentados acima e adotados nesta pesquisa procuram inseri-la no contexto sociocultural e histórico, numa perspectiva dialética entre sujeito e realidade social, valorizando os significados que os sujeitos lhe atribuem, bem como as relações de poder presentes no ambiente sociocultural.

3.1 Construção e apropriação do conhecimento

O estudo sobre a construção e apropriação do conhecimento na sociedade, especialmente na sociedade civil organizada, torna-se importante atualmente diante do processo de reorganização do capitalismo em escala global e os consequentes desafios econômicos, políticos e socioculturais, que se impõem aos diferentes atores neste contexto, no qual o conhecimento e o acesso à informação são elementos relevantes para o desenvolvimento econômico, o exercício da cidadania, a educação e o trabalho (MARTELETO; VALLA, 2003, p.9).

Os conceitos de ‘construção compartilhada do conhecimento’ e de ‘terceiro conhecimento’ foram elaborados ao longo das pesquisas e práticas de intervenção social em saúde. O primeiro está ligado à Educação Popular, e o último associa-se à Antropologia da Informação. Ambos são utilizados para se refletir sobre as disputas simbólicas que ocorrem nos espaços sociais no campo da saúde. As duas áreas se preocupam com questões muito próximas, a maioria delas ligadas à construção e organização do conhecimento social, que é um tipo de conhecimento que se forma e se justifica pela prática (MARTELETO; VALLA, 2003, p.8-9).

Os processos de construção compartilhada de conhecimento abrangem novas formas de combinar conhecimento teórico e prático. O resultado dessas interações é denominado saber social, ou seja, aquele que pode nascer do diálogo entre o saber cultural e o acadêmico-científico (MARTELETO; VALLA, 2003, p.11).

A busca por um novo olhar epistemológico, que favorecesse a compreensão e a efetivação da relação entre acadêmicos, intelectuais, técnicos e representantes do poder público com a população, possibilitou a elaboração da ‘construção compartilhada do conhecimento’, que é um conceito e, ao mesmo tempo, um caminho metodológico (MARTELETO; VALLA, 2003, p.16). Nessa linha, “o saber acadêmico é capaz de sistematizar o saber cultural, [mas] este último tem maior impacto quando se transforma em cultura, entendida como vivência.” (MARTELETO; VALLA, 2003, p.11)

Para situar a questão informacional nos ambientes do conhecimento social, estudam-se os processos pelos quais o diálogo, a disputa, o estranhamento e o compartilhamento entre diversas formas de saber podem produzir matéria informacional e interação comunicacional para que os diferentes saberes sociais se convertam em cultura, isto é, modos de pensar, sentir e atuar no cotidiano para a transformação da sociedade e o fortalecimento das identidades coletivas e individuais. (MARTELETO; VALLA, 2003, p.11)

Valla (1996, p.178) aponta para a dificuldade das classes dominantes em “aceitar que as pessoas ‘humildes, pobres, moradoras da periferia’ são capazes de produzir conhecimento, são capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade e, dessa forma, fazer uma interpretação que contribui para a avaliação” que as primeiras fazem da sociedade.

No campo da saúde, também há uma dificuldade dos profissionais em aceitar e compreender como útil e válido o conhecimento produzido pela experiência de pessoas humildes. Observa-se uma tendência de julgar como inferiores os saberes que são apenas diferentes, por serem produzidos, organizados e sistematizados no contexto da experiência concreta de pessoas excluídas do sistema formal de ensino e distantes do universo cultural desses profissionais (MARTELETO; VALLA, 2003, p.17; VALLA, 1996, p.179). A articulação entre os saberes técnico e popular sobre saúde não é uma interação amistosa entre dois tipos de produção de conhecimento e mostra-se permeada por sentidos múltiplos, “onde cada ator maneja como pode e como sabe os seus recursos simbólicos, lingüísticos e informacionais.” (MARTELETO; VALLA, 2003, p.18)

Quantas vezes se pede para a população se manifestar numa reunião, como prova do nosso compromisso com a ‘democracia de classe média’? Mas uma vez passada a fala popular, procuramos voltar ‘ao assunto em pauta’, entendendo que a fala popular foi uma interrupção necessária, mas com certeza, sem conteúdo e sem valor. (VALLA, 1996, p.182)

Ainda que alguns profissionais “sejam mais atenciosos e mais respeitosos com as pessoas pobres da periferia, os muitos anos de uma educação classista e preconceituosa fazem com que o papel de ‘tutor’ predomine nas suas relações com estes grupos.” (VALLA, 1996, 187). O reconhecimento do potencial do conhecimento do senso comum, que é próprio das classes populares, e se forma na experiência de vida, representa um caminho para modificar as relações de poder (MARTELETO; VALLA, 2003, p.17). Prestar atenção ao que a população pobre está falando é uma necessidade, a fim de “completar uma equação capenga, que frequentemente inclui apenas uma das partes do conhecimento [...]”, isto é, o profissional (VALLA, 1996, p.187).

As pesquisas com o construto ‘terceiro conhecimento’, conduzidas pelo grupo da Antropologia da Informação, situam-se próximas do universo da intervenção e da sistematização do conhecimento social e devem “contribuir teórica e operacionalmente, para a construção de uma outra epistemologia social”, que possibilite a gestão e organização do saber na sociedade (MARTELETO; VALLA, 2003, p.11). O terceiro conhecimento é tanto uma categoria analítica, quanto um operador analítico e abarca as mesmas questões, teorias e metodologias da construção compartilhada do conhecimento (MARTELETO; VALLA, 2003, p.19).

O terceiro conhecimento se forma a partir dos conceitos de informação, comunicação e conhecimento. Relaciona-se à ação ligada aos seus meios (de produção, apropriação e disseminação) e usos (MARTELETO; VALLA, 2003, p.11).

O conceito de terceiro conhecimento, na Antropologia da Informação, parte do estudo dos processos de luta material e simbólica pela sobrevivência e melhoria social:

O terceiro conhecimento não é um produto ou conhecimento diferente daqueles que lhe deram expressão. Nem mesmo é uma *nova informação*. É mais um construto de ordem prática e simbólica, que permite às comunidades uma destreza técnica para lidar com questões práticas do cotidiano e, muito mais, um meio de valorização e fortalecimento dos elos de apoio social e das capacidades inventivas dos agentes. Também é forma de construção de uma *nova epistemologia*, pelo intercruzamento de saberes e práticas, que revela o lugar ético-político do conhecimento científico. É composto por ingredientes como subjetividades, tempos, espaços, histórias e memórias próprios de cada um dos agentes que atuam nas redes, e funciona na dimensão da apropriação dos conhecimentos para a transformação social. (MARTELETO; VALLA, 2003, p.18-19, grifo dos autores)

O terceiro conhecimento deriva de uma forma de pensar o conhecimento “como composição e não simples discurso ou informação que parte da fonte ao receptor, em processo linear de comunicação.” Desse modo, torna-se possível “uma primeira abertura para a leitura do mundo das práticas e dos sentidos construídos coletivamente, nas redes sociais.” (MARTELETO; VALLA, 2003, p.18)

3.2 Redes, movimentos sociais e construção compartilhada do conhecimento

Nesta seção, faz-se uma primeira aproximação ao tema das redes sociais, voltada para uma breve definição desta noção e sua relação com a informação, os movimentos sociais e a construção compartilhada do conhecimento. Mais adiante, no capítulo dedicado ao cuidado em saúde, este tema voltará a ser abordado na perspectiva das redes sociais de cuidado.

Muitos autores afirmam que não existe uma teoria de redes sociais, sendo possível a adaptação da noção de rede a diversas teorias (BARNES, 1972 *apud* ACIOLI, 2007, s.p; MARTELETO, 2001; MARTELETO; TOMAÉL, 2005; entre outros). A noção de redes sociais em geral se refere a “um conjunto de métodos, conceitos, teorias e modelos das ciências sociais, com diferentes matizes disciplinares e epistemológicos, que conservam princípios comuns entre eles” (MARTELETO, 2007, s.p.), sendo mais uma ferramenta de análise do que um conceito analítico ou construto teórico reconhecido (BARNES e BOTT, *apud* MARTELETO; SILVA, 2004).

O princípio mais geral relacionado à noção de rede social consiste em considerar como objeto de estudo não os atributos dos indivíduos (idade, gênero, profissão, etc.), mas as *relações* entre eles e as regularidades que estas relações apresentam, a fim de descrevê-las, dar conta de sua formação e de suas transformações, e analisar seus efeitos sobre os comportamentos individuais (MERCKLÉ, 2004, p.3).

Os elementos básicos das redes sociais são os mesmos para os diferentes tipos de rede – *atores*, que mantêm *relações* com outros, formando *laços* (também chamados de ligações, elos ou

vínculos) entre si – e este conjunto de atores e laços forma a rede de conexões entre todos os membros de um grupo social particular (HAYTHORNTHWAIT, 2009, p.4).

As relações na rede variam de acordo com sua intensidade e significado, e exibem características que auxiliam a compreender a natureza dos laços, tais como: (a) o conteúdo da relação – o que é trocado, compartilhado ou vivenciado em conjunto; (b) sua direção – se ela é uni ou bidirecional; e (c) sua força – a frequência, intensidade e significado/ importância da troca para os pares envolvidos (HAYTHORNTHWAIT, 2009, p. 5).

As redes sociais são estruturas ramificadas, sem fronteiras, compostas por participantes autônomos, que compartilham recursos e interesses comuns (TOMÁEL, 2007, s.p.; MARTELETO, 2001, p.72). Sua configuração é dinâmica, podendo se alterar em função da inserção ou da exclusão de atores (COSTA; PINHEIRO, 2007, s.p.), ou ainda da mudança de seus papéis na rede. Colonomos (1995 *apud* ACIOLI, 2007, s.p.) descreve-as como “movimentos pouco institucionalizados, reunindo indivíduos ou grupos numa associação cujos limites são variáveis e sujeitos a reinterpretações”. Não tendo fronteiras, teoricamente elas são “potencialmente infinitas” (MERCKLÉ, 2004, p.11).

De acordo com Mercklé (2004, p.15), o precursor da análise de redes é o filósofo e sociólogo alemão Georg Simmel (1858-1918), para quem o objeto fundamental da Sociologia não está nem no nível microssociológico do indivíduo, nem no macrosociológico da sociedade como um todo, mas no nível intermediário “mesossociológico” das formas sociais, que resultam das interações entre indivíduos. A “racionalidade reticular” traz para o centro do debate o elemento básico da sociologia: a *interação social* (PORTUGAL, 2007, p.30). O conceito de rede nas Ciências Sociais põe em foco as relações mantidas entre indivíduos, a forma como estas modelam os comportamentos individuais e a forma como estes componentes contribuem para a modelagem das estruturas sociais (MERCKLÉ, 2004, p.7): “A ambição da análise das redes não é dar conta somente dos ‘efeitos’ das estruturas sobre os comportamentos, mas também, inversamente, dos efeitos dos comportamentos sobre as estruturas.” (MERCKLÉ, 2004, p.94)

A linha “dura” da análise de rede social valoriza a “forma como os modelos relacionais condicionam o comportamento individual” e a abordagem mais “flexível” considera que, se por um lado, a rede de relações do indivíduo funciona como um elemento de constrangimento, por outro lado, ela é “também um recurso que os indivíduos modelam segundo os seus interesses e investimentos pessoais.” (PORTUGAL, 2007, p.12)

Desse modo, “relações” e “redes” deixam de ser “os efeitos variáveis e de superfície das estruturas invariáveis” (de acordo com a abordagem estruturalista), para se tornarem conceitos necessários à apreensão do social, segundo os quais “não há nada nem por baixo nem

por cima das relações; os termos da relação não a precedem, só existem na própria relação.” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2002, p.41)

As redes sociais obedecem a uma lógica associativa horizontal, onde os vínculos informais e as relações são valorizados, e as estruturas hierárquicas perdem sua função (TOMAÉL, 2007). No entanto, esta estrutura horizontal “não exclui [...] a existência de relações de poder e de dependência nas diferentes associações internas e com as unidades de poder externas.” (COLONOMOS, 1995 *apud* MARTELETO; TOMAÉL, 2005, p.87)

Aguiar (2007, p.23) faz referência a duas formas distintas e complementares de investigar cada rede: (a) os estudos sincrônicos, que identificam a estrutura da rede, os grupos, as sub-redes, os fluxos de informação, os tipos e qualidades de vínculos entre os participantes, etc.; e (b) as análises diacrônicas, que “observam e interpretam a evolução da rede, os processos históricos nela contidos, as mudanças e transformações operadas, as memórias acumuladas” (AGUIAR, 2007, p.23), e que são importantes diante do aspecto dinâmico das redes.

As relações na rede também se referem aos recursos de *informação* que nela são trocados (MARTELETO; TOMAÉL, 2005, p.88). As redes sociais mostram uma relação direta com a informação, entendida como processo de troca permanente: “trabalhar com a idéia de redes significa trabalhar de forma articulada com a idéia de informação.” (ACIOLI, 2007, p.3)

É importante ressaltar que existe uma tendência atual de naturalização da noção de redes, que a associa às tecnologias da informação (ACIOLI, 2007, p.1). No entanto, Mercklé (2004, p.7) enfatiza que as redes sociais não são infraestruturas de comunicação, mas *relações* que, por meios diversos, os indivíduos e os grupos sociais mantêm entre si.

Para González de Gómez (2002, p.42), no contexto das redes sociais, os termos ‘rede’ e ‘mediação’ implicam numa concepção relacional entre sociedade e cultura. A autora propõe olhar a informação como um “operador de relação”, que age sobre as distâncias entre o conhecedor e aquilo a ser conhecido. Isto ocorre tanto do ponto de vista simbólico-cognitivo e das distâncias entre lugares, regiões e tempos, quanto do ponto de vista mediacional, que se apóia na vinculação comunicacional de intersubjetividades históricas (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2002, p.42).

Diante dos desafios impostos à sociedade civil pelo mundo globalizado, os movimentos sociais modificam seu perfil e sua dinâmica, voltando-se para as condições de vida da população e organizando-se em redes (MARTELETO; VALLA, 2003, p.15). Nos ambientes da sociedade civil, especialmente nos movimentos sociais, as redes sociais podem reforçar vínculos comunitários, identitários, políticos e culturais, promovendo a inclusão social de populações que se encontram à margem dos processos de desenvolvimento econômico e social na sociedade do conhecimento e da informação (MARTELETO; VALLA, 2003, p.18; MARTELETO e TOMAÉL, 2005, p.87): “O

conhecimento produzido nas redes que se organizam nesses espaços da sociedade, tanto pelo modo de produção como pela sua natureza, é apropriável pela população, como elemento estratégico em suas lutas.” (MARTELETO; VALLA, 2003, p.18). O enfoque das redes permite uma leitura mais abrangente dos elementos que constituem esses movimentos sociais (MARTELETO; VALLA, 2003, p.15).

Ao levar em consideração os fluxos de informação, de conhecimento e de poder que circulam nas redes, bem como o papel dos diferentes atores envolvidos, o estudo das redes sociais pode contribuir para a elaboração de políticas públicas de inclusão social e para a geração de bem-estar (MARTELETO; SILVA, 2004, p.48).

Tomaél (2007, p.2) afirma que as redes sociais locais são o melhor ambiente para o processo de construção coletiva do conhecimento, que resulta em inovação localizada. A autora afirma que a apropriação deste conhecimento, construído por meio do compartilhamento de experiências e da interação do conhecimento de diferentes indivíduos, requer *respeito e confiança* entre os atores, visando à constituição de um ambiente de credibilidade para a circulação das informações (TOMAÉL, 2007, p.2 e 19).

A abordagem qualitativa das redes sociais “investiga as aspirações, atitudes, crenças, valores e os reflexos que os padrões de relacionamento produzem no contexto em que se desenvolvem” e fundamenta-se “na interação social que delinea os parâmetros e as especificidades que medeiam o compartilhamento da informação e a construção do conhecimento na rede.” (MARTELETO; TOMAÉL, 2005, p.84)

O presente trabalho prioriza a abordagem qualitativa das redes sociais, enfatizando a visão relacional adotada por Elizabeth Bott (1976) em “Família e Rede Social”. Na década de 1950, a pesquisadora canadense Bott (1976) realiza um estudo pioneiro com famílias urbanas de Londres e percebe que o grau de segregação dos papéis conjugais, em famílias com filhos menores de 10 anos, varia em função da conexidade da rede social da família. Quanto mais conexa a rede, maior o grau de segregação entre os papéis do marido e da esposa, porque os membros de uma rede de malha estreita tendem a alcançar um consenso sobre normas e exercem uma pressão informal para que estas sejam seguidas e, caso seja necessário, para que esses membros se ajudem uns aos outros. Quanto menos conexa a rede, menor o grau de segregação entre os papéis do marido e da esposa, porque uma rede de malha frouxa possibilita maior variação das normas, face ao controle social e assistência mútua mais fragmentados e menos consistentes. Logo, a autora percebe que a dinâmica familiar não depende apenas do comportamento dos seus membros, mas também das relações que estes estabelecem com sua rede de amigos, vizinhos e parentes (BOTT, 1976, p.77).

O conceito de redes sociais é utilizado neste estudo como base/ instrumento metodológico para analisar as interações informacionais dentro das famílias que participaram do projeto de atenção homeopática à saúde da ONG HAPS e também destas com outros serviços de saúde, a fim de orientar a compreensão do processo de construção e apropriação de conhecimento para o cuidado em saúde. A rede será apreendida a partir das falas dos familiares sobre a vivência de cuidado homeopático com a saúde das crianças e a repercussão desta ação no cotidiano das famílias. Busca-se compreender como se deu esta experiência de intervenção social com homeopatia e de que forma os elos foram construídos no mundo da vida da comunidade, no contexto de uma ação em saúde promovida por uma organização não-governamental, que, ao implementar esta prática de cuidado, tinha uma proposta política de ampliação do acesso à homeopatia para uma população em desvantagem socioeconômica, bem como de luta pela inserção mais ampla da homeopatia no SUS e de busca para a construção de indicadores sobre esta prática.

4 CULTURA, RACIONALIZAÇÃO E VALORES DOMINANTES NA SOCIEDADE

No capítulo a seguir, discute-se brevemente a modernização da sociedade e da cultura, promovida pelo processo de racionalização. São também expostas as diferentes lógicas de ‘produção cultural de formas de não-existência’ pela racionalidade ocidental, a fim de compreender os processos de exclusão ou invisibilidade social tanto da medicina homeopática (não-hegemônica), quanto da população de hierarquia social inferior. Por fim, são abordados os valores dominantes presentes no universo simbólico da cultura contemporânea.

A modernização da sociedade e da cultura é promovida por um processo que Max Weber (1992) denomina de ‘racionalização’, no qual se observa uma ampliação dos setores da vida social submetidos a padrões de decisão racional. Este processo, também nomeado de desencantamento do mundo pela razão, se inicia no século XVIII, no momento em que se destacam modelos racionalizadores tanto na política, com a Revolução Francesa, quanto na economia, com a Revolução Industrial britânica. Esta racionalização invade outros setores da cultura e da vida social: a sociedade, os sujeitos (estes também em relação aos seus objetos, suas práticas e suas representações), o Estado e a economia, e, neste processo, reforça-se nas instâncias decisórias a relação entre a racionalidade e o poder (MARTELETO, 1994, p.116).

Os dois aspectos mais importantes da cultura da modernidade são: a ciência e a racionalidade como modo privilegiado de conhecimento; e a criação de subcampos culturais especializados (MARTELETO, 1994, p.130), que conduz à multiplicação de objetividades discursivas especializadas, representadas pelas ‘disciplinas’ (LUZ, 1988, p.3). A fragmentação da cultura científica permitiu a aquisição de um controle crescente sobre a natureza, e também possibilitou o controle progressivo e cada vez mais eficaz das pessoas e das condutas humanas (MARTELETO, 1994, p.130). A racionalidade moderna pode “ser vista como tentativa de instaurar um pan-racionalismo, tanto na ordem do objeto (‘Natureza’, ‘mundo’, ‘coisas’), como na ordem do sujeito (‘homem’)”, com um efeito histórico marcante sobre o sujeito: “a ruptura do próprio sujeito de conhecimento, seu estilhaçamento em compartimentos: razão, paixões, sentidos e vontade.” (LUZ, 1988, p.26)

Um outro aspecto, que define a racionalidade moderna como racionalidade científica, é a prioridade do método, ou seja, da forma de produção, sobre o conteúdo das proposições. Enfatiza-se “a *mutabilidade* das verdades como condição de produção de novas verdades.” (LUZ, 1988, p.30, grifo da autora). Na sociedade ocidental, a ciência é a forma hegemônica de construção do

conhecimento e muitos críticos consideram-na como um novo mito da atualidade, diante de sua pretensão de ser o único motor e critério de verdade (MINAYO, 2010, p.35).

O processo de modernização cultural nas sociedades ocidentais-capitalistas-industriais é marcado por uma relação historicamente inédita “entre as instâncias do poder e a tecno-ciência”. Seus campos culturais relativamente autônomos de produção, circulação e consumo dos sentidos têm em comum um modelo racional subjacente, e se apoiam em “discursos racionais ou ‘discursos de produção da verdade’.” (MARTELETO, 1994, p.122)

Neste cenário, a cultura – uma elaboração teórica e prática sobre o mundo físico ou o vivido – passa às mãos de especialistas, separando os produtores e os consumidores culturais e, neste processo, para serem indivíduos ou cidadãos, os sujeitos dependerão cada vez mais de elaborações culturais amparadas na racionalidade (MARTELETO, 1994, p.116-117).

No século XVIII, tanto a racionalidade, quanto a idéia de progresso constituem novos fatores, que reconfiguram a visão cultural naquele momento (MARTELETO, 1994, p.116). A racionalidade se apresenta como um novo modo de conhecimento, que rompe a unidade entre subjetividade e verdade, anteriormente amparada pela religião e pela metafísica, e se distancia das formas místicas de apreensão da realidade. A idéia de progresso se vincula ao “aumento indefinido do conhecimento e sua aplicação, tanto no aperfeiçoamento humano, quanto no processo de acumulação, garantindo a expansão e reprodução da vida simbólica e material das sociedades.” (MARTELETO, 1994, p.116)

O processo de racionalização ou de modernidade cultural e social se refere a uma nova forma de organização social, marcada pela expansão do capitalismo, a organização do Estado (com sua estrutura jurídica, militar e burocrática), a formação da sociedade civil, e a institucionalização do progresso científico e tecnológico. Neste cenário, a cultura assume um caráter público, isto é, um caráter de informação, que representa a “‘publicidade’ da elaboração cultural” em diferentes níveis (estético, sociopolítico ou tecnicocientífico) (MARTELETO, 1994, p.117-118).

É neste contexto da modernidade cultural, dividida em campos de produção simbólica, que surge e se consolida a idéia de informação como elemento que organiza o que, por natureza, é disperso e conflitual - as relações sociais - e que dá aparência de dispersão e neutralidade ao que é reproduzido como homogêneo e indivisível - o conhecimento racional. (MARTELETO, 1994, p.122; MARTELETO, 1995, s.p.)

A identificação de informação com cultura (esta última agora vista como bem simbólico, integrado ao fluxo de trocas da sociedade) estabelece uma identidade entre a difusão cultural e a difusão de mercadorias, e produz no Ocidente a noção de “cultura-mercadoria” (MARTELETO, 1994, p.120):

A cultura agora são os bens simbólicos produzidos e difundidos pelo circuito de distribuição comercial, dentro de um mercado de circulação monetária ou estatal. [...] [Trata-se] de uma cultura que se produz, se reproduz, se modifica constantemente, seguindo o próprio ritmo da produção material e da produção da verdade, pela racionalidade. (MARTELETO, 1994, p.120)

4.1 Produção cultural de formas de não-existência pela racionalidade ocidental

Considerando que este trabalho se debruça sobre uma prática médica não-hegemônica – a homeopatia, qualificada pela OMS (2002, p.8) como uma medicina ‘alternativa’ ou ‘complementar’, e pelo Ministério da Saúde como uma ‘prática integrativa e complementar’ (BRASIL, MS, 2006b) – e que o mesmo se dirige a uma população que vive à margem do processo de desenvolvimento socioeconômico e em estado de invisibilidade social (uma forma de exclusão social), busca-se uma aproximação desses aspectos com os mecanismos de ‘produção cultural de formas de não-existência’ pela racionalidade ocidental, na qual “o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como não-existente, isto é, como uma alternativa não-credível ao que existe. [...] Há produção de não-existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível.” (SANTOS, 2004, p.786-787). A inexistência, neste contexto, “significa não existir sob qualquer forma de ser relevante ou compreensível. Tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção aceite de inclusão considera como sendo o Outro.” (SANTOS, 2010, p.32)

Diante do modelo de racionalidade ocidental dominante, que prevalece nos últimos duzentos anos e esconde ou desacredita as alternativas, Boaventura de Sousa Santos aponta diferentes formas racionais de resistir à mudança de rotinas e de transformar interesses hegemônicos em conhecimentos verdadeiros (SANTOS, 2004, p.781).

Na racionalidade ocidental¹⁷, a forma mais acabada de totalidade é a dicotomia, que sempre manifesta uma hierarquia e é exemplificada por: “cultura científica/ cultura literária; conhecimento científico/ conhecimento tradicional; homem/ mulher; cultura/ natureza; civilizado/ primitivo; capital/ trabalho; branco/ negro; Norte/ Sul; Ocidente/ Oriente; e assim por diante.” (SANTOS, 2004, p.782). Nesta perspectiva, “não é admissível que qualquer das partes tenha vida própria para além da que lhe é conferida pela razão dicotômica e muito menos que possa, além de parte, ser outra totalidade.” (SANTOS, 2004, p.783). Desse modo, emergem cinco lógicas ou modos de produção da não-existência.

¹⁷ Nela pode ser identificada o que Santos (2004, p.780) denomina de razão metonímica: aquela que se reivindica como única forma de racionalidade e que por isso não se dedica a descobrir outros tipos de racionalidade.

A primeira é a lógica que deriva da *monocultura do saber* e do *rigor do saber*, e que transforma a “ciência moderna e a alta cultura em critérios únicos de verdade e de qualidade estética, respectivamente. A não-existência assume aqui a forma do ignorante e do inculto” (SANTOS, 2004, p.787). Esta lógica se aplica tanto à homeopatia, como prática “não científica”, quanto à população do Morro dos Cabritos, com baixa escolaridade e “sem cultura”.

A segunda lógica apóia-se na *monocultura do tempo linear*:

[...] na frente do tempo seguem os países centrais do sistema mundial e, com eles, os conhecimentos, as instituições e as formas de sociabilidade que neles dominam. Esta lógica produz não-existência declarando atrasado tudo o que, segundo a norma temporal, é assimétrico em relação ao que é declarado avançado. (SANTOS, 2004, p.787)

A dicotomia entre tradição e modernidade é central no estabelecimento das diferenças epistemológicas, na medida em que “A desqualificação dos saberes não-ocidentais constituiu, entre outros dispositivos conceptuais, na sua designação como tradicionais e, portanto, como resíduos de um passado sem futuro.” (SANTOS; MENESES, 2010, p.21). A não-existência manifesta-se neste caso como o primitivo/ tradicional/ pré-moderno/ simples/ obsoleto/ subdesenvolvido/ residual (SANTOS, 2004, p.787). Esta lógica atinge a homeopatia quando ela é qualificada como “tradicional”, “anacrônica”, ou “superada” e alcança a população atendida ao considerá-la como “subdesenvolvida”.

A terceira é a *lógica da classificação social*, que se baseia na *monocultura da naturalização das diferenças*, distribuindo as populações por categorias que naturalizam hierarquias, mas negando a intencionalidade da hierarquia social. A relação de dominação aparece como consequência – e não a causa dessa hierarquia – e “a não-existência é produzida sob a forma de inferioridade insuperável porque natural.” (SANTOS, 2004, p.787-788). Nesta perspectiva, Bourdieu (1989, p.10-11) afirma que a cultura dominante produz um efeito ideológico que se manifesta de diferentes formas para cada classe social, e que contribui: (a) para a integração real da classe dominante, ao assegurar uma comunicação imediata entre todos os seus membros, distinguindo-os, desse modo, das outras classes; (b) para a integração fictícia do conjunto da sociedade, desmobilizando as classes dominadas por meio de uma falsa consciência; (c) para a legitimação da ordem estabelecida, que se estrutura em torno de distinções e hierarquias; e (d) para a legitimação destas distinções. Este efeito ocorre porque a cultura dominante dissimula a função de divisão na função de comunicação:

a cultura que une (intermediário de comunicação) é também a cultura que separa (instrumento de distinção) e que legitima as distinções compelindo todas as culturas (designadas como subculturas) a definirem-se pela sua distância em relação à cultura dominante. (BOURDIEU, 1989, p.10-11)

Cabe ressaltar que, na visão de Santos (2004, p.791), “a designação de algo como alternativo tem uma conotação latente de subalternidade”. A lógica da classificação social naturaliza a homeopatia como medicina “alternativa” e a população da comunidade como “inferior” ou “subalterna”.

A quarta é a *lógica da escala dominante*, onde aquela que é adotada como primordial determina a irrelevância de todas as outras possíveis escalas. Na modernidade ocidental, o universal e o global têm precedência sobre todas as outras realidades que dependem de contextos e que, por isso, são consideradas particulares. A globalização “privilegia as entidades ou realidades que alargam o seu âmbito a todo o globo e que, ao fazê-lo adquirem a prerrogativa de designar entidades ou realidades rivais como locais.” (SANTOS, 2004, p.788). A não-existência é produzida sob a forma do particular e do local. Esta lógica pode desqualificar a homeopatia enquanto uma prática que é centrada no indivíduo e que “não pode” ser aplicada genericamente à toda a população, já que requer a individualização do paciente; e a população do Morro dos Cabritos, enquanto uma comunidade local, segregada do cenário urbano dominante.

A quinta é a *lógica produtivista* e baseia-se na *monocultura dos critérios de produtividade capitalista*:

[...] o crescimento econômico é um objetivo racional inquestionável e, como tal, é inquestionável o critério de produtividade que mais bem serve a esse objetivo. [...] A não-existência é produzida sob a forma do improdutivo que, aplicada à natureza, é esterilidade e, aplicada ao trabalho, é preguiça ou desqualificação profissional. (SANTOS, 2004, p.788-789)

O nível de qualificação profissional da população adulta do Morro dos Cabritos é evidentemente marcado pelas desigualdades socioeconômicas e educacionais que afetam este grupo. Além disso, no contexto da organização dos serviços de saúde, a valorização do tempo para acolher e escutar o sujeito é um obstáculo frequente para a implantação da homeopatia, porque o médico homeopata atende muito menos pacientes por turno de trabalho do que o médico da biomedicina – e o mérito da qualidade do atendimento não costuma ser considerado.

As cinco principais formas de não-existência – isto é, realidades consideradas ignorantes, primitivas, inferiores, locais ou improdutivas – são, assim, “partes desqualificadas de totalidades homogêneas”, “formas irreversivelmente desqualificadas de existir”, porque “as realidades que elas conformam estão presentes apenas como obstáculos em relação às realidades que contam como importantes, sejam elas realidades científicas, avançadas, superiores, globais ou produtivas.” (SANTOS, 2004, p.789). São lógicas que permeiam a cultura ocidental e que contribuem para a construção dos valores dominantes em nossa sociedade.

4.2 Valores dominantes na sociedade contemporânea

Muitos autores (SANTOS, 2004, 2010; SANTOS; MENESES, 2010; GORZ, 2005; MARAZZI, 2009; LAZZARATO; NEGRI, 2001; LUZ, 2003, 2008a, 2008b) enfatizam o papel da expansão do capitalismo (que nas últimas décadas se apresenta como o processo de globalização neoliberal) na propagação de uma lógica baseada no mercado, que tende a ser amplamente naturalizada em detrimento das necessidades humanas: “Os processos da globalização neoliberal em curso têm levado à crescente difusão de uma lógica de mercado, para a qual a dignidade, a segurança e mesmo a sobrevivência do ser humano deixaram de ser o valor central.” (SANTOS; MENESES, 2010, p.21)

Para Weber (1992, p.4), o capitalismo é a força mais significativa da vida moderna, e se baseia na busca do lucro sempre renovado, isto é, da rentabilidade. Radicalizando o conceito de lucro, Castells (2009, p.201) afirma que este “sempre foi uma versão nobre de um instinto humano mais profundo e mais fundamental: ganância”. Na lógica do capital, todos os aspectos da vida são medidos em dinheiro e se tornam mercadorias (GORZ, 2005, p.25): “Reconhece-se ao capital o direito de exigir que o desenvolvimento das capacidades humanas se faça imediatamente em vista do proveito que as empresas dele poderão tirar [...]” (GORZ, 2005, p.27).

Santos e Meneses (2010, p.18) denunciam a dominação cada vez mais polifacetada do capitalismo global, o qual, mais do que um modo de produção, mostra-se atualmente como um regime cultural e civilizacional, que “estende cada vez mais seus tentáculos a domínios que dificilmente se concebem como capitalistas”, como família e relações com os que estão mais próximos; religião; gestão do tempo e concepção de tempo livre; capacidade de concentração; avaliação do mérito científico; e avaliação moral dos comportamentos que afetam os indivíduos.

Nesta perspectiva, o processo de racionalização da cultura e da vida social, bem como a relação do poder com a tecnociência (como modo privilegiado de conhecimento e de produção de verdades, valores e linguagens) são elementos que se associam para impor como modelo universal de cultura o processo civilizatório do Ocidente, com seus estilos de vida, costumes e valores permeados pela lógica de mercado.

Neste contexto, ocorre uma brusca mudança de valores na sociedade contemporânea, com importantes consequências para a vida e a saúde dos indivíduos:

A brusca mudança de valores nos campos mais importantes do agir e do viver humanos, sugerida e amparada por meios poderosos de difusão cultural como a televisão, o rádio, a imprensa escrita em geral, e notadamente a publicidade e a propaganda, que atingem pesadamente as populações de quase todo o planeta, vem causando uma situação de incerteza e apreensão quanto ao como se conduzir e o que pensar e sentir em relação a

temas básicos como sexualidade, família, nação, trabalho, futuro como fruto de uma vida planejada, etc. (LUZ, 2003, p.43)

No que diz respeito à saúde, Luz (2003, p.41) aponta para a “fragilidade crescente de grandes massas populacionais na sociedade contemporânea, em consequência dos processos econômicos, sociopolíticos e culturais em curso no capitalismo globalizado.” (LUZ, 2008b, p.11). Trata-se de um ‘mal-estar’ coletivo, “que tem suas raízes não só nas condições de trabalho do capitalismo globalizado, mas na própria transformação recente da cultura que é seu fruto.” Esta transformação ocasiona

[...] a perda de valores humanos milenares nos planos da ética, da política, da convivência social e mesmo da sexualidade, em proveito da valorização do individualismo, do consumismo, da busca do poder sobre o outro e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de consideração e *status* social. (LUZ, 2003, p.43, grifo da autora)

A crise ética do capitalismo favorece a interiorização de valores originados na racionalidade do mercado para o mundo das relações socioculturais (LUZ, 2008b, p.12). Este processo promove a ruptura ou esgarçamento do tecido social, e “se converte em fator de desagregação de laços tradicionais de solidariedade” (LUZ, 2008b, p.16), além de produzir “*perdas de sentido* culturais”, com graves consequências para o bem-estar da população, por meio de “sentimentos de instabilidade, perigo, isolamento e desamparo que tais perdas ocasionam.” (LUZ, 2008b, p.13, grifo da autora)

A autora afirma que “No universo simbólico da cultura contemporânea há um conjunto de representações relativas aos valores dominantes na sociedade”, a saber: competição, individualismo, materialismo, imediatismo, sucesso, consumismo, lucro e produtividade (LUZ, 2008a; 2008b), que serão sucintamente descritos a seguir:

➤ A *competição* entre os indivíduos é vista na sociedade contemporânea como regra básica do relacionar-se (LUZ, 2008a, p.11), ou como lei da vida social (LUZ, 2008b, p.12), o que reforça o individualismo e se contrapõe às ações de solidariedade, amizade e cooperação.

➤ O *materialismo* se refere à valorização daquilo que é objetivo, concreto, tangível, mensurável por aparelhos. No contexto da saúde, dominado pela visão reducionista, biologicista e fragmentada da biomedicina, ele reforça a atenção aos distúrbios orgânicos, em detrimento das questões psicossociais. O materialismo abrange ainda

[...] o cuidado do corpo como unidade central (e muitas vezes única) delimitadora do indivíduo em relação aos outros, bem como [...] estratégias de valorização desse corpo para obter a partir dele, dinheiro, status e poder. As estratégias dominantes concernindo a essa valorização são basicamente estéticas e incluem representações e imagens corporais de juventude, beleza e vigor (LUZ, 2008a, p.11),

que muitas vezes nada têm a ver com a saúde. Observa-se uma ‘*somatocracia*’ crescente na sociedade contemporânea (ACIOLI, 2008, p.195), isto é, um “contexto cultural de idolatria do corpo, de expansão do consumo de bens e serviços voltados para o cuidado com o corpo, e de exigências e sanções morais crescentes para quem não se cuida direito” (MATTOS, 2008, p.132). O cultivo de valores ‘estéticos’ constitui um sério problema social na medida em que “tende a acentuar o isolamento progressivo de um número crescente de pessoas, com perda de sentido e horizonte para suas vidas” (LUZ, 2001, p 32).

➤ O *imediatismo*, de acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2011), se refere à tendência para o que é de obtenção, compreensão ou vantagem imediata. Este é também reforçado pela publicidade de marca, que estimula o consumidor a mudar sua identidade ao sabor da moda, seguindo “normas estéticas, simbólicas e sociais, que devem ser voláteis, efêmeras, destinadas a serem substituídas rapidamente por novas normas.” (GORZ, 2005, p.50)

➤ O *sucesso* é considerado uma vitória pessoal, com consequente exclusão ou dominação do outro (LUZ, 2008b, p.12), o que reforça o individualismo, a competição e a quebra de vínculos solidários.

➤ O *individualismo* conduz à “compreensão dos sujeitos como unidades pontuais autônomas” (LUZ, 2008a, p.11) e também é visto como a própria condição do sucesso: o “sujeito individual concebido mesmo como centro da vida social, em contínua luta com outros indivíduos.” (LUZ, 2008b, p.12). As representações estéticas relativas ao corpo, que atravessam profundamente as representações e práticas concernindo à saúde, estão, por sua vez, ancoradas em valores individualistas dominantes na cultura contemporânea (LUZ, 2001, p 28), bem como no materialismo.

➤ O *lucro* é uma categoria do mundo econômico, que invade a esfera dos valores através do seu correspondente social, a vantagem: os indivíduos se sentem no direito ou no dever de terem vantagem sobre os outros (LUZ, 2008b, p.12): “A busca de sucesso, status e dinheiro, assim como o consumismo associado ao ‘corpo em forma’, entre os jovens de classe média das academias, é atualmente perceptível [...]. O corpo é representado como um capital potencial, um investimento que pode (e deve) ter retorno.” (LUZ, 2001, p 29)

➤ A *produtividade*, categoria “historicamente reservada ao desempenho de máquinas, ou de setores da economia, vem sendo aplicada como forma de avaliação do *desempenho individual* de todas as categorias de trabalhadores [...]” (LUZ, 2008b, p.12, grifo da autora). O ritmo acelerado da produtividade invade a vida cotidiana e se acentua por meio das novas tecnologias de comunicação, inibindo o ócio ou a comemoração com os amigos e familiares (LUZ, 2008b, p.17) e intensificando as consequências do imediatismo contemporâneo.

➤ O *consumismo* é entendido como demonstração de sucesso: “*ter*, ou mesmo *aparentar ter*, como expressão máxima do *ser*.” (LUZ, 2008b, p.12, grifo da autora). Refere-se à “disposição dos indivíduos para adquirir bens materiais ou simbólicos que possam diferenciá-los hierarquicamente dos outros indivíduos como objetivo do viver.” (LUZ, 2008a, p.11). Neste cenário, a publicidade de marca “induz no consumidor uma produção de si que *valoriza* as mercadorias de marca como emblemas de sua valorização própria.” (GORZ, 2005, p.50, grifo do autor). Segundo Gorz (2005, p.49), “O consumidor, individual por definição, foi concebido desde sua origem como o contrário do cidadão”, distante das necessidades coletivas, dos desejos de mudança social e da preocupação com o bem comum. Na medida em que a indústria publicitária apela à imaginação e aos desejos de cada indivíduo como pessoa privada – e não à imaginação e aos desejos de todas as pessoas – prometendo “a cada um escapar à condição comum tornando-o um ‘feliz privilegiado’ que pôde oferecer a si mesmo um novo bem, mais raro, melhor, distinto”, ela oferece soluções individuais para problemas coletivos, apagando a existência social dos indivíduos e promovendo “uma *socialização anti-social*” (GORZ, 2005, p.49, grifo do autor). A noção de consumidor fica, portanto, atrelada ao individualismo e ao conformismo político.

Todos esses valores se reforçam mutuamente no ambiente cultural que, cada vez mais, se constitui com o capitalismo global. Ao produzir desejos e vontades de imagens de si e dos estilos de vida adotados e interiorizados pelos indivíduos, as empresas buscam produzir consumidores (GORZ, 2005, p.48) e, ao mesmo tempo em que satisfazem a demanda do consumidor, também a constituem por meio da publicidade, da moda, do marketing, da televisão, da informática, etc., configurando uma invasão da produção capitalista em todos os aspectos da vida (LAZZARATO; NEGRI; 2001, p.47).

Neste ambiente cultural, a demanda pela saúde se constitui em “uma *demandas por símbolos*, por um universo simbólico que está *desencantado* pela racionalidade econômica do capitalismo.” (LUZ, 2008b, p.21, grifo da autora)

5 CUIDADO EM SAÚDE E RACIONALIDADES MÉDICAS

Este capítulo define inicialmente os conceitos de saúde, promoção da saúde/empoderamento, qualidade de vida e racionalidades médicas, que alicerçam muitas das reflexões apresentadas neste eixo teórico sobre o cuidado em saúde. Em seguida, os temas relacionados à saúde se desdobram em três blocos teóricos: o primeiro aborda uma leitura socioantropológica da saúde; o segundo discute o cuidado em saúde e as redes sociais de cuidado; e o terceiro bloco apresenta a biomedicina e a homeopatia como racionalidades médicas distintas.

- SAÚDE

O conceito de saúde adotado neste trabalho parte da clássica definição da Organização Mundial da Saúde – “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1948) – e da Declaração de Alma-Ata (1978) que situa a saúde como um direito humano fundamental.

Segundo Canguilhem (1978 [1943], p.158), não há uma equivalência total entre ser sadio e ser normal, uma vez que “o patológico é uma espécie de normal.” Ser sadio implica numa capacidade adaptativa a situações novas: “O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma, que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 1978 [1943], p.158). O autor afirma que “Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (CANGUILHEM, 1978 [1943], p.160). Para tanto, não basta se sentir normal, no sentido de estar “adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também normativo, capaz de seguir novas normas de vida.” (CANGUILHEM, 1978 [1943], p.161). Nesta perspectiva, Soares e Camargo Jr. (2007, p.70) salientam que Canguilhem “considera tanto os valores biológicos como os sociais, ao se referir à capacidade de tolerância para enfrentar as dificuldades” e esses autores consideram que “a saúde como a capacidade de romper normas e instituir novas normas é um conceito que enfatiza a diversidade, a multiplicidade, a capacidade criativa dos seres vivos.” (SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.70)

Para Hahnemann (1988 [1833]), fundador da homeopatia, a saúde é resultado do equilíbrio da energia vital (uma força imaterial) do indivíduo. No estado de saúde, todas as partes do organismo operam harmonicamente, tanto no que se refere às sensações quanto às funções, possibilitando ao indivíduo dotado de razão empregar livremente este instrumento vivo e saudável para os altos fins de sua existência (HAHNEMANN, 1988 [1833], p.97-98, § 9). Na perspectiva da homeopatia, a saúde se refere ao indivíduo como um todo (corpo e mente como totalidade indissociável), e é vista como meio para se alcançar fins existenciais mais elevados.

Luz (2001) apresenta uma visão da saúde que é útil para a pesquisa, porque vincula este conceito ao contexto social contemporâneo, e o associa com a possibilidade de emancipação cultural do sujeito por meio do questionamento dos valores atuais:

[...] estar saudável é poder ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros (com a família, com os amigos). Deste ponto de vista, ter saúde é poder romper com o isolamento provocado pelas situações a que a sociedade contemporânea relega uma parte importante de seus componentes devido à idade, à doença, ao desemprego, à pobreza, considerando-se as principais fontes de isolamento. A saúde representa, neste caso, uma vitória contra a morte social [...] [e] a conquista da “saúde” não deixa de ser muitas vezes, fruto de uma **vitória contra a cultura atual**. (LUZ, 2001, p.33, grifo da autora)

Esta visão conjuga-se ainda à de Rosenbaum (2000, p.41), quando este autor se refere ao movimento homeopático como minoritário e contra-hegemônico, além de se articular com a idéia de emancipação face à exclusão ou ‘produção cultural de não-existência’ (SANTOS, 2004, 783-789).

Portanto, o conceito de saúde adotado neste estudo, além de considerá-la como direito humano fundamental, abrange as dimensões física, mental e social, e considera a saúde individual (vista como uma totalidade necessariamente diversa e múltipla para diferentes indivíduos) como um meio de alcançar outros fins, que podem incluir emancipação cultural do sujeito e melhoria da qualidade de vida.

- PROMOÇÃO DA SAÚDE E EMPODERAMENTO (“EMPOWERMENT”)

A Promoção da Saúde é um projeto que surge nos países desenvolvidos, nos anos 1970, como resposta aos desafios sanitários contemporâneos. Em poucos anos, esta proposta se torna uma das principais linhas de atuação da OMS (CARVALHO, 2004, s.p.).

Inicialmente, a agenda de intervenção da Promoção da Saúde se dirige à interferência sobre os hábitos de vida, por meio da adoção de estilos de vida mais saudáveis. No entanto, esta estratégia, que é central às práticas de Promoção da Saúde até os dias de hoje, tem impacto limitado sobre as condições de vida da população marginalizada, na medida em que não considera as estruturas sociais causadoras da não-saúde (CARVALHO, 2004, s.p.).

A partir dos anos 80, com a Carta de Ottawa (1986), surge uma perspectiva socioambiental para a Promoção da Saúde, na qual “a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais são pré-requisitos essenciais à saúde da população.” (CARVALHO, 2004, s.p.). Nesta perspectiva, o conceito de Promoção da Saúde parte do conceito ampliado de saúde da OMS (1948), vincula-se à qualidade de vida e à participação social, e requer uma ação intersetorial.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CARTA DE OTTAWA, 1986)

Segundo Carvalho (2004, s.p.), um dos pilares filosóficos desta perspectiva é o conceito de empoderamento (“*empowerment*”), que “corporifica a razão de ser da Promoção à Saúde enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde.” Trata-se de um conceito complexo, que utiliza noções provenientes de diferentes campos do conhecimento. Suas raízes derivam das lutas pelos direitos civis, do movimento feminista e da ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos, na segunda metade do século XX. O conceito de empoderamento sofre influências dos movimentos de auto-ajuda nos anos 70, da psicologia comunitária nos anos 80, e dos movimentos que buscam afirmar o direito à cidadania em diferentes dimensões da vida social nos anos 90 (CARVALHO, 2004, s.p.).

Carvalho (2004, s.p.) distingue a noção de empoderamento psicológico e empoderamento comunitário. Segundo este autor, o empoderamento psicológico pode ser definido como o “sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas.” A partir desta perspectiva, são formuladas estratégias de Promoção da Saúde visando ao fortalecimento da autoestima, à capacidade de adaptação ao meio e ao desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade. Esta noção de empoderamento psicológico parte de uma perspectiva filosófica individualista, que tende a ignorar os fatores sociais e estruturais, e a fragmentar a condição humana, desconectando artificialmente o comportamento humano do contexto sociopolítico no qual ele está inserido. Carvalho (2004, s.p.) assinala que “Esta concepção de ‘*empowerment*’ nem sempre incide sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade e pode constituir-se em mecanismo de regulação social”, além de favorecer seu uso “para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal [...]” (CARVALHO, 2004, s.p.).

Segundo a perspectiva anglo-saxônica, o empoderamento comunitário é um elemento chave de politização das estratégias de Promoção da Saúde, e “trabalha com a noção de poder enquanto um recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade”. Trata-se de uma categoria conflitiva, que envolve elementos de transformação e conservação do *status quo*, uma vez que o empoderamento muitas vezes envolve “a redistribuição de poder e a

resistência daqueles que o perdem.” Nesta perspectiva, o empoderamento comunitário pode ser genericamente definido “como um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder (*‘disempowerment’*) no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas.” (CARVALHO, 2004, s.p.)

No processo de empoderamento comunitário estão presentes elementos que se situam em diferentes esferas da vida social. No plano individual se encontram microfatores como o desenvolvimento da autoconfiança e da autoestima. No plano social estão as estruturas de mediação que permitem aos membros do coletivo o compartilhamento de conhecimentos e a ampliação de sua consciência crítica. No plano macro estão estruturas sociais como o Estado e a macroeconomia (CARVALHO, 2004, s.p.): “ O *“empowerment”* comunitário inclui, portanto, a experiência subjetiva do *“empowerment”* psicológico e a realidade objetiva de condições estruturais que são modificadas no momento em que ocorre a redistribuição de recursos.” (CARVALHO, 2004, s.p.).

- QUALIDADE DE VIDA

Para que a população possa ser efetivamente sadia, é preciso assegurar uma qualidade de vida básica, “que não compete à medicina proporcionar, mas ao Estado e à sociedade.” (LUZ, 2008a, p.10)

O conceito de qualidade de vida foi construído a partir do Grupo de Qualidade de Vida da OMS (GRUPO WHOQOL). Este grupo foi constituído a fim de desenvolver um instrumento de avaliação de qualidade de vida que adotasse um enfoque transcultural: o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) (FLECK, 2000, p.34).

A definição do conceito de ‘qualidade de vida’ ocorreu por meio da reunião de especialistas provenientes de várias partes do mundo, incluindo países com diferenças culturais, bem como no nível de industrialização, na disponibilidade de serviços de saúde, na importância da família, na religião dominante, etc. (FLECK, 2000, p.34). Este conceito foi definido por este grupo como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (OMS - GRUPO WHOQOL, 1998). Trata-se de “um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais” além de refletir “a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente.” (FLECK, 2000, p.34).

A construção desse conceito possibilitou a elaboração do instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) (FLECK, 2000, p.34, 36), que é constituído por seis domínios,

divididos, por sua vez, em facetas (Ver Quadro 1).

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL

Domínio I – Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II – Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio III – Nível de independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio IV – Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social¹⁸
15. Atividade sexual

Domínio V - Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Domínio VI – Aspectos espirituais/Religião/ Crenças pessoais¹⁹

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
-

Quadro 1 – Domínios e Facetas do WHOQOL

Fonte: OMS - GRUPO WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL), 1998.

Não é objetivo do presente trabalho aplicar o WHOQOL, mas sim atentar para os diferentes domínios e facetas referentes ao conceito de qualidade de vida, visando a uma adaptação que possibilite a sistematização de informações da pesquisa sobre mudanças percebidas nas famílias.

¹⁸ Na presente pesquisa o apoio social é entendido como “qualquer informação e/ou auxílio material que pessoas ou grupos próximos oferecem, entre si, e que resulta em efeitos positivos, sejam emocionais ou comportamentais.” (MARTELETO; VALLA, 2003, p.16). Uma definição mais ampla deste conceito abrange “Qualquer informação, falada ou não, e/ ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam umas das outras.” (VALLA, 1998, p.156 *apud* COSTA, 2002, p.7).

¹⁹ “É importante salientar que este módulo não é dirigido a qualquer religião específica, mas a todas as formas de espiritualidade, praticada ou não através de religiões formais. Para os que não são afiliados a religião alguma ou dimensão espiritual, o domínio deve referir-se a crenças ou códigos de comportamento.” (WHO, 1998 *apud* FLECK, 2000, p.37)

- RACIONALIDADES MÉDICAS

Neste trabalho, a investigação da medicina homeopática e da biomedicina, que configuram dois sistemas médicos complexos distintos, utiliza a definição operacional de *racionalidade médica* proposta por Madel Luz no Projeto Racionalidades Médicas IMS/ UERJ²⁰. Este conceito foi construído como um *tipo ideal* (instrumento conceitual estratégico da sociologia de Max Weber) e abrange dimensões construídas tanto racionalmente, quanto empiricamente:

[...] *é racionalidade médica todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (provisoriamente definida como 'anatomia'), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como 'fisiologia'), uma doutrina médica (definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico.* Posteriormente [...] tornou-se evidente que uma sexta dimensão, a cosmologia²¹, embasava todas as racionalidades médicas, inclusive a medicina ocidental contemporânea, ou biomedicina [...] (LUZ, 2007, p.5, grifo da autora).

É importante salientar que o conceito de 'racionalidades médicas' não se restringe ao conhecimento. Ele abarca necessariamente dimensões da prática médica como a diagnose e a terapêutica.

Tendo em vista o objetivo de analisar o processo de construção e apropriação do conhecimento em saúde, em redes sociais de cuidado, que parece ter promovido mudança de valores familiares em uma população que conviveu com a atenção homeopática à saúde, este conceito exhibe dimensões que possibilitam a sistematização dos dados colhidos na pesquisa. Além disso, Luz (2007, p.7-8) considera esta ferramenta conceitual “útil e relevante para o campo da saúde coletiva e da antropologia e sociologia da saúde”, na medida em que permite a “comparação entre as diferentes racionalidades médicas atuantes na cultura contemporânea, ou [ainda] os estudos das distintas dimensões de uma racionalidade tomada como sistema complexo de terapêutica e diagnose.”

5.1 Leitura socioantropológica da saúde

Diante da complexidade dos objetos de estudo no campo da saúde, faz-se necessário incluir a problemática social na abrangente área biomédica, tendo em vista que “o corpo humano está atravessado pelas determinações das condições, situações e estilos de vida.” (MINAYO, 2010, p.28):

²⁰ Linha de pesquisa do Grupo do CNPq Racionalidades Médicas desde 1994.

²¹ A cosmologia é “um conjunto organizado e definido de visão de mundo e conhecimentos que suportam suas concepções, premissas e corolários decorrentes, leis e todo o conjunto de procedimentos que executa no exercício de sua arte de curar.” (LUZ, 1993, p.1)

[...] os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica, sem a mediação da ordem cultural que os retraduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos ou aversões. (BOLTANSKI, 1994, p.119)

Minayo (2009, p.191) ressalta a importante e tradicional contribuição da antropologia para a compreensão da cultura:

Introduzindo o tema da cultura na interpretação das estruturas, da sociedade e, também, do tema da saúde e da doença, a antropologia demarca um espaçamento radical, na medida em que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ele é também o *locus* onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há humano sem significado assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno. (MINAYO, 2009 p, 191; MINAYO, 2010, p.31)

Neste sentido, ao planejar ou realizar ações em saúde, os responsáveis por elas deveriam levar em conta valores, atitudes e crenças das pessoas, e não somente aspectos técnicos de suas intervenções: “Ao ampliar suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos ‘científicas’, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.” (MINAYO, 2010, p. 31)

Os estudos antropológicos empíricos evidenciam que “as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, [...] sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade.” Portanto, “a doença, além de sua configuração biológica, é também uma realidade construída e o doente é, antes de tudo, um personagem social.” (MINAYO, 2009, p. 193):

[...] uma visão antropológica sugere que, quando analisamos qualquer problema de *saúde* precisamos entender suas dimensões biológicas no contexto das condições estruturais, políticas e subjetivas em que ocorrem. Mais que qualquer outro fenômeno histórico-cultural, saúde/enfermidade têm vinculação com os modos de produção, as desigualdades sociais e as redes sociais de apoio dos indivíduos e grupos. Portanto, como um tema abrangente e saturado de sentido sociocultural, as categorias *saúde e doença* só podem ser compreendidas dentro de uma perspectiva contextualizada e histórica de classe (também segmentos e estratos), de gênero, de idade e de etnia, hoje consideradas as quatro categorias mais relevantes para diferenciações da questão social, além da especificidade histórica. (MINAYO, 2009, p. 196-197)

A atenção integral ao paciente requer a integração de conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais para a compreensão do processo da doença. A partir do final da década de 1960 e o início da década de 1970, percebe-se que “a teoria unicausal não podia explicar as complexas relações entre as condições de vida da população e suas doenças, e explicações multicausais são buscadas”, o que estimula, na segunda metade dos anos 1970, o avanço dos

estudos sobre a determinação social da doença (NUNES, 2009, p.295). Nas décadas seguintes, os estudos das Ciências Sociais na saúde buscam articular as dimensões macro e micro, além de abordar a doença em seus aspectos simbólicos, por meio das próprias narrativas dos doentes (NUNES, 2009, p.304).

Minayo (1997, p.31) afirma que as concepções e representações²² são elementos integrantes da realidade social. A autora observa que, segundo Marx, em uma sociedade dividida em classes, as concepções ou representações são construídas pelas classes dominantes; no entanto, elas também são reinterpretadas em cada segmento específico da sociedade: “cada elemento da nossa representação social é reinterpretado pelo grupo a que pertencemos, pela vivência que temos na sociedade. Da mesma forma, essa interpretação terá um viés cultural de gênero, de idade, de pertinência a determinado país, grupo étnico etc.” (MINAYO, 1997, p.31-32)

Na concepção dominante, saúde e doença apresentam uma localização orgânica, e o tratamento ocorre por meio de um medicamento ou de uma cirurgia, o que corresponde ao modelo biomédico hegemônico (MINAYO, 1997, p.32) na sociedade ocidental. Além disso, na sociedade capitalista, saúde e doença são primeiramente pensadas “como fatores de produção, e o sistema de saúde é organizado de forma a tornar o indivíduo produtivo.” (MINAYO, 1997, p.34). A racionalidade da biomedicina “segue a lógica do desenvolvimento tecnológico ligado à produção social.” (LUZ, 1998, p.10). Tanto a classe dominante, quanto a classe trabalhadora possuem a mesma concepção biomédica de doença localizada no corpo, que distancia o sujeito de seu contexto integral de vida, e que se encontra vinculada à produção: “Para a visão dominante, o importante é o cuidado médico fragmentado, localizado, capaz de intervir e consertar a ‘máquina produtiva’.” (MINAYO, 1997, p.34)

A visão fragmentada da biomedicina conduz ao desenvolvimento e à utilização de medicamentos que cada vez mais se dirigem para a atuação em determinadas partes do organismo, visando à cura das doenças, o que empobrece o potencial da terapêutica, que deveria ir muito além desta ação pontual, e pode ocasionar “uma inversão importante: o ser humano, que deveria ser o alvo da terapêutica, passa a ser mero instrumento ou intermediário da ação da droga sobre as doenças.” (SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.68)

Em extensa pesquisa realizada na França em 1967-68 por meio de entrevistas com famílias urbanas e rurais, observação de consultas médicas de crianças e adultos, além da análise secundária de outras pesquisas feitas entre 1959-65 sobre diferentes temas da prática médica,

²² A autora define ‘concepção social’ (do ponto de vista social e não histórico) como a visão de mundo ou “a idéia que fazemos a respeito de qualquer fato ocorrido em sociedade e vivenciado pelo indivíduo” e ‘representação social’ como a expressão dessas vivências, que é sempre constituída por elementos conscientes e inconscientes, além de ser histórica e socialmente construída (MINAYO, 1997, p.31).

Boltanski (1984) observa que muitos aspectos da biomedicina se tornam ainda mais conflitantes quando se referem aos indivíduos das classes populares, nas quais se inserem os sujeitos da pesquisa no presente trabalho²³.

O autor afirma que a relação médico-paciente é sempre uma relação de classe e que a atitude do médico se modifica principalmente em função da classe social do paciente (BOLTANSKI, 1984, p.49). O profissional escolherá uma estratégia “visando, habitualmente, mas em graus diferentes segundo a classe social do doente, a fazer-lhe 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.” (BOLTANSKI, 1984, p.52). As características técnicas da relação terapêutica a tornam uma relação assimétrica e de dependência, na qual o paciente representa efetivamente o papel de objeto, o que favorece sua manipulação moral pelo médico (BOLTANSKI, 1984, p.56). Este é visto pelos pacientes como representante de um universo estranho, que por possuir conhecimentos, meios materiais e direitos que lhe conferem extensos poderes, tem a possibilidade ou a vontade de manipular (BOLTANSKI, 1984, p.39-40). Por outro lado, a ideologia de *vencer a doença*, presente no sistema médico dominante, induz uma sensação de onipotência no médico em relação à sua função e em relação à saúde e doença na sociedade (MINAYO, 1997, p.35). A terapêutica biomédica se orienta para a luta contra a doença e a morte, utilizando o *arsenal* terapêutico – repleto de drogas que combatem sintomas e doenças, como os *antibióticos*, *anti-inflamatórios*, *antitérmicos*, *anti-hipertensivos*, *antidepressivos*, etc. Na *guerra* contra as doenças, o alcance do objetivo terapêutico representa a vitória do médico e da medicina. Por outro lado, quando este objetivo não é obtido, configura-se a derrota de ambos.

O processo crescente de racionalização da sociedade delega ao especialista o discurso justificador dos comportamentos e das situações mais cotidianas. Para os membros das classes populares, o mundo da doença e da medicina mostra-se estranho ao ‘universo da experiência’, o que gera ansiedades e tensões para estes indivíduos (BOLTANSKI, 1984, p.34).

Com base no trabalho de Evans (1994), Costa (2002, p.8) aborda a questão das taxas mais elevadas de morbi-mortalidade para os indivíduos e populações que ocupam uma posição hierárquica inferior na sociedade. A autora ressalta a condição de *stress* permanente na qual vivem os indivíduos das classes populares, decorrente das próprias condições de vida a que estão submetidos (e perpetuadas pelas precárias políticas públicas para educação, saúde, transporte, segurança e moradia). Neste cenário, qualquer situação relacionada a mudanças de vida que requeiram um ajuste social significativo – a perda do emprego, de um ente querido, ou da casa

²³ Cabe a observação de que a população do Morro dos Cabritos se insere em um contexto social consideravelmente mais desigual do que aquele da população francesa, nos anos 1960. Os aspectos abordados por Boltanski se mostram, provavelmente, ainda mais contundentes para os sujeitos da presente pesquisa.

durante uma forte chuva, por exemplo – pode agravar o estado de vulnerabilidade destes indivíduos e, conseqüentemente, sua suscetibilidade ao adoecimento (COSTA, 2002, p.8).

As precárias condições de atendimento dos serviços públicos de saúde – com filas; números de senhas distribuídos de madrugada; longas horas de espera por uma consulta que nem sempre se realiza; adiamento da realização de exames, porque os aparelhos não funcionam; informações equivocadas por parte dos funcionários; falta de médicos, etc. –, representam mais um aspecto do desrespeito cotidiano aos direitos da população (CAMARGO JR., 1998, p.8-9) – um “antiatendimento”, que faz parte do que Bourdieu denomina ‘violência simbólica’ (SABINO, 1997, p.25), entendida como o resultado da dominação de uma classe sobre a outra (BOURDIEU, 1989, p.11). Em muitos casos, os indivíduos terminam por se conformar com esta situação, e este conformismo acentua seu sentimento de exclusão devido a sua condição social, que os impede de pagar pelos serviços de um médico particular (SABINO, 1997, p.25). Esta contraprodutividade da instituição médica é capaz de provocar danos psicológicos aos pacientes, configurando uma situação de ‘iatrogenia institucional’, que ocorre na racionalidade médica que se volta para a doença em detrimento do doente, “em nome de uma cientificidade que não se atém às singularidades e aos sujeitos sofredores.” (SABINO, 1997, p.27)

Os baixos salários dos funcionários, sua falta de ânimo e a falta de recursos em geral nesses serviços (SABINO, 1997, p.21) agravam as já precárias condições do atendimento à população e “Em muitos casos, em decorrência do desprezo inscrito nas entrelinhas do discurso e da prática dos médicos, e por vezes dos funcionários dos serviços de saúde, o paciente vê agravada sua condição físico-mental.” (SABINO, 1997, p.21)

Sabino (1997, p.22) ressalta o prejuízo causado pelo desprezo médico pelo corpo e pela subjetividade do paciente. Este fato indica o quanto a biomedicina prioriza a “terapêutica real” representada pelos medicamentos e cirurgias, “não levando em conta a importância do bom relacionamento com o paciente e a consideração por sua subjetividade.” (SABINO, 1997, p.24)

O antiatendimento é o processo no qual o médico “ao invés de reorganizar o universo do paciente, [...] desorganiza ainda mais este universo, através de sua postura de desprezo, ou mesmo de autoritarismo [...]” (SABINO, 1997, p.24). O mesmo autor salienta que este fato tem relação com a reprodução das estruturas sociais e com a identificação do discurso científico com a verdade:

Sendo a ciência parte do capital cultural das classes mais altas, este discurso legitima as práticas médicas oficiais e não admite a eficácia de outros métodos ou explicações de mundo que não sejam as suas. Desta forma, o desprezo pelo discurso do paciente e por suas opiniões reproduz todo o funcionamento do sistema de saúde, com suas falhas no tratamento da subjetividade do doente. Reproduz também as diferenças sociais, através da articulação da violência simbólica contida nos discursos ou nos silêncios dos médicos, violência que sutilmente delimita o espaço que cada um deve ocupar na estrutura social,

dependendo da classe a qual pertence. Isto significa que, implícita neste discurso, muitas vezes, está a opinião de que o melhor atendimento deve destinar-se àqueles que podem pagar por ele, isto é, o atendimento privado. (SABINO, 1997, p.27)

A forma como a medicina oficial é praticada, principalmente nos serviços públicos de saúde, revela ainda o “hiato que a população encontra entre os serviços de saúde e sua cultura.” (MINAYO, 1988, p.370). Para muitas famílias das classes populares, a intervenção dos serviços de saúde se mostra muitas vezes “como provocadora de outras enfermidades e responsável por mortes ou lesões irreparáveis nos membros do grupo” (MINAYO, 1988, p.368-369), situação que conduz à descrença da população nestes serviços (MINAYO, 1988, p.369). Este fato, segundo Lévi-Strauss (1975, p.194), compromete a eficácia terapêutica. Este autor, ao estudar a eficácia dos tratamentos xamanísticos, conclui que “a eficácia da magia implica na crença da magia.” A crença na magia (ou terapêutica) se baseia em três aspectos fundamentais: (a) a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; (b) a crença do doente no poder do feiticeiro; e (c) a confiança e as exigências da opinião coletiva, que constituem um campo gravitacional no interior do qual se definem e se situam as relações entre o doente e o feiticeiro (LÉVI-STRAUSS, 1975, p.194-195). Esta ‘eficácia simbólica’ é válida para qualquer sistema terapêutico.

O paciente dos serviços investe assim o seu médico do poder de curar que os membros das tribos atribuíam e atribuem ainda hoje aos seus pajés, reproduzindo a milenar função da cura como uma relação de poder delegado pelo paciente, e ratificado pelo grupo social. Entretanto, essa delegação nem sempre é aceita pelo médico. A falta de contato físico e cultural com seu paciente, o relacionar-se apenas com a cultura tecnológica do seu saber, isto é, com a ciência da diagnose das doenças, o impede de ouvi-lo, de tocá-lo, às vezes mesmo de vê-lo. Muitos pacientes se queixam de que o médico “nem sequer o olha”. (LUZ, 1998, p.19)

Um outro aspecto a ser considerado situa-se no plano da comunicação: o médico e o doente das classes populares não falam a mesma língua, inicialmente por conta de “diferenças lexicológicas e sintáticas, que separam a língua das classes cultas da língua das classes populares”, mas também porque esta distância linguística é redobrada quando o profissional utiliza vocabulário especializado. (BOURDIEU; PASSERON; SAINT-MARTIN, 1965, *apud* BOLTANSKI, 1984, p.44)

Embora a classe dominante também possua uma dissimetria em relação à linguagem médica, sua capacidade de compreensão sobre aquilo que é falado pelo médico é maior, porque a visão de mundo é semelhante, uma vez que sofreram a mesma influência do sistema educacional (BOLTANSKI, 1984, p.66). Para a classe trabalhadora, essa dissimetria não se restringe ao problema da linguagem:

[...] essa classe tem um outro código de leitura de seu corpo, de seus valores, de sua vida e isso coloca os médicos em xeque. Sobretudo porque a doença é explicada por meio de condições existenciais ou, às vezes, de intervenções sobrenaturais. Na verdade, quando está falando de doenças, a população está se referindo a um conjunto de situações infelizes na

sua vida, enquanto ao médico interessam, para diagnóstico, os sintomas que configurem a doença enquanto ente biofisiológico. (MINAYO, 1997, p.37)

Segundo Minayo (1997, p.37), a linguagem própria das classes populares reflete o saber da experiência: “A população pobre que vai aos centros de saúde, aos hospitais, desconcerta o médico, porque questiona o seu saber, relativiza-o e o combina com muitas outras crenças e práticas.” (MINAYO, 1997, p.37)

Boltanski (1984, p.44-45) observa ainda que as longas explicações se destinam aos pacientes que os médicos julgam ser suficientemente evoluídos para compreender o que lhes será explicado. De acordo com este ponto de vista, um paciente de uma classe inferior, com baixo nível de instrução, fechado em sua ignorância e seus preconceitos, não está em condições de compreender a linguagem e as explicações do médico, sendo preferível lhe dar ordens sem comentários, ao invés de conselhos argumentados. Esta atitude autoritária do profissional é agravada, quando o médico percebe resistência às suas recomendações. O autor observa que, se uma mãe resiste à recomendação que o médico faz para seu filho,

[...] 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. (BOLTANSKI, 1984, p.45-46)

Ao abordar a incoerência de se realizar até mesmo a educação sanitária ao público de forma autoritária, o mesmo autor ressalta que “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.” (BOLTANSKI, 1984, p.47)

Os membros das classes populares vivenciam o desamparo diante da doença também em decorrência de sua distância social em relação ao médico (BOLTANSKI, 1984, p.68) e ainda se sentem pouco inclinados a se abrir com o profissional tanto por dificuldades linguísticas, quanto pelo tempo insuficiente de contato com o médico, o qual parece diminuir em função da classe social. (BOLTANSKI, 1984, p.58-59)

Em artigo que discute as representações sociais de saúde e doença, a partir de trabalho de campo com 50 adultos (homens e mulheres) que vivem em seis favelas do Rio de Janeiro, Minayo (1988, p.363) observa que, na perspectiva popular, a visão etiológica das doenças é pluralista, ecológica e holística: “a noção de etiologia ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas” (MINAYO, 1988, p.365). Essas ‘teorias populares’ são construídas a partir das experiências de vida e são

constantemente reformuladas no contato com a prática, tanto da biomedicina, quanto de todos os sistemas alternativos (MINAYO, 1988, p.365).

O sistema etiológico do grupo de famílias pesquisadas por Minayo (1988, p.365-366) inclui e integra vários domínios de causação das doenças: (a) natural; (b) psicossocial; (c) socioeconômico; e (d) sobrenatural (apesar desta dimensão se referir à esfera “metafísica”, seu lugar de expressão é o corpo, fato que frequentemente desconcerta os médicos). Estas quatro dimensões se unificam pela visão da doença que deriva da ação patogênica de elementos que rompem as relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social. Nesta perspectiva, “a doença cumpre um papel questionador, integrador e de reequilíbrio” (MINAYO, 1988, p.365-366), o que remete ao conceito de doença de Canguilhem (1978 [1943], p.20-21): “A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio.”

Se, por um lado, os médicos entendem saúde-doença, acima de tudo, como fenômenos físicos, por outro, “para esse segmento da população, saúde-doença são *relações* que se expressam no corpo mas que o ultrapassam indiscutivelmente.” (MINAYO, 1988, p.370). Para os indivíduos das classes populares, em qualquer doença, é o ser humano integral que é considerado (MINAYO, 1988, p.373). Isto contraria a ideologia que embasa a prática médica, a qual enfatiza a causação natural das doenças e “carrega a carga de uma visão cartesiana do mundo que a torna pragmática, parcelada e materialista.” (MINAYO, 1988, p.379). Na medicina acadêmica, o corpo é visto como uma máquina e cada órgão como uma peça. O papel do médico é consertar o defeito (a doença). Esta visão reducionista leva o médico a perder de vista “o doente e todo o processo de inter-relação sócio-cultural, psicossocial e espiritual que permeia qualquer doença.” (MINAYO, 1988, p.375)

Minayo (1997, p.38) ressalta ainda que as camadas populares têm uma concepção de saúde e doença muito mais ampla e em sua fala pode-se perceber todo o chamado *conceito ampliado de saúde*: “Vencendo falsas dicotomias seria necessário perceber que os segmentos da classe trabalhadora na sua forma de lidar com a saúde e a doença resistem a uma ciência que se propõe a vê-los um corpo sem alma, um corpo sem emoções, um corpo fora do contexto.” (MINAYO, 1988, p.379)

A mesma autora chama a atenção também para a preconceituosa teoria de que os povos primitivos, os camponeses e, por extensão, as ‘camadas populares urbano-marginais’ buscam explicações sobrenaturais (consideradas supersticiosas, primitivas, atrasadas) para as doenças, em contraposição aos conceitos “verdadeiros” da biomedicina: “O moderno, o mais evoluído, ‘científico’ seria a concepção da doença como algo que acontece apenas no plano físico, aloja-se num

órgão e assim deve ser tratado” (MINAYO, 1988, p.364). Tal concepção remete às lógicas da ‘monocultura do saber’ e da ‘monocultura do tempo linear’ (SANTOS, 2004), citadas na seção 4.1.

Uma crítica radical à medicina é feita por Illich (1975) em seu livro “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”. O autor inicia seu texto declarando que “A empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado.” (ILLICH, 1975, p.9)

Segundo este autor, os indivíduos são afetados por três tipos de iatrogênese²⁴: a clínica, a social e a estrutural. A iatrogênese clínica se refere aos inúmeros efeitos secundários, porém diretos, da terapêutica (ILLICH, 1975, p.33). A iatrogênese social ocorre quando o indivíduo tem sua saúde afetada pelo fato da medicalização²⁵ produzir uma sociedade mórbida, não por uma ação técnica direta, mas por um efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, que resulta na *perda de autonomia* do indivíduo para a ação e o controle do meio (ILLICH, 1975, p.43). A iatrogênese estrutural se refere ao papel essencial de toda cultura viável de fornecer as chaves para a interpretação do sentido que o homem dá ao sofrimento, à enfermidade e à morte. O autor afirma que esse poder gerador de saúde, presente em toda cultura tradicional, encontra-se profundamente ameaçado pelo desenvolvimento da medicina contemporânea, porque a instituição médica é uma empresa profissional, na qual a idéia do bem-estar “exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte.” (ILLICH, 1975, p.122-123). Os médicos não mais se interessam pela “arte empírica de curar quem pode ser curado [...]”: eles estão engajados numa luta pela salvação da humanidade, querem desembaraçá-la dos entraves da doença e da invalidez, e até da necessidade de morrer.” (ILLICH, 1975, p.111). Ao assumir a gestão da fragilidade, a instituição médica “ao mesmo tempo restringe, mutila e finalmente paralisa a possibilidade de interpretação e de reação autônoma do indivíduo em confronto com a precariedade da vida” (ILLICH, 1975, p.124), fragilizando-o por meio da *perda de sentidos* e do distanciamento das questões humanas do adoecimento.

²⁴ Illich (1975, p.32) se refere à iatrogênese como uma nova epidemia de doenças provocadas pela medicina: “Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos.” (ILLICH, 1975, p.33)

²⁵ A medicalização pode ser entendida com diferentes nuances. Para Sayd (1998, p.14), o processo de medicalização se refere a “coisas e assuntos que eram distantes [e] passaram a fazer parte dos domínios do saber médico; é com base nele que se define boa parte da organização social.” Para Camargo Jr. (2008, p.166), a medicalização pode ser entendida pelo menos de duas maneiras: (a) a transformação em “problemas de saúde” de aspectos usualmente conflituosos das relações sociais, que, desse modo, permanecem ocultos; e (b) a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, especialmente os membros das camadas populares, que se tornam dependentes dos cuidados profissionais, principalmente médicos. Para Mattos (2008, p.126, 131), a medicalização, a partir de um uso do senso comum, se refere “ao consumo exagerado de bens e serviços ditos de saúde”, indicando um “uso exagerado de técnicas de intervenção sobre as pessoas e seus corpos”; ela também pode ser entendida como um processo pelo qual a medicina invade a vida social, ditando normas.

Além disso, nas sociedades superindustrializadas, as pessoas são condicionadas a obter as coisas, ao invés de fazê-las: “O que pode ser fornecido e consumido toma o lugar do que pode ser feito” e, neste sentido, a cura não é mais entendida como “atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente.” (ILLICH, 1975, p.78). A medicina produz os tratamentos e, como uma indústria que domina seu setor, faz aceitar seus produtos como se possuíssem as características de mercadorias industriais de primeira necessidade (ILLICH, 1975, p.79). Como resultado global da superexpansão da empresa médica, os indivíduos e os grupos primários são privados do poder de dominar seus corpos e seu meio, e a palavra *saúde*, ao invés de “designar a participação na ordem social e a possibilidade de atuar nela, [...] passou a significar a capacidade de suportar uma ordem imposta pela lógica heteronômica da forma industrial de produção.” (ILLICH, 1975, p.95)

A hegemonia do paradigma biológico e naturalista da biomedicina promove o “deslocamento da subjetividade para a objetividade, do respeito aos valores para o estabelecimento de regras e normas ‘neutras’”, com o consequente “afastamento entre médicos e pacientes, e destes em relação ao seu corpo. Diminui, assim, a capacidade de ação dos pacientes enquanto sujeitos no processo saúde/doença.” (SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.66). Baseando-se na epistemologia de Canguilhem (1995), Soares e Camargo Jr. (2007, p.66) efetuam uma nova leitura do conceito de autonomia do paciente no processo terapêutico. Os autores utilizam um método de análise que segue a perspectiva do pensamento complexo de Morin (1996), na qual a autonomia é entendida como relativa e relacional, inseparável da dependência de outros indivíduos (SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.72). Além disso, a autonomia é vista como condição necessária para a saúde, a qual, em um sentido mais amplo, abrange a “potência auto-recuperadora do organismo vivo” (SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.67). Segundo os autores, o resgate da autonomia seria uma precondição não só para a saúde e a cidadania, mas para a própria vida (SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.74).

5.2 Cuidado com a saúde na Atenção Básica

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi consagrado pela Constituição de 1988, com base nas resoluções finais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000, p.5), realizada em 1986. Sua reorganização se deu a partir dos princípios²⁶ de universalidade, integralidade, equidade,

²⁶ Os princípios do SUS se dividem em doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e aqueles relativos a sua operacionalização (descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede, e participação social (BRASIL, 2000, p.7).

resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social (SILVA JR.; MASCARENHAS, 2008, p.243).

Segundo o princípio de universalidade do SUS, “a saúde é um direito de todos e é um dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta.” (BRASIL, 2000, p.30)

O SUS pretende se organizar em torno de uma nova noção de saúde, centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde, e não no estado de ausência de doença. Desse modo, a saúde passa a ser relacionada à qualidade de vida da população (BRASIL, 2000, p.5).

A Atenção Básica representa o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e se orienta pelos princípios de universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006a, p.10). Neste nível de atenção, o sujeito deve ser considerado em sua singularidade, complexidade, integralidade e na sua inserção sociocultural, e busca-se “a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.” (BRASIL, 2006a, p.10)

A Atenção Básica “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” Suas práticas são dirigidas a populações de territórios bem delimitados, por meio do trabalho em equipe, e devem ser construídas de forma democrática e participativa (BRASIL, 2006a, p.10), priorizando a Estratégia Saúde da Família (ESF) para sua organização (BRASIL, 2006a, p.11).

5.2.1 *Cuidado integral à saúde*

Considerando que a homeopatia representa uma prática médica de cuidado integral (LACERDA; VALLA, 2008, p.101) e que o “projeto de atenção à saúde em homeopatia na ONG HAPS, aproxima-se muito daquilo que se entende como um serviço integral à saúde, na medida em que se pode praticar uma nova abordagem dos problemas de saúde em seu aspecto global” (PAGLIARO, 2004, p.6), aborda-se a seguir a questão do cuidado em saúde aliado à noção de integralidade.

A integralidade abrange uma visão ampliada das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais (MATTOS, 2008, p.125). Ela implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, “e talvez uma afirmação de abertura para o diálogo” (MATTOS, 2008, p.125). Trata-se de uma noção polissêmica, que indica três grandes conjuntos de sentidos (sempre positivos), que se referem aos atributos desejáveis (a) das políticas de saúde; (b) da organização

dos serviços de saúde; e (c) da boa prática dos profissionais de saúde (MATTOS, 2008, p.123). Neste último sentido manifesta-se uma oposição entre medicina reducionista e medicina integral, na qual a integralidade seria uma condição necessária para uma prática médica que supere o reducionismo biologicista da biomedicina (BONET, 2008, p.282).

Segundo Mattos (2008, p.123-124), há três grandes modos de uso da expressão ‘integralidade’: (a) como diagnóstico crítico da realidade (das práticas, da organização dos serviços ou das políticas), no qual aparece como uma utopia, um ideal a ser atingido; (b) como designação de atributos de realidades concretas, exemplificando-as a partir de experiências concretas que são descritas e analisadas (quando a utopia se torna realidade); e (c) como referência exclusiva a um princípio do SUS.

Alguns autores (MATTOS, 2008, p.125; CAMARGO JR., 2003a, p.37) alertam para o risco dessa percepção ampliada das necessidades de saúde se tornar um aprofundamento do processo de medicalização. Ao questionar “se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano”, Camargo Jr. (2003a, p.37) aponta para “o risco de um grau de controle sem precedentes, de perda de autonomia, uma medicalização também integral”, aspectos que se contrapõem àqueles observados ao longo dos oito anos e meio de atenção homeopática às crianças da comunidade do Morro dos Cabritos e citados na Introdução. Este risco é reconhecido por Camargo Jr.:

[...] no interior dos elementos constituintes do CMI [complexo médico-industrial, onde] há importantes obstáculos a propostas de integralidade. O modelo teórico-conceitual que o articula – o da biomedicina – é um obstáculo epistemológico claro. A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticamente opostas às idéias agregadas sob o rótulo “integralidade”. (CAMARGO JR., 2003a, p.38)

Numa visão complementar, o autor pondera que “a ênfase na autonomia, tomada como um absoluto, pode ser cruel para quem demanda ser cuidado.” (CAMARGO JR., 2008, p.166).

O cuidado, entendido como uma dimensão da integralidade, inclui o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos (LACERDA; VALLA, 2008, p.98), bem como o respeito pelo sofrimento dos indivíduos e por sua história de vida (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2008, p.113).

A escuta, além de validar os relatos, é também fundamental para que o profissional possa identificar o sofrimento dos sujeitos, a fim de ajudá-los (LACERDA; VALLA, 2008, p.96): “quem escuta cumpre o ofício de sentinela, vigia os sons provenientes de um campo diferente do seu próprio.” É preciso conhecer quem se escuta (o que significa saber *como* e *sobre o que* o outro fala) e o profissional de saúde precisa reconhecer o usuário “enquanto sujeito portador de

individualidade, para quem os serviços de saúde são oferecidos.” (SILVA JR.; MASCARENHAS, 2008, p.246)

Para Balint (1988, p.117), a mera colheita de uma anamnese leva a resultados muito diferentes de quando se ‘escuta’ o paciente: “*quem faz perguntas recebe respostas – e quase mais nada.*” (BALINT, 1988, p.117, grifo do autor). O autor afirma que “[...] fazer uma anamnese significa colher respostas a um conjunto de perguntas bem selecionadas. Com bastante frequência qualquer outra coisa que o paciente queira explicar a seu médico será deixado de lado como irrelevante.” (BALINT, 1988, p.106). Ao buscar atendimento médico, o paciente se encontra em um estado ainda ‘não organizado’, e realiza várias ‘ofertas’ de doença ao profissional. Este último responde às sugestões do paciente, recusando algumas e, finalmente aceitando uma delas, após um processo de “eliminação mediante exames físicos apropriados”. Este processo “resulta na organização de certa ordem hierárquica, tanto das doenças como dos pacientes” e a resposta do profissional, em geral, permite que o médico e o paciente alcancem algum tipo de consenso, possibilitando que a doença entre em sua fase ‘organizada’ (BALINT, 1988, p.95). Quando o médico aceita as “ofertas” de doença do paciente e a elas responde de forma positiva e compreensiva, isto ajuda o paciente a “organizar” sua enfermidade (BALINT, 1988, p.108), isto é, compreendê-la, dar-lhe sentido. No entanto, é necessário que o próprio médico se modifique, a fim de adquirir a habilidade de escutar, e ser capaz de contribuir para que o paciente tome consciência daquilo que formula confusamente durante a consulta, o que só pode ocorrer em uma relação bipessoal (BALINT, 1988, p.108), ou seja, sujeito-sujeito.

O acolhimento requer do profissional a utilização do “seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários.” (SILVA JR.; MASCARENHAS, 2008, p.247). Ele apresenta três dimensões: (a) postura, que pressupõe atitude profissional de escuta e tratamento humanizado dos usuários e suas demandas, abrindo perspectivas de diálogo entre os atores; (b) técnica; e (c) princípio de reorientação dos serviços (SILVA JR.; MASCARENHAS, 2008, p.245).

No entanto, como foi mencionado anteriormente, a visão biomédica e a própria estrutura dos serviços públicos de saúde, impõem limitações aos médicos para escutar e acolher os pacientes:

Para os médicos dos ambulatórios de serviços, “ouvir” a clientela é geralmente uma questão de paciência, [...] também em função da situação social a que estão submetidos: muitas horas de trabalho em vários empregos, [...] em condições materiais consideradas indignas de um bom padrão técnico, com fome e sede, servindo de amortecedores da questão social subjacente à demanda de atenção médica, desmotivados para atender a doenças que são sempre as mesmas, em pacientes que parecem ser sempre os mesmos (na medida em que vêm do mesmo meio social). (LUZ, 1998, p.19)

Apesar das diretrizes da Atenção Básica e do SUS como um todo apontarem para as ações de cuidado integral com a saúde, na prática, observa-se que “o cuidado foi abandonado pela maior parte dos profissionais de saúde. Os médicos da biomedicina que atuam em serviços públicos, em geral, não se atêm ao discurso de seus pacientes, pois isto requer tempo, algo de que eles não dispõem.” (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2008, p.108). Além da lógica econômica, que nos serviços públicos disponibiliza pouco tempo para cada consulta, a própria racionalidade biomédica leva o profissional a desconsiderar muitas vezes o relato ‘impreciso’ e ‘subjetivo’ do paciente, priorizando encontrar a doença orgânica por meio do exame clínico e de instrumentos técnicos (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2008, p.108). Soma-se a esses aspectos o fato do incremento tecnológico da diagnose ter causado um grande impacto na prática médica: associado “ao que há de melhor para ser feito em prol do diagnóstico nosológico, devido a sua neutralidade e cientificidade”, os médicos tendem a valorizar a sofisticação tecnológica em detrimento “da relação de escuta e atenção às queixas do paciente, minimizando este tempo de convívio” (CAMPELLO, 2001, p.19), e interpondo máquinas de grande precisão entre o paciente e seu médico (LUZ, 2003, p.64).

Com base em Clavreul (1983), Soares e Camargo Jr. (2007, p.66) salientam que a exclusão das subjetividades de médicos e pacientes, especialmente no ambiente hospitalar, resultou na substituição da relação médico-paciente pela relação entre instituição médica e doença. O médico não quer saber de que ambiente vem aquele paciente ou dos problemas que ele enfrenta. O “Importante é localizar a doença, entendida como especialidade, e o corpo doente é encarado como espaço da doença, e não como espaço da vida.” Desse modo, sofistica-se cada vez mais uma linha de especialização e fragmentação (MINAYO, 1997, p.34). Esta visão, que fomenta a distância que a população encontra entre os serviços de saúde e a sua cultura, não pode ser superada pelas tentativas de proporcionar um atendimento com boa qualidade do diagnóstico e do tratamento, nem por aquelas que visam melhorar as condições humanas no atendimento: “A questão atinge um nível maior de profundidade que é a abrangência da visão de mundo.” (MINAYO, 1988, p.370)

Luz (2003, p.44-45) aponta ainda para uma crise na medicina no plano ético, que atualmente conduz a uma perda ou deterioração da relação médico-paciente, face à “objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações entre o médico e seu paciente, visto atualmente mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico.” Neste contexto, sobretudo nos serviços públicos de saúde, as relações entre profissionais médicos e cidadãos muitas vezes se caracterizam por conflito e hostilidade (LUZ, 2003, p.46).

Outro aspecto, já citado anteriormente, é o controle institucional que o sistema médico exerce sobre a população, e que retira progressivamente do cidadão sua autonomia para o cuidado, tornando-o dependente de um tipo de cuidado que é oferecido como uma mercadoria (ILLICH, 1975, p.100).

A superprodução heteronômica dos cuidados médicos não apenas bloqueou os cuidados autônomos mas privou o consumidor do cuidado-mercadoria de toda possibilidade de visão crítica dos seus hábitos. [...] Qualquer forma de dependência logo se torna obstáculo à capacidade de se cuidar, de enfrentar, de se adaptar e de curar [...] [e] priva as pessoas do poder de transformar as suas condições de vida e de trabalho, estas mesmas que as tornam doentes. (ILLICH, 1975, p.100-101)

A prática da medicina deve se orientar para o cuidado das pessoas e, nesta perspectiva, “a ciência e a tecnologia devem ser apenas meios, instrumentos facilitadores” para alcançar este fim (SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.72). O cuidado permite a construção da autonomia, e esta se inicia “pelo reconhecimento e aceitação das inúmeras redes de dependência que constituem a existência humana. [...] Portanto, ser autônomo não é ser independente, não é ser egoísta, nem individualista [...]” (SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.72).

De acordo com Boff (1999, p.92), o cuidado faz parte da essência humana e não se resume a um ato singular ou a uma virtude. Trata-se de um modo de ‘ser-no-mundo’, isto é, “a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros”, e que “funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.” Cuidar é “uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” (BOFF, 1999, p.33). A própria vida não é possível sem cuidado (BOFF, 1999, p.190) e, por meio dele, é possível resgatar nossa humanidade mais essencial (BOFF, 1999, p.103).

O cuidado se dirige ao que é escasso (SANTOS, 2004, p.794), raro, único. Destina-se ao que é considerado importante e que tem valor: não um valor utilitarista, voltado somente para seu uso, mas o “valor intrínseco às coisas. A partir desse valor substantivo, emerge a dimensão de alteridade, de respeito, de sacralidade, de reciprocidade e de complementaridade.” (BOFF, 1999, p.96). Ele nos faz estabelecer relações sujeito-sujeito, e não sujeito-objeto: “A relação não é de domínio *sobre*, mas de con-vivência” (BOFF, 1999, p.95). A centralidade no cuidado resulta na renúncia à vontade de poder “que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana” (BOFF, 1999, p.102). Desse modo, a centralidade do cuidado não é ocupada pelo *logos* (razão), mas pelo *pathos* (sentimento), revelando a dimensão do feminino, que pode estar no homem ou na mulher (BOFF, 1999, p.96).

Boff (1999, p.139, 171, 174) aborda ainda a importância do cuidado com os marginalizados e oprimidos, acolhendo-os com bondade, tocando-os, olhando-os no rosto, a fim de valorizá-los e ajudá-los a recuperar sua autoestima e sua humanidade perdida.

O rosto do outro torna impossível a indiferença. [...] me obriga a tomar posição [...]. Especialmente o rosto do empobrecido, marginalizado e excluído. O rosto possui um olhar e uma irradiação da qual ninguém pode subtrair-se. [...] É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação. Cuidar do outro é zelar para que esta dialogação [...] seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amorização. [...] A mão que toca, cura porque leva carícia, devolve confiança, oferece acolhida e manifesta cuidado. [...] A pele tocando outra pele faz renascer a humanidade perdida. (BOFF, 1999, p.139, 171, 174)

Neste sentido, compreende-se o quanto a população socioeconomicamente vulnerável vivencia a violência simbólica presente na falta do olhar ou do toque do médico, justamente no momento em que está fragilizada pelo sofrimento, e necessitando do seu cuidado.

Balint (1988, p.1) afirma que o próprio médico é a droga mais frequentemente utilizada na clínica geral, mas alerta que “a substância ‘médico’ é poderosa e com muitos efeitos colaterais indesejáveis” (BALINT, 1988, p.106). As formas mais frequentes de administração da substância ‘médico’ são o conforto e o conselho (BALINT, 1988, p.102), que podem ter efeitos negativos quando são administrados “ao acaso, sem avaliar apropriadamente seu provável efeito em cada caso particular.” (BALINT, 1988, p.105). A substância ‘médico’ também deve ser administrada na dosagem adequada, porque alguns pacientes não podem tolerá-la em dose excessivamente concentrada (BALINT, 1988, p.122).

Em seu estudo “Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença”, Acioli (2008, p.189-190) aborda os olhares não-institucionalizados na construção de práticas de cuidado integral a partir de estudo de campo realizado no Alto Simão, localidade no bairro de Vila Isabel, Zona Norte do Rio de Janeiro. Para esta população, o cuidado é entendido como “uma prática que articula saúde e doença e também o contexto socioeconômico e cultural em que se inserem esses sujeitos.” Ele aparece mais ligado às mulheres, principalmente as mães (ACIOLI, 2008, p.196) e “nenhum profissional da equipe de saúde foi identificado por esse grupo social no lugar de quem cuida”, o que fortalece a idéia neste grupo de que o cuidado faz parte da vida e do espaço doméstico (ACIOLI, 2008, p.197) e que muitos profissionais de saúde realmente não se ocupam desta função. Um aspecto fundamental para a população estudada “é a valorização do tempo e do carinho necessários no processo de interação entre sujeitos. Ou seja, o cuidado no cotidiano desses grupos implica, sobretudo, tempo longo de permanência e afetividade, ao invés de rapidez e técnica.” (ACIOLI, 2008, p.197)

Sendo o cuidado uma dimensão da vida humana, que frequentemente se dá no plano da intersubjetividade, há, portanto, várias formas de cuidar e vários conhecimentos sobre esse cuidar (MATTOS, 2008, p.122). Embora haja uma assimetria inerente à relação do cuidador e da pessoa que recebe o cuidado – pois quem busca cuidado se coloca num certo grau sob a responsabilidade de quem cuida (CAMARGO JR., 2008, p.165) –, é preciso estimular a interação, a troca e o

respeito pelos diferentes saberes (LACERDA; VALLA, 2008, p.101). Neste sentido, um modo de cuidar cientificamente fundado não necessariamente será o melhor para a vida (MATTOS, 2008, p.122). Não é preciso rejeitar as contribuições da ciência para o cuidado, mas elas devem ser utilizadas com responsabilidade (MATTOS, 2008, p.123).

Baseado na discussão de Weber sobre a ética da convicção e a ética da responsabilidade, que foi posteriormente retomada por Le Breton e aplicada ao contexto de cuidados em saúde, Bonet (2008, p.291-292) afirma que o profissional de saúde, guiado pela ética da convicção, “teria o sentimento de que sabe melhor do que o paciente ou a comunidade o que é o mais adequado para eles.” Por outro lado, ao colocar em prática a ética da responsabilidade, este profissional levaria em conta “a singularidade dos conhecimentos dos pacientes e das comunidades na implementação dos cuidados.” Segundo este autor, “A prática fundamentada no conceito de cuidado só é possível num contexto em que encontremos ativo o operador lógico da integralidade” e esta mudança requer a “inclusão dos sujeitos como construtores de projetos.” (BONET, 2008, p.286)

5.2.2 Redes sociais de cuidado: entrelaçamento de informação e saúde

A pesquisa adota a visão das redes sociais interpessoais, que são tradicionalmente informais e espontâneas (AGUIAR, 2007, p.18). Estas redes de indivíduos geralmente se constroem e funcionam a partir de relações cotidianas (AGUIAR, 2007, p.22; MARTELETO; TOMAÉL, 2005, p.82), e são responsáveis pela construção social do indivíduo (ELIAS, 1994 [1939], p.31; MARTELETO, 2000, p.79; TOMAÉL, 2007, p.3).

Stotz (2009, p.29) explicita a distinção entre redes sociais primárias e secundárias. As primárias se referem às relações cotidianas significativas que se estabelecem entre as pessoas ao longo de suas vidas (relações de familiaridade, parentesco, vizinhança, amizade, etc.) e dizem respeito ao processo autônomo, espontâneo e informal de socialização dos indivíduos. São redes densas, com predomínio de laços fortes. As redes secundárias organizam-se em torno da defesa de interesses comuns e são formadas pela atuação coletiva de grupos, instituições e movimentos. O mesmo autor acrescenta que estes dois tipos de rede estão implicados na organização territorial das redes sociais, exibindo diversos cruzamentos entre os níveis local, municipal e nacional.

Enquanto os laços fracos proporcionam acesso a informações e recursos além dos que estão disponíveis no seu próprio círculo social, os laços fortes mostram maior motivação para proporcionar ajuda e, tipicamente, estão mais disponíveis (GRANOVETTER, 1983, p.209).

O termo ‘conceito de junção’, de Thompson (1981), é utilizado por Stotz (2009, p.27) a fim de definir Rede social como elemento de união entre disciplinas distintas, para “dar conta de experiências de ação e de solidariedade realizadas e promovidas por sujeitos sociais e políticos.” O

autor propõe pensar as redes sociais como conceito de junção entre *informação e saúde*, no sentido de promover a mudança social (STOTZ, 2009, p.40), o que se aproxima da visão de informação como *operador de relação* (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2002, p.42), apresentada na seção 3.2, quando aplicada ao campo da saúde.

As redes para o cuidado em saúde²⁷ são tecidas pela pessoa e sua família na experiência do adoecimento e abrangem diferentes subsistemas de cuidado (BELLATO et al., 2009, p.190). Nestas redes, observa-se que a família não é uma mera executora das ações formuladas e prescritas pelos profissionais de saúde: “ela (re)interpreta a concepção de saúde e de cuidado a partir do mundo de significados que cada um de seus membros acumula ao longo da vida, sendo o cuidado familiar embasado num amálgama de saberes populares, técnicos e científicos” (BELLATO et al., 2009, p.190), o que está de acordo com a visão de Minayo (1988; 1997) apresentada na seção 5.1.

O cuidado que a família dedica às suas crianças ocorre em um período longo de tempo, cuja duração se assemelha ao cuidado em saúde na condição crônica. Neste último contexto, Bellato e outros (2009, p.192) distinguem a Rede de Sustentação e a Rede de Apoio, que também são úteis para pensar o cuidado em saúde infantil. A primeira é aquela vinculada à pessoa adoecida de forma mais constante, que configura “um núcleo de permanência na biografia e na produção do cuidado familiar, e que se mantém no tempo e espaço de forma mais perene.” Neste tipo de rede para o cuidado, as relações são mais próximas e íntimas e se baseiam na afetividade. Seu nome deriva da “noção de ser ‘sustentáculo, manutenção e conservação’ ao longo da experiência de adoecimento e cuidado.” (BELLATO et al., 2009, p.192). A rede de sustentação tende a ser mais potente diante da baixa resolutividade das redes formais de saúde (BELLATO et al., 2009, p.191).

A rede de apoio é conformada no sentido de ‘ajuda ou assistência vinda do exterior’ e geralmente envolve relações mais formais e de menor densidade afetiva. A colaboração das pessoas ocorre em momentos específicos, de forma mais pontual. Ambos os tipos revelam potências diferenciadas, que se reforçam e convergem ao longo da experiência de adoecimento e cuidado familiar (BELLATO et al., 2009, p.192).

A visão de Redes de Sustentação e de Apoio é aplicada neste estudo em relação ao cuidado em saúde das crianças, tendo em vista que este cuidado se dirige à promoção, prevenção, preservação ou recuperação da saúde infantil na população estudada.

Nas redes para o cuidado há pessoas-chave, ou mediadores de redes, que possibilitam ou facilitam o acesso da pessoa e da família ao subsistema de cuidado profissional, criando *links* entre

²⁷ Os cuidados “‘para a saúde’ são todos aqueles que expressam uma finalidade, ou têm, como termo, a saúde em sua promoção, prevenção, preservação e recuperação” (BELLATO et al., 2009, p.188).

aqueles que necessitam de cuidado e os serviços de saúde. Esses mediadores não necessariamente integram o corpo profissional da instituição de saúde (BELLATO et al., 2009, p.192).

Para Martins (2009, p.76-77), as redes sociais do cotidiano apresentam elos humanos e não-humanos, que o autor denomina ‘mediadores’, e são representados por indivíduos, grupos, instituições, símbolos (como fé, santos ou ícones) ou objetos (álcool, televisão, etc.). Eles se dividem em colaboradores e inibidores. Os mediadores inibidores são aqueles que perpetuam o conflito; os colaboradores são acionados para mediar conflitos, administrar alianças e soluções, e tomar iniciativas que diminuam as tensões estruturais, ou que produzam situações sociais inéditas. Os mediadores colaboradores em geral são humanos solidários, pessoas de confiança, que apresentam diferentes perfis e funções (MARTINS, 2009, p.76-77).

Tendo em vista que “as redes sociais não são um dado natural, antes, são construídas através de estratégias de investimento nas relações sociais, passíveis de serem utilizadas como fonte de benefícios” (PORTUGAL, 2007, p.17), as redes de cuidado em saúde exemplificam bem este aspecto das redes sociais.

5.3 Biomedicina e Homeopatia: racionalidades médicas distintas

Nesta seção, busca-se expor o processo de estruturação da racionalidade biomédica, apontando algumas de suas inserções históricas, políticas, socioeconômicas e culturais. Em seguida, são abordadas diferentes características da biomedicina e da homeopatia, enfatizando nesta última seu inerente aspecto de cuidado integral com a saúde.

5.3.1 *O nascimento da clínica moderna e o poder sobre a vida*

O nascimento da medicina clínica moderna, científica, é marcado, no final do século XVIII, por estudos anatomopatológicos em cadáveres (FOUCAULT, 2002, p.79). A partir destes estudos, a experiência médica superpõe o espaço de configuração da doença ao espaço de localização do mal no corpo, marcando a medicina do século XIX pela soberania do olhar, que se dirige às lesões visíveis no organismo (FOUCAULT, 1977, p.1-2). A história da medicina ocidental sofreu um grande corte precisamente no “momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anatomo-clínico” (FOUCAULT, 1977, p.167-168), o que promoveu a integração epistemológica da morte à experiência médica, além da constituição do homem ocidental como objeto de ciência: “da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo.” (FOUCAULT, 1977, p.227)

Esta profunda reorganização formal permitiu o surgimento de uma experiência clínica, possibilitando, finalmente, a construção de um discurso de estrutura científica sobre o indivíduo: a experiência clínica é a primeira abertura na história ocidental “do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade.” (FOUCAULT, 1977, p.XIII)

Antes do final do século XVIII, a medicina se referia muito mais à saúde e às “qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar.” A prática médica enfatizava o regime, a dietética, enfim, as regras “de vida e de alimentação que o indivíduo se impunha a si mesmo. Nesta relação privilegiada da medicina com a saúde se encontrava inscrita a possibilidade de ser médico de si mesmo.” Com a anatomoclínica, a medicina passa a formar seus conceitos e prescrever suas intervenções menos pela saúde e mais pela bipolaridade do normal e do patológico (FOUCAULT, 1977, p.39-40).

A sociedade moderna se forma a partir do século XVIII e se estrutura com base no exercício do poder disciplinar, o qual produz as normas da ordem. Estas são construídas por meio de um conjunto de técnicas e instituições, cuja tarefa consiste em medir, controlar e corrigir os anormais, dispondo os mecanismos do poder em torno do normal (LIMA, 2006a, p.35).

O surgimento da ‘população’, como problema econômico e político, é uma das grandes novidades nas técnicas de poder no século XVIII: os governos precisam lidar com “seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e de habitat.” (FOUCAULT, 1999, p.28). Neste momento, formula-se também um discurso racional sobre o sexo, com a finalidade de geri-lo, inseri-lo em sistemas de utilidade, administrá-lo e não somente julgá-lo (FOUCAULT, 1999, p.26-27), tomando a conduta sexual da população simultaneamente como objeto de análise e alvo de intervenção (FOUCAULT, 1999, p.29). Foucault (1999, p.132) afirma que “Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos.”

A dominação política do corpo está ligada à explosão demográfica do século XVIII e ao crescimento do aparelho de produção, e o poder disciplinar opera como uma rede, a fim de fabricar o tipo de homem necessário à sociedade capitalista industrial (MACHADO, 2002, p.17). O poder disciplinar busca um objetivo ao mesmo tempo econômico e político: aumentar a força de trabalho dos homens, dando-lhes uma utilidade econômica máxima; e diminuir sua capacidade de revolta, tornando-os politicamente dóceis e obedientes (MACHADO, 2002, p.16). Neste contexto, Sayd (1998, p.10) aponta para o caráter ambíguo que tem o controle da saúde na sociedade, desde o século XVIII: “tanto se constitui em um serviço capaz de diminuir a mortalidade e a incidência de

doenças e acidentes e promover assim uma melhoria geral das condições de vida, como pode ser visto como elemento restritivo no controle da liberdade individual das pessoas.”

O desenvolvimento do capitalismo, no final do século XVIII e início do século XIX, conduziu à socialização do corpo enquanto força de produção e de trabalho, e a medicina representou um importante papel estratégico neste contexto (FOUCAULT, 2002, p.80).

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal, que antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 2002, p.80)

5.3.2 *Medicina ocidental contemporânea ou Biomedicina*

O processo de estruturação da medicina ocidental é marcado pela racionalidade moderna (LUZ, 1988, p.3). A pesquisa sócio-histórica de Luz (2007, p.4) aponta para uma naturalização do que poderia ser designado ‘cultura médica’, na qual “a biomedicina, como forma de saber erudito que constrói a medicina ocidental contemporânea, é assumida como única portadora de racionalidade, na medida em que racionalidade, nesta cultura, é assimilada à cultura científica.”

Na racionalidade médica moderna, “o objeto do conhecimento é a *patologia*, tomada como realidade positiva, e o objetivo da clínica é o combate e a eliminação dessa realidade” (LUZ, 1988, p.97, grifo da autora). Neste sentido, a medicina torna-se uma ciência das doenças, que “vivendo da morte transforma a questão da vida – e do homem vivo, embora doente – numa questão metafísica, portanto supérflua, para o conhecimento.” (LUZ, 1988, p.90)

A biomedicina, com sua visão biologicista e reducionista, e seu foco principal na doença, afastou o sujeito humano sofredor do centro de seu objeto (como foco da investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica) (LUZ, 2003, p.47-48). Na realização do ato médico, o “paciente só será fonte fidedigna de informação quando for completamente despersonalizado”, uma vez que a relação do médico “se dá com a doença, e o paciente é um mero canal de acesso à ela. Um canal muito ruim, por sinal, já que introduz ‘ruídos’ em níveis insuportáveis” (CAMARGO JR., 1992, p.209). Nesta racionalidade médica, “Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares” (FOUCAULT, 1997, p.14). Daí a posição paradoxal da clínica, pois “a doença nunca pode se dar fora de um temperamento, de suas qualidades, [...] e mesmo que ela mantenha sua fisionomia de conjunto, seus traços sempre recebem, nos detalhes, colorações singulares.” (FOUCAULT, 1997, p.14). Neste modelo médico hegemônico, “existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e cuidado integral à saúde.” (LACERDA; VALLA, 2008, p.93). Além

de desvalorizar a subjetividade do paciente (e do próprio médico), este modelo de atenção também avaliza o uso excessivo de exames complementares e a farmacologização exagerada, configurando uma propensão iatrogênica intrínseca (CAMARGO JR., 2005, p.197). Observa-se, assim, uma “perda, pela medicina atual, de seu papel milenar terapêutico, isto é, de sua função de arte de curar em proveito da diagnose, [diante da] investigação cada vez mais aprimorada de patologias, sem igual consideração pelos sujeitos doentes e por sua cura.” (LUZ, 2003, p.45). Esses aspectos da medicina dominante em nossa sociedade se acentuam especialmente no atendimento público de saúde, onde “em geral os sujeitos são vistos como portadores de doenças, não sendo valorizados em sua humanidade e individualidade.” (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2008, p.115).

A visão reducionista e organicista da biomedicina e a fragmentação do conhecimento em especialidades conduziram à estruturação de uma medicina altamente tecnológica (NOGUEIRA, 2010, p.102). O deslumbramento pela tecnologia médica leva à crença de que “a saúde de uma sociedade aumenta na exata medida em que seus membros venham a depender de próteses sob a forma de medicamentos, terapêuticas, internações diversas e controles preventivos.” (ILLICH, 1975, p.44). Essa medicina hegemônica está centrada “em tecnologias duras e em práticas com viés autoritário”, onde a idéia de integralidade na verdade conduz à “oferta e [ao] consumo inesgotável e impessoal de serviços, exames, práticas e consultas, alimentando uma heteronomia curativa para qualquer sintoma ou incômodo, um exagerado intervencionismo químico-cirúrgico e uma paranóia preventivista” (TESSER, 2010, p.80): “Após os cuidados de doença, cuidados de saúde tornaram-se uma mercadoria [...]. O consumo de cuidados preventivos é cronologicamente o último sinal de *status* social da burguesia. Para estar na moda, é preciso hoje consumir *check-up*.” (ILLICH, 1975, p.61, grifo do autor).

5.3.3 *Homeopatia: uma prática médica de cuidado integral*

Em uma outra perspectiva, a racionalidade médica homeopática apresenta-se como medicina interativa, na qual Hahnemann, o fundador da homeopatia, “revela sua preferência clara por uma *episteme* que contempla o individual como método e, portanto, centro da terapêutica.” (ROSENBAUM, 2000, p.121, grifo do autor). Para Hahnemann (1988 [1833], p.92, 94, 156, 172-173 - § 1, 6, 70, 83), a doença é sempre do indivíduo e deve ser investigada e tratada em sua totalidade (física e mental), considerando o contexto de vida do paciente, e buscando o completo restabelecimento de sua saúde.

Na obra de Hahnemann, o homem é visto como “ser psicobiológico, inserido em seu meio e com este interagindo” (LUZ, 1993, p.5), e as enfermidades são modificações no estado da

energia vital (LUZ, 1993, p.10) e não um *mal* a ser atacado e vencido pelo *arsenal terapêutico*. Há na homeopatia uma concepção dinâmica da doença, que não é localizante e sim, totalizante. Esta visão, descrita por Canguillem (1978 [1943]) ao abordar a medicina grega, está presente nos escritos e práticas hipocráticas, e representa ainda um esforço da natureza sobre o homem, para que este obtenha um novo equilíbrio, e desse modo, se cure:

A natureza (physis) tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões e não causas. [...] A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia [...]. O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio. A terapêutica deve, em primeiro lugar, tolerar e, se necessário, até reforçar essas reações hedônicas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural. (CANGUILHEM, 1978 [1943], p.20-21)

Ao centrar-se na terapêutica e não na diagnose, esta medicina “prioriza a relação médico-paciente e utiliza a narrativa como instrumento fundamental da consulta.” (LACERDA; VALLA, 2008, p.100). Os casos devem ser analisados em uma totalidade, considerando toda a biografia dos indivíduos, o que lhes permite voltar a ocupar o comando de sua história, ou recuperar a autonomia dentro dela, adquirindo uma consciência que lhes permita atribuir-se significado e propósito (ROSENBAUM, 2000, p.143). Este olhar abrangente do indivíduo, que remete à noção de ‘integralidade’ – princípio doutrinário do SUS –, envolve “uma leitura ampliada das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais” (MATTOS, 2008, p.125). A homeopatia fortalece a autonomia e a dignidade dos sujeitos envolvidos, por ser uma medicina que busca esse olhar integral do indivíduo, valorizando o seu contexto de vida por meio do estímulo a sua narrativa (PAGLIARO, 2004, p.6). Nesta racionalidade médica, marcada pela noção de recuperação da saúde (e não apenas o combate de doenças), o usuário se depara com uma nova realidade, que abrange: (a) reposição do sujeito como centro do paradigma médico, onde a vivência particular do adoecimento é o foco principal; (b) relação médico-paciente, que opera como um importante elemento de cura; além de (c) construção, durante o tratamento, do que se poderia chamar de um “projeto” de saúde para a maioria dos pacientes (LUZ, 2003, p.62, 64, 84).

Ao referir-se às medicinas alternativas de sistema complexo (homeopatia, medicina tradicional chinesa/ acupuntura e medicina tradicional indiana/ ayurvédica), Luz (2003, p.68) afirma que elas não se orientam simplesmente para o combate e erradicação de doenças: “trata-se de incentivar a existência de cidadãos saudáveis, autônomos, capazes de interagir em harmonia com outros cidadãos, e de criar para si e para os que lhe são mais próximos um ambiente harmônico, gerador de saúde.”

O tipo de relação que se estabelece entre o médico homeopata e seu paciente “constitui um dos principais motivos de satisfação da clientela com o tratamento” (CAMPELLO, 2001, p.30). O

processo de tratamento, por exigência da própria racionalidade homeopática, estabelece “uma interação médico paciente que se desenvolve num tempo mais ou menos longo e que possibilita humanizar o atendimento e o cuidado.” (PAGLIARO, 2004, p.32)

Os homeopatas priorizam os sintomas e sinais apresentados pelos pacientes e não os exames complementares (CAMPELLO, 2001, p.80): é o exame detalhado e minucioso do paciente, ao longo da entrevista médica (anamnese), que permite a identificação da totalidade dos sintomas do indivíduo²⁸ (PAGLIARO, 2004, p.35). Para o exercício da prática homeopática, é fundamental que o profissional tenha a capacidade de ouvir, observar, reconhecer e precisar com detalhes, e *sem prejulgamentos*, os sintomas do paciente, pois a terapêutica se alicerça tanto sobre os dados de observação do médico durante as consultas, quanto na auto-observação do paciente em sua vida cotidiana (PAGLIARO, 2004, p.38; LUZ, 1993, p.26). Enquanto “na homeopatia a auto-observação é muito valorizada” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.44), na biomedicina, o direito de se julgar doente, ou não, é retirado do indivíduo (CONTE; MARTINEZ, 1997, p.18): o diagnóstico é tarefa exclusiva do médico (BALINT, 1988, p.106), o qual descobrirá a doença por meio de resultados (numéricos) de exames (CONTE; MARTINEZ, 1997, p.18).

Conforme as orientações do criador da homeopatia, o relato das queixas do paciente deve ser feito de forma espontânea, sem induções por parte do médico, que poderiam conduzir a conclusões imprecisas sobre o quadro a ser tratado e, conseqüentemente, a um tratamento inadequado:

O paciente detalha a história de seus sofrimentos [...]; o médico vê, ouve e observa com seus outros sentidos o que haja de alterado ou extraordinário. Escreve com exatidão tudo que o paciente e seus amigos lhe disseram com seus próprios termos. Guardando silêncio, lhes permite dizer tudo o que tenham a relatar e se contém para não interrompê-los, a menos que se desviem falando de outros assuntos. [...] o médico obtém uma informação mais precisa a respeito de cada detalhe em particular, porém sem formular suas perguntas de modo que sugiram a resposta ao paciente, de modo que ele tenha que responder sim ou não [...]. (HAHNEMANN, 1988 [1833], p.173-175, § 84 e 87)

Percebe-se que a valorização da espontaneidade do relato – reforçada não apenas pela *escuta atenta*, mas também pelo *registro por escrito e nos próprios termos do paciente* ou de seus acompanhantes – reafirma a posição central do sujeito no processo terapêutico. Este aspecto, de fato, aparece na prática clínica: os médicos homeopatas entrevistados pelo Projeto Racionalidade Médicas em três serviços públicos de saúde foram unânimes quanto à importância de valorizar o que o paciente traz para a consulta, afirmando que “Ele [paciente] que dá o tom da consulta.” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.23). Na busca pela totalidade dos sintomas por meio do relato

²⁸ “À totalidade individual correspondem os sintomas físicos, as predisposições aos fatores externos (tais como modificações sazonais, climáticas, ambientais, etc.) e os sintomas emocionais (como percebem e reagem ao mundo – pessoal, familiar, social, profissional).” (CAMPELLO, 2001, p.36-37)

espontâneo, é importante também respeitar o limite do que o paciente quer ou pode informar em cada momento do tratamento (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.24; CAMPELLO, 2001, p.83).

A escuta e o acolhimento das queixas de uma forma ampla, que são parte da própria técnica homeopática (PAGLIARO, 2004, p.38) e abrangem os aspectos subjetivos da vida do paciente (medos, angústias, percepções sobre sua doença e seu contexto de vida), vinculam-se à imagem que os pacientes têm do homeopata como um médico atencioso, que quer conhecer profundamente seu paciente (CAMPELLO, 2001, p.30). O diagnóstico e a terapêutica são construídos “no sentido de favorecer o respeito e a autonomia do cidadão” (PAGLIARO, 2004, p.33), uma vez que o médico precisa conhecer a *pessoa* como um todo e não apenas a *doença*. Porém, cabe ressaltar que esta atenção do homeopata, que constitui um dos aspectos mais valorizados pela clientela da homeopatia (o homeopata *escuta* o paciente) (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.17), não é fruto somente “da gentileza e da amabilidade, que são elementos das interações humanas, de forma genérica” (CAMPELLO, 2001, p.30), mas sim, parte da técnica desta medicina: “Esta atenção é o exercício da própria diagnose, é seguir o rigor da técnica, não é um aspecto particular do médico” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.18) ou um aspecto psicológico da relação médico-paciente (LUZ, 1998, p.22). Se para o paciente esta escuta é um sinal de interesse do profissional, para o médico “é a única forma de poder estabelecer uma terapêutica adequada ao paciente, isto é, o remédio que mais lhe convém.” (LUZ, 1998, p.22)

Os pacientes de ambulatórios públicos de homeopatia entrevistados na segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas confirmam que o médico homeopata procura *saber tudo* da vida da pessoa, o que contribui para que o próprio paciente construa uma visão integral de si mesmo no processo de adoecimento/ recuperação da saúde:

Este “tudo”, pudemos perceber nas entrevistas, é identificado com o próprio indivíduo e diz respeito aos hábitos, às manias, ao cotidiano, às emoções, bem como aos sintomas físicos; e, sobretudo, cria um elo entre o todo e a doença. Este elo é um traço marcante da própria diagnose homeopática, onde o médico procede perguntando sobre tudo. A clientela se apropria desse valor, reconhecendo algo que já percebia. O fato do médico valorizar a totalidade reforça nos pacientes a noção de equilíbrio entre o físico e o mental, entre o todo e a doença, confirmando o valor dos pequenos fragmentos experimentados ao longo da doença, tais como clima, emoções etc. A estes se agregam os resultados obtidos com o tratamento, quando constatarem mudanças em vários planos. (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.15-16)

Ao encontrar alguém que se interesse por ele e queira “‘saber sobre tudo’, [o paciente] sente que está sendo tratado” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.18). Na verdade, o homeopata depende das informações do paciente sobre seus sintomas ao longo de todo o tratamento (CAMPELLO, 2001, p.88). O que ele busca compreender não é a unidade histórica na qual o indivíduo está inserido, mas a forma particular com a qual ele a vivenciou (ROSENBAUM, 2000, p.125). Desse

modo, a homeopatia de Hahnemann “acaba provocando esta **perplexidade ao devolver ao enfermo o papel de protagonista principal de seu próprio drama**, chocando-se contra todo sistema semiológico e terapêutico da medicina” de sua época (ROSENBAUM, 2000, p.122-123, grifo do autor): “A singularidade do paciente, visto como totalidade biopsíquica, bem como o seu *cuidado*, tendem a ser considerados não apenas como o objeto, mas também como objetivo central” da homeopatia (LUZ, 2003, p.62, grifo da autora).

Na prática homeopática, a escuta e o acolhimento estabelecem uma relação médico-paciente que opera como um importante elemento de cura (LUZ, 2003, p.64): “É comum os pacientes deixarem os consultórios com uma sensação de alívio, já vivendo o processo terapêutico” (PAGLIARO, 2004, p.38), pois a valorização de suas queixas permite que ele elabore “a construção de si como uma totalidade de valor frente à autoridade médica e frente a si próprio.” (PAGLIARO, 2004, p.41). A compreensão da totalidade dos sintomas segundo o conceito de unidade²⁹ é o que permite a prática homeopática: “Para o paciente, que é quem está se queixando e narrando o contexto onde sua história de vida está inserida, fica a possibilidade de um aprendizado de que ele é integral, pois é assim que está sendo valorizado.” (PAGLIARO, 2004, p.41)

É também desse modo que emerge outra função da terapêutica homeopática: a possibilidade de intervir na biografia dos sujeitos, permitindo que estes voltem a ocupar o comando de sua história, ou que recuperem a autonomia dentro dela (ROSENBAUM, 2000, p.143). Essa possibilidade de reformulação de sua identidade, proporcionada pelo processo de auto-observação de suas peculiaridades individuais ao longo do tratamento, permite ao paciente da homeopatia uma reapropriação do próprio corpo numa perspectiva de reequilíbrio, isto é, de possibilidade de cura, por meio de um processo de ressubjetivação (CAMPELLO, 2001, p.46).

Nesta perspectiva, médicos e pacientes da homeopatia entrevistados pelo já mencionado Projeto Racionalidades Médicas concordam quanto ao caráter complementar da homeopatia e da psicoterapia, evidenciando para estes atores “a importância atribuída ao conhecimento aprofundado das emoções humanas e suas reações.” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.19)

Durante o tratamento homeopático, ocorre ainda a construção do que se poderia chamar de um “projeto” de saúde para a maioria dos pacientes (LUZ, 2003, p.84). A homeopatia adota “um paradigma vitalista na abordagem dos processos de adoecimento e cura dos sujeitos, estabelecendo para a medicina [...] o papel de promotora e recuperadora da saúde, de auxiliar da Vida, e não apenas de investigadora e combatente de entidades nosológicas, de patologias.” (LUZ, 2003, p.70):

²⁹ “a homeopatia concebe o homem como uma unidade indissolúvelmente constituída de organismo material, energia ou força vital e espírito, tendo esta distinção caráter eminentemente didático, pois nenhuma das partes por si mesma representa o homem ou pode manifestar-se independentemente” (LUZ, 1993, p.6).

[...] para concebermos o homem, devemos em primeiro lugar admitir a existência da vida, senão jamais estaremos falando do objeto da medicina, pois a medicina que não seja uma ciência a serviço da saúde do homem, isto é, uma ciência que tenha como objeto de seu estudo uma qualidade absolutamente associada à própria condição de vitalidade, não pode ser considerada medicina pela homeopatia. (LUZ, 1993, p.6)

Esta concepção vincula-se também à visão homeopática do próprio homem, que é dotado de inteligência e livre arbítrio, e que vive em contínuo processo de aprendizado, o que o torna capaz de determinar o seu destino (LUZ, 1993, p.8 e 12).

Conforme mencionado anteriormente, a clientela dos ambulatórios de homeopatia em serviços públicos do Rio de Janeiro mostra-se muito satisfeita com o atendimento e ressalta três aspectos principais desta prática médica: (a) a *atenção do médico homeopata* com o paciente³⁰; (b) o *baixo custo* do tratamento (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.20); e (c) a *efetividade do tratamento* em diferentes dimensões da saúde (reforçando a noção de resolutividade e abrangência do tratamento na totalidade individual), sem os transtornos vivenciados com tratamentos prévios: “É importante salientar que a homeopatia devolve a muitos pacientes a esperança da cura, ou ao menos a melhora, já que muitos chegam ao homeopata desenganados pela biomedicina” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.18), ou frustrados por ela.

Outra conclusão do Projeto Racionalidades Médicas, quanto à representação de origem da doença, é que “Tanto os clientes da homeopatia quanto os da biomedicina apontam para a importância da própria conduta. Porém, para os pacientes da homeopatia esta conduta está mais referida às reações perante o mundo”, o que reflete uma visão de mundo mais abrangente – que coincide com aquela apontada por Minayo (1988, p.370) em relação às classes populares (ver seção 5.1) –, “enquanto que para os pacientes da biomedicina [a origem da doença] está muito mais relacionada aos maus hábitos alimentares e sociais (como o tabagismo)” (LUZ; CAMPELLO, 1997, p.34), evidenciando neste último grupo a visão reducionista, especializada, fragmentada e “científica” da biomedicina. Esta diferença de visão também é observada na representação de corpo da clientela de cada ‘racionalidade médica’: “A identificação do corpo com o ser está ausente do discurso dos pacientes da biomedicina. Eles entendem, mais frequentemente, o corpo como uma máquina, um patrimônio a ser preservado. Falam a respeito do corpo como parte de uma dualidade corpo-mente.” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.42). Já os pacientes da homeopatia manifestam uma visão de interligação, interdependência, ou unidade corpo-mente (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.12).

³⁰ “Do que os pacientes da homeopatia mais gostam é da atenção do médico e do medicamento, que não faz mal. Já o que mais agrada aos pacientes da biomedicina é a presença de equipamentos de diagnose, tais como aparelhos de raio-X, ultra-sonografia, etc.” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.44)

Antes do projeto da ONG HAPS de atenção à saúde das crianças do Morro dos Cabritos, as famílias estavam acostumadas às consultas rápidas no posto de saúde ou nos serviços de emergência, que se restringiam às queixas do momento:

Ao perceberem que suas consultas [na ONG HAPS] têm hora marcada, que duram em média uma hora, que o médico quer (e precisa) saber não apenas aquilo que os preocupa naquele momento nos seus filhos e sim toda a manifestação orgânica do corpo e da mente, há como que um relaxamento e temas que perpassam a família como um todo são trazidos. Problemas como alcoolismo dos pais, drogas com outros filhos e membros da família, violência local e doméstica, problemas sociais que implicam na saúde das pessoas da casa, desemprego, são facilmente relatados e muitas vezes relacionados espontaneamente à saúde da criança atendida. (PAGLIARO, 2004, p.43)

Ao longo do tratamento homeopático, “É comum se verificar o desenvolvimento de uma relação afetiva/afetuosa entre o médico homeopata e seu paciente” (CAMPELLO, 2001, p.100), o que também foi observado no projeto de atenção à saúde da ONG HAPS:

O contato que nós como profissionais e técnicos viemos estabelecendo com estas pessoas [da comunidade do Morro dos Cabritos] está pleno de afeto e confiança. Uma confiança que vem sendo construída através das vivências, mas principalmente através do respeito e cumprimento dos compromissos planejados. (PAGLIARO, 2004, p.124)

Outro grande atrativo da terapêutica homeopática é o medicamento, considerado pela clientela como mais natural, menos agressivo, suave, bom (CAMPELLO, 2001, p.61), sem os riscos de iatrogenia (LUZ, 2003, p.60) ou de causar dependência como o medicamento convencional (CAMPELLO, 2001, p.114). A visão do medicamento que não causa dependência também pode ser tomada “como um aspecto da autonomia proporcionada pelo tratamento homeopático” (CAMPELLO, 2001, p.114): “A longo prazo, teremos indivíduos menos dependentes dos medicamentos sintomáticos”, ao contrário da biomedicina, na qual “sintomáticos vão sendo acrescentados ao longo do tempo, como muletas que amparam situações muitas vezes provocadas pelos próprios medicamentos.” (PAGLIARO, 2004, p.37)

O objetivo da terapêutica homeopática “**nunca é calar o sintoma**, mas sim direcioná-lo para planos mais superficiais do organismo” (LUZ, 1993, p.31, grifo do autor): “Por isso, as doenças de pele são, freqüentemente, poupadas de intervenções e mesmo positivamente valorizadas, pois representam a superficialização do desequilíbrio e poupam do adoecimento órgãos mais profundos e de hierarquia superior.” (MOURA; CONTE, LUZ, 1998, p.11)

A medicação é um importante instrumento terapêutico tanto para pacientes da homeopatia quanto da biomedicina: “a melhora e/ ou cura são atribuídas ao medicamento”, mas os pacientes da homeopatia consideram o medicamento da biomedicina forte, capaz de intoxicar o organismo e causar problemas, e, por isso, ele só deve ser utilizado “em situações extremadas, que necessitem de um resultado rápido.” (LUZ; CAMPELLO, 1998, p.17)

6 METODOLOGIA

A metodologia para a coleta de dados da pesquisa se divide em três blocos principais: (a) análise dos dados do IBGE (Censo-2000) e levantamento de estudos sobre a população do Morro dos Cabritos, cujos resultados foram apresentados na contextualização do objeto de estudo (ver seção 2.4); (b) análise dos documentos da ONG HAPS, visando à análise quantitativa dos dados, a fim de conhecer o perfil da clientela e de suas famílias; e (c) metodologia qualitativa, com entrevistas semi-abertas, realizadas em grupos focais separados, compostos por responsáveis e médicos que participaram do projeto. Neste capítulo, serão descritos os passos metodológicos para a análise documental e seus resultados, bem como o mapeamento dos entrevistados pela pesquisa (familiares das crianças e homeopatas).

6.1 Coleta de dados a partir de documentos da ONG HAPS

A análise documental das fontes de dados disponíveis na ONG HAPS foi realizada de julho a agosto de 2011. A pesquisa não adotou a análise dos prontuários médicos dos pacientes, a fim de preservar o sigilo ético das informações. Nesta etapa, os dados recuperados sobre as crianças encaminhadas para atendimento homeopático na ONG HAPS foram reunidos em um documento denominado Quadro Geral da Pesquisa (QGP), elaborado em planilha *Excel*.

Inicialmente foram recuperados os seguintes documentos: (a) *lista impressa, sem título*, elaborada em 2006, com os nomes em ordem alfabética e outros dados de 267 crianças que se inscreveram para participar da campanha até então. Deste total, **256** foram atendidas pelo menos uma vez (11 crianças desta lista nunca foram atendidas); 48 fichas intituladas “*Ficha de cadastro e acompanhamento dos pacientes da campanha*”, nas quais foram encontrados nomes e dados de mais duas crianças, que não constavam da lista elaborada em 2006; (c) 4 fichas nomeadas “*Paciente - controle de consultas*”; (d) 20 fichas denominadas “*Ficha de cadastro dos pacientes da campanha*”. Em cinco delas, havia a foto da criança, o que permitiu estimar o grupo étnico; (e) *Quadro de Análise de 44 prontuários* de crianças atendidas em diferentes fases do programa, elaborado no primeiro semestre de 2008, por um médico da ONG HAPS, em documento *word*, que apresenta 67 categorias de análise sobre o tratamento das crianças. Nenhum novo nome foi acrescentado ao QGP a partir dos três últimos documentos.

Em seguida, buscou-se a definição dos grupos de irmãos que participaram do projeto a partir da coluna de nomes, a fim de definir grupos familiares. Foram encontrados **40** grupos de crianças com o mesmo sobrenome (e no grupo focal foram identificados mais **2** grupos), sendo 37

formados por duas crianças, quatro formados por três crianças e um único grupo de irmãos formado por quatro crianças. Nos casos em que somente um dos irmãos apresentava dados sobre a família ou sobre a residência, estes dados foram incluídos na(s) linha(s) do(s) outro(s) irmão(s).

Em julho de 2011, a ONG HAPS não dispunha de nenhum outro documento (além dos descritos acima) sobre as crianças, em sua sede. Por este motivo, buscou-se o contato com cinco profissionais que participaram da fase final do programa (2007-2008), tendo em vista que muitos prontuários e fichas foram levados para os consultórios particulares de cada um após a interrupção do projeto. Outro médico, que atuou no programa de atendimento de 2000 a 2004, ainda guardava em disquete o registro eletrônico dos prontuários e fichas de cadastro de 16 crianças por ele acompanhadas. Estes profissionais forneceram para a pesquisa listas com dados sobre 50 crianças. A partir destas novas listas, foram localizados mais dois pacientes que não constavam do QGP até esta etapa de sua elaboração.

Deste quadro constam 39 categorias: nome da criança; número do prontuário; data ou ano de entrada e de saída do programa; número de consultas realizadas; nome do médico responsável; data de nascimento; sexo (masculino, feminino); cor (negra, parda ou branca); idade na primeira consulta (em anos e meses); naturalidade; endereço; número do telefone; fonte de indicação para o programa; participação do atendimento psicológico ou orientação fonoaudiológica na ONG; escolaridade no início do tratamento; atividade extracurricular; nome e profissão do pai; nome e profissão da mãe; nome, profissão e grau de parentesco do responsável (se não for pai ou mãe); situação profissional (desempregado, autônomo, empregado, aposentado); número e idade dos irmãos; número de adultos na casa e grau de parentesco; número total de pessoas na casa; renda familiar; quantas pessoas contribuem para a renda familiar e grau de parentesco; total de cômodos da casa (especificando o número de cômodos); tipo de ocupação da casa (própria quitada, própria não quitada, alugada, outros); fornecimento de água (poço, encanada, bica pública, outros); tipo de recolhimento de esgoto (a céu aberto, rede pública, outros); e forma de recolhimento do lixo.

Finalmente, os dados sobre as crianças no QGP foram confirmados e/ ou complementados pelas fichas de identificação preenchidas pelos responsáveis que participaram da pesquisa.

6.2 Análise e interpretação do Quadro Geral da Pesquisa (QGP)

Para cada categoria do QGP, foi inicialmente levantado o número de crianças (e o percentual) cujo dado foi recuperado do QGP, buscando validar quantitativamente cada resultado em relação ao número total de crianças atendidas. O Gráfico 5 apresenta estes resultados.

Somente as categorias de nome e sexo das crianças apresentam recuperação de 100% das

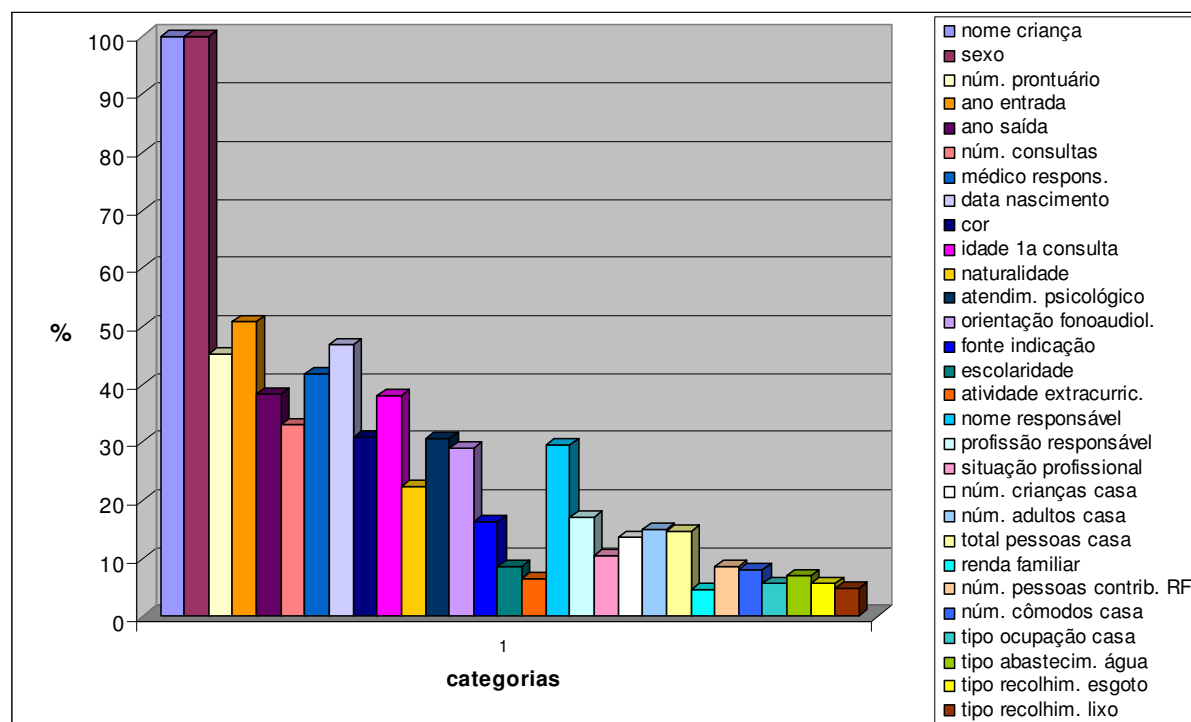


Gráfico 5: Percentual de recuperação de dados por categoria de análise do Quadro Geral da Pesquisa.

crianças. As categorias que apresentam recuperação de dados inferior a 25% das crianças do programa foram excluídas da análise para este estudo ou analisadas a partir de outras fontes (Lista de 2006 da ONG HAPS, ou dados do IBGE – Censo 2000, ou ainda dados de outras pesquisas). Estão neste grupo de categorias excluídas: naturalidade, fonte de indicação para o programa, escolaridade no início do tratamento, atividade extracurricular, profissão do responsável e sua situação profissional, número de crianças e de adultos na casa, número total de pessoas na casa, renda familiar, número de pessoas que contribuem para a renda familiar, total de cômodos da casa, tipo de ocupação da casa, tipo de abastecimento de água; tipo de recolhimento de esgoto e tipo de recolhimento do lixo.

Conforme visualização no Gráfico 6, construído a partir dos dados da Lista de 2006, a fonte mais frequente de indicação para inclusão de 257 crianças no programa de atendimento, de 2000 a 2006, foi a Creche Cantinho da Natureza (CCN), com 118 indicações (45.9%). Esta creche já funcionava na comunidade no momento em que o programa da ONG foi implantado. Em seguida, aparece a Creche Municipal Tia Sonia Crispiniano (CTS), inaugurada em 2003, com 61 indicações (23,7%); e a própria comunidade (Comun.), representada por parentes, amigos, ou vizinhos, com 59 indicações (22.9%). A Creche Municipal Irmãos Batista (CIB), inaugurada em 2005, aparece com 24 indicações (9.3%); os médicos da instituição indicaram quatro crianças (1.5%) e o serviço de reforço escolar da comunidade encaminhou 1 criança (0.4%). As indicações das três creches

comunitárias somam 79% das crianças encaminhadas para o projeto da ONG HAPS neste período (2000-2006).

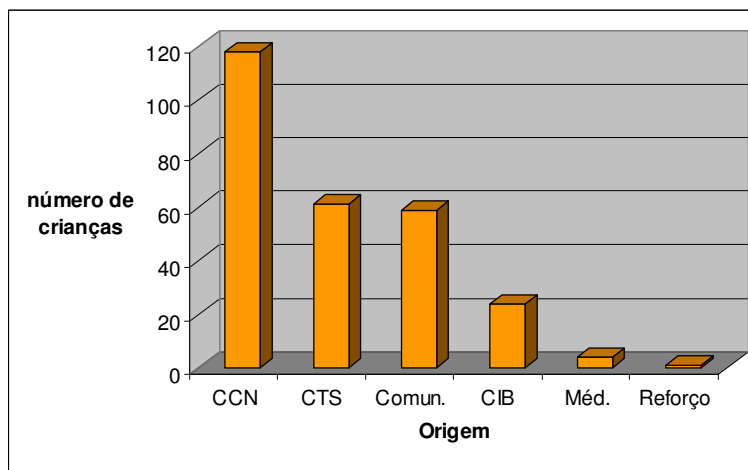


Gráfico 6: Fonte de indicação para inclusão de 257 crianças no programa da ONG HAPS entre 2000 e 2006.

A contabilização dos anos de entrada e saída de 256 crianças, de 2000 a 2006, permitiu compor o fluxo de pacientes nos seis primeiros anos de atendimento, representado no Gráfico 7. Tal fluxo variou principalmente em função da quantidade e motivação dos médicos envolvidos no projeto, dos recursos financeiros disponíveis, das crianças que abandonaram ou receberam alta do tratamento, da renovação do ciclo de acompanhamento com um novo grupo de crianças, entre outros. Não foi possível estabelecer o fluxo de entrada e saída das crianças nos dois últimos anos do projeto por falta de dados. O QGP mostra que mais três crianças ingressaram no programa de atendimento a partir de 2007, e pelo menos 35 crianças ainda eram atendidas em 2008.

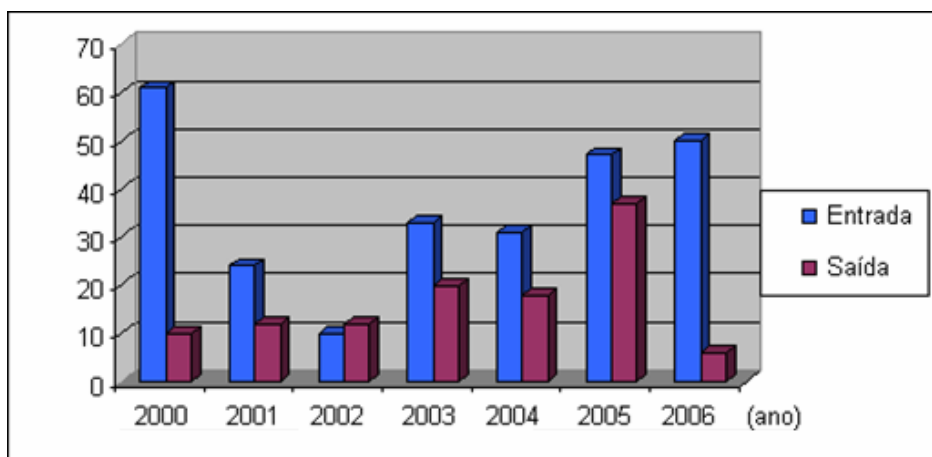


Gráfico 7: Fluxo de entrada e saída de 256 crianças do programa de atendimento entre 2000 e 2006.

A distribuição por gênero das crianças encaminhadas para o projeto de intervenção da ONG HAPS apresenta uma discreta predominância do sexo masculino (142 meninos ou 52.8%), em relação ao sexo feminino (127 meninas ou 47.2%), o que difere levemente dos dados do

IBGE–Censo 2000, que exibe uma distribuição de 49,9% de meninos e 50,1% de meninas para a população infantil (0 a 12 anos) do Morro dos Cabritos.

A distribuição por grupo étnico de 80 crianças (31% do total) atendidas na ONG HAPS apresenta acentuada predominância da cor parda (47 crianças ou 58,8%), seguida de longe pela cor negra (19 crianças ou 23,7%) e branca (14 crianças ou 17,5%).

Quanto à idade das crianças no início do tratamento (Gráfico 8), este dado só pôde ser recuperado para 98 crianças atendidas (38%) e, neste grupo, a faixa etária mais numerosa se situa entre 1 e 3 anos (21 crianças com 1 ano de idade, 26 com 2 anos e 19 com 3 anos), o que representa 67,3% deste grupo. Isto é coerente com o fato de 79% das crianças acompanhadas na ONG terem sido encaminhadas pelas creches comunitárias. Somando a este grupo as crianças menores de 1 ano (8 crianças) chega-se ao total de 74 crianças (75,5%) na faixa etária de 0 a 3 anos. Há 24 crianças (24,5%) na faixa etária de 4 a 11 anos.

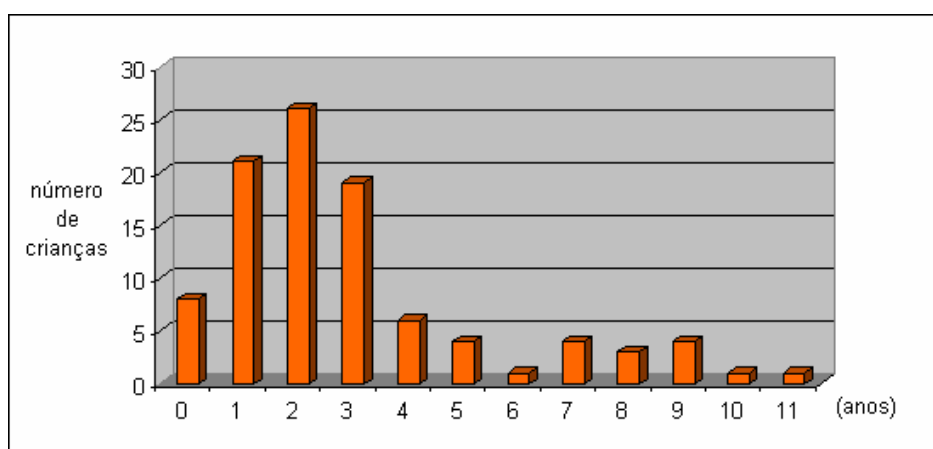


Gráfico 8: Idade na primeira consulta (98 crianças – 38% do grupo total).

O dado sobre encaminhamento da criança e/ ou responsável para psicoterapia só foi recuperado para 79 crianças e, deste grupo, somente sete (8,9%) crianças ou mães participaram deste atendimento. Para o grupo de 75 crianças no qual se recuperou o dado sobre orientação com fonoaudióloga, somente uma delas utilizou este serviço (1,5%). Pode-se concluir que a maior parte das crianças atendidas contou exclusivamente com a atenção homeopática na ONG HAPS.

Embora a naturalidade das crianças só tenha sido recuperada para 22,5% das crianças atendidas, pode-se afirmar que quase todas eram naturais do município do Rio de Janeiro, pois somente uma criança neste grupo era natural de outro município.

Conforme já mencionado, os dados iniciais desta pesquisa foram colhidos a partir de observação profissional, ao longo da experiência da autora como médica homeopata na organização. A fase exploratória da pesquisa partiu dos dados registrados no seu caderno de apontamentos sobre vários aspectos relatados pelos familiares, que se modificaram em função da

intervenção social promovida pela ONG HAPS. Este material contribuiu para a construção de categorias de análise da pesquisa, e, a partir destas, foi elaborado o roteiro de entrevista com os responsáveis, cujos tópicos são apresentados no Anexo A.

6.3 Mapeamento dos responsáveis e organização dos grupos focais e entrevistas individuais

O universo de crianças atendidas pelo programa entre 2000 e 2008 é composto por **258** crianças, mas só foi possível recuperar dados que confirmassem a participação de 127 delas no projeto. De acordo com o critério de permanência mínima no programa (1 ano, ou 6 consultas), foram excluídas 28 crianças da amostra para a pesquisa – um índice expressivo de não aderência ao programa (20% do grupo de 127 crianças).

Verificou-se que pelo menos quatro crianças nunca moraram na comunidade do Morro dos Cabritos. Estas também foram excluídas da amostra da pesquisa, a fim de preservar no estudo o caráter territorial da intervenção. Desse modo, chegou-se a uma amostra inicial de 95 crianças, mas só foi possível recuperar o número do telefone referente a 68 delas (26,36% do total), o que corresponde a **48 famílias** procuradas para participar da pesquisa. Os responsáveis por 16 delas não foram encontrados, porque o número do telefone não completava a ligação, ou havia mudado, e cinco famílias, que tinham apenas um telefone para recado, não retornaram a ligação. Foi feito contato telefônico direto com os responsáveis por **27 famílias**. Perguntou-se sobre a disponibilidade para participar do grupo focal, explicando os objetivos da pesquisa e as condições do termo de consentimento livre e esclarecido. Uma família havia se mudado de estado, e uma outra não concordou em participar da pesquisa. Todos os responsáveis pelas **25 famílias** restantes (o que corresponde a **33 crianças** atendidas) concordaram em participar, muitos deles manifestando muita satisfação e gratidão pelo tratamento homeopático oferecido aos filhos, sendo bastante fácil agendar a participação no grupo focal. Nos dois dias anteriores à reunião, 18 familiares confirmaram presença; quatro não foram encontrados; dois avisaram que não poderiam comparecer devido a outros compromissos no mesmo horário; e uma mãe de duas crianças, que não teria nenhum horário para participar do grupo, se colocou à disposição para participar de outra forma, afirmando que “o tratamento das meninas me ajudou muito”.

Foram realizados dois grupos focais em meados de setembro de 2011, em um dia de forte chuva na cidade, o que pode ter prejudicado o acesso de alguns responsáveis ao local da reunião. O primeiro grupo focal ocorreu em uma sala cedida pela Igreja próxima à comunidade do Morro dos Cabritos, e contou com a participação de seis responsáveis por nove crianças atendidas. O segundo foi realizado em um espaço cedido pelo Centro Municipal de Saúde, que atende à comunidade,

com cinco responsáveis por seis crianças atendidas. Participaram dos grupos nove mães e duas avós habitualmente envolvidas com o cuidado dos netos.

Os filhos e netos das responsáveis entrevistadas foram acompanhados na ONG HAPS por um período mínimo de dois anos; por pelo menos 14 médicos diferentes, em períodos diversos da intervenção; e por períodos que, para cada profissional, variavam de poucos meses a oito anos. Quatro crianças ainda são acompanhadas nos consultórios dos médicos atualmente, a maioria com uma periodicidade bem espaçada.

Antes do início da entrevista, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver Anexo B), redigido conforme as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos” da Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde e também preencheram uma ficha de identificação, a fim de confirmar ou complementar dados do QGP (Anexo C). As entrevistas foram gravadas e também registradas por escrito por um membro de apoio à pesquisa.

As duas reuniões duraram aproximadamente 1 hora e 30 minutos. As pessoas da roda de conversa foram bastante ativas, nenhuma deixou de participar. Mostraram-se interessadas em responder às perguntas, elogiando sempre o acolhimento da equipe da ONG HAPS, e mostrando-se gratas pela atenção recebida dos homeopatas e os resultados alcançados. Após a realização do grupo focal, cinco responsáveis foram procuradas individualmente, por telefone, a fim de esclarecer aspectos que não ficaram claros na gravação. A mãe que não tinha horário para participar da reunião, após assinatura do TCLE, recebeu o mesmo roteiro de entrevista do grupo focal e enviou suas respostas por escrito, via correio eletrônico. Uma das mães, que ficou impedida de comparecer à reunião por causa da chuva, telefonou alguns dias após a data agendada, querendo dar seu depoimento, e após assinatura do TCLE, participou de uma entrevista individual, no início de outubro de 2011, que foi gravada, seguindo o mesmo roteiro de entrevista do grupo focal.

Uma mãe que não fora encontrada anteriormente, também mostrou interesse em participar da pesquisa. Como esta era a única mãe que havia tratado os quatro filhos no projeto, ela foi procurada para uma entrevista individual, em meados de outubro de 2011. Após assinatura do TCLE, seu depoimento foi gravado, seguindo o mesmo roteiro de entrevista do grupo focal.

Na síntese sobre a análise temática das entrevistas no grupo focal foram incluídos os esclarecimentos que as responsáveis deram por telefone, algumas falas dos responsáveis registradas ao longo do projeto de intervenção da ONG HAPS no caderno de apontamentos elaborado antes do início desta pesquisa, além do depoimento por escrito enviado por correio eletrônico e as duas entrevistas individuais realizadas presencialmente. Ao todo foram entrevistadas **14 responsáveis** por **23 crianças** atendidas.

6.4 Mapeamento dos homeopatas e organização do grupo focal

Dos 20 médicos que participaram do atendimento homeopático às crianças do Morro dos Cabritos, somente nove se enquadram no critério de permanência mínima de dois anos no projeto. Destes, um é quem está realizando a atual pesquisa, e os oito restantes foram procurados para participar do grupo focal de médicos. Apesar dos inúmeros compromissos dos participantes, todos se mostraram bastante disponíveis para serem entrevistados, e somente um não pôde estar presente no dia da reunião, por motivos profissionais.

Os homeopatas participaram de uma entrevista em grupo, realizada no final de outubro de 2011, que seguiu o roteiro semi-estruturado apresentado no Anexo D. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E) antes da entrevista, redigido conforme as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos” da Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, e preencheram uma pequena ficha de identificação, que é apresentada no Anexo F.

Um dos médicos participou virtualmente durante toda a reunião, via internet, por meio do programa “Skype”. A entrevista durou cerca de duas horas e meia. Os integrantes deste grupo focal foram muito participativos, fizeram reflexões amplas e profundas, e se mostraram satisfeitos com o reencontro e a possibilidade de conversar sobre a experiência profissional que promoveram. Os entrevistados foram novamente procurados em meados de novembro de 2011, via correio eletrônico, para complementação de alguns depoimentos.

7 RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados resultados da análise e interpretação das entrevistas com familiares e médicos, convergências observadas entre eles, análise diacrônica das redes sociais de cuidado e modificações na qualidade de vida das famílias.

7.1 Análise e síntese dos depoimentos das responsáveis sobre a experiência de tratar as crianças com homeopatia na ONG HAPS

A pesquisa contou com a participação de 12 mães na faixa etária de 29 a 48 anos (média de 38 anos no grupo), além de duas avós com 58 e 66 anos. No período de atendimento às crianças, estas responsáveis trabalhavam como atendente de consultório (2), doméstica (2), costureira (2), recepcionista de casa noturna (1), balconista (1), recreadora da creche (1) e cozinheira da creche (1). Quatro mães eram do lar naquele momento.

As mães e avós que participaram dos dois grupos focais terão suas falas identificadas por GF1 (participante do primeiro grupo focal) ou GF2 (participante do segundo grupo focal). As falas das três mães entrevistadas individualmente serão identificadas, respectivamente, por M1, M2 e M3. As falas extraídas do caderno de apontamentos elaborado ao longo da intervenção homeopática serão identificadas por CA.

- *Como chegaram à ONG HAPS e por que motivo*

As mães e avós que participaram dos grupos focais e das entrevistas individuais relatam que foram encaminhadas para o tratamento das crianças na ONG HAPS pelas creches da comunidade. A maioria destas crianças apresentava quadros respiratórios alérgicos (asma, bronquite, laringite) e/ou infecções de repetição (pneumonias, amidalites, sinusites, otites), em alguns casos associados a quadros cutâneos (dermatites, piodermes de repetição), pediculose, ou distúrbios do comportamento (agressividade, agitação psicomotora, dificuldades de relacionamento com crianças e adultos). Uma criança apresentava diarreia crônica.

- *Aspectos mais importantes para os responsáveis sobre a experiência de tratar os filhos na ONG HAPS*

Ao serem indagadas sobre o que foi mais importante *para elas* em relação à experiência de tratar as crianças com homeopatia, quase todas as mães e avós afirmam que foi “A melhora da saúde” (GF2) dos filhos e netos: “*o mais importante foi a recuperação rápida do [filho] e nunca mais teve crise.*” (GF2); “*parei de ir na emergência. [...] A asma acabou, [...] O mais importante*

para mim, foi que resolveu o problema.” (GF1); “nunca mais teve nada, até hoje” (GF1); “Só da criança não ficar doente, mudou tudo, qual a mãe que não quer ver o filho bem?” (GF2); “O importante foi a melhora do [filho] em todos os aspectos.” (GF2). Chama a atenção o fato da pergunta se dirigir às responsáveis e a resposta se referir às crianças, o que expressa o quanto o adoecimento frequente e/ ou grave dos menores é difícil para este grupo.

Muitas delas se referem ao “sufoco” que passavam com os filhos sempre doentes, sendo obrigadas a buscar os serviços de emergência dos hospitais públicos, muitas vezes durante a madrugada. Esta situação se repetia várias vezes por mês, às vezes até várias vezes por semana e, eventualmente, as mães precisavam acompanhar os filhos em internações hospitalares: *“ele vivia muito, muito doente, era cinco vezes no hospital e dois dias em casa” (GF2); “[Filho] tinha asma, [...], só vivia no hospital com ele, às vezes pensei que ele ia morrer” (GF1); “Levava no [hospital]. [...] com muita frequência, [...]. Era só o tempo virar um pouquinho” (M3); “vivía levando no pronto-socorro de madrugada, umas três ou quatro vezes por mês” (CA); “Quando começava garganta, já sabia: não vai para escola, não tem mais nada, é caso de ir para o hospital” (GF2).*

O “sufoco” se relaciona ao *risco de vida* que a mãe percebe, para o qual não vê alternativa, a não ser dar medicações “fortes”: *“Ele tomava injeção de cortisona, eu deixava dar, para melhorar ele logo. [...] estava se enchendo de remédio” (GF1).* Segundo elas, estas medicações se associam a muitos problemas:

- (a) apresentam efeitos colaterais: *“estragam a saúde da criança” (CA); “não gosto de remédio: está tratando e ao mesmo tempo está matando. [...] ajuda de um lado, mas piora de outro” (GF1).* São citados pelas responsáveis os antibióticos, que provocam alergia – *“Quando dei em casa, quase matei ela: deu convulsão, porque tinha alergia ao antibiótico” (GF2); “É alérgico a Amoxicilina, uma vez ficou todo empelotado, um horror!” (CA) –, “queimação no estômago” (GF2), “diarréia” (M3), falta de apetite e “estragam os dentes” (M2); a Dipirona – “que baixou a pressão dele, ele desmaiou, dose muito forte” (GF2) – e as “injeções de cortisona” (GF1);*
- (b) são difíceis de serem administradas e mal toleradas pela criança: *“A ‘outra medicina’ mistura muito remédio, várias doses, várias vezes por dia, às vezes era difícil de dar” (CA); “ele vomita qualquer remédio.” (GF1); “Chegou a tomar 10 injeções para pneumonia, um sofrimento! Ele não gosta de tomar remédio, vomita.” (CA); e*
- (c) são pouco eficazes, porque após serem suspensas, logo são reutilizadas, pois a criança recai doente. Neste aspecto, observa-se a dependência dos medicamentos convencionais apontada por Campello (2001, p.114) e Pagliaro (2004, p.37) (ver 5.3.3), que é percebida pela mãe como “vício”: *“o antibiótico não faz tanto efeito, não cura, você vicia. [...] Passa*

15 dias, já está doente de novo. Já vai outro antibiótico, fica só nisso, não resolve.” (M2);
“Vivia com ele no hospital [pronto-socorro] uma vez por mês. Agora não depende mais daqueles remédios que não adiantavam nada.” (CA).

- Fatores que dificultam o cuidado em saúde das crianças

A situação se torna ainda mais difícil diante de diversos fatores apontados pelas responsáveis, tais como:

- (a) as cobranças dos outros familiares pelo adoecimento das crianças;
- (b) o enorme cansaço e a falta de sono da mãe, por vezes incluindo também outros membros da família;
- (c) as dificuldades de encontrar um meio de transporte para levar a criança à emergência, principalmente durante a madrugada;
- (d) as limitações econômicas para arcar com as medicações, transporte, etc.; e
- (e) o medo/ preocupação com a doença, que agrava com o que ouvem dos médicos nos hospitais.

Os responsáveis, principalmente as mulheres, que assumem de forma mais ampla o cuidado dos filhos e netos, passam a viver com medo do adoecimento, ficam “apavoradas”, “neuróticas com qualquer mudança de tempo”, temendo que a criança adoça novamente se estiver longe da mãe: *“Acabei sufocando meu filho” (GF2).*

No contexto do cuidado com os filhos, as mães são culpabilizadas pelo adoecimento das crianças de várias formas. Uma delas se culpabiliza nas entrelinhas de sua afirmação de que o filho herdou sua tendência alérgica: *“passava um sufoco danado com ele, toda semana era a mesma coisa, falta de ar, correndo para os médicos [...] Igual a mim, eu tenho asma [...] ele começou com 9 meses, porque eu tinha asma.” (GF1).* Outra mãe explicita sua culpa por ter rejeitado o filho nos primeiros anos de vida, o que a levou a assumir seu cuidado, excluindo o pai da criança desta função: *“Eu sempre tomei as decisões, eu sempre fiz tudo [...] assumi o menino praticamente sozinha [...] [Filho] foi recusado, quando ele nasceu, eu fiquei meio maluca...” (GF1).* A culpabilização das mães mais jovens ocorre na forma de exemplo para os vizinhos, nos momentos em que seus filhos são internados e esses comentam: “de novo!”: *“Eu era exemplo para os vizinhos: que não cuidava direito do filho, por isso ele estava sempre internado” (GF1).* Nestes períodos, elas ouviam frases do tipo: “está vendo, foi parir cedo para que?”, “se cuidasse do filho direito, não vivia internado”, ou ainda, “vai para o baile em vez de cuidar dos filhos, isso que dá” (GF1), embora as mães tivessem poucas oportunidades de se divertir, diante do precário estado de saúde do filho. As mães adolescentes também se sentiam muito cobradas por seus pais:

“Adolescente com filho, morando com pai e mãe, a gente é mãe, mas é filha também [...] havia muita cobrança dos pais [...] enchia o saco.” (GF1).

Neste ambiente altamente estressante, as mães mencionam que ficam “esgotadas”, permanentemente preocupadas com a saúde dos filhos, e ocupadas com seu cuidado, uma vez que as crianças doentes não podem frequentar a creche. Isto afeta o relacionamento com o cônjuge e com os outros filhos. Os maridos reclamam que as mulheres não lhes dão mais atenção, nem à casa, e que a mulher mais parece um “trapo”, que eles não têm mais mulher. Os outros filhos ficam enciumados, porque a mãe dá mais atenção ou superprotege o irmão que adoece mais.

“Antes só ia à creche 15 dias por mês, o resto do tempo ficava doente. [...] eu vivia estressada com [filho], sem tempo para mim, dormia mal, acordava mal, porque era direto no hospital. [...] no dia seguinte, eu não era ninguém, nem para cuidar de marido, nem para cuidar de casa, era esgotante! E até o marido, a gente sente que afeta [o casamento]. (GF2)

“Eu não dormia. No dia seguinte estava morta. Tinha que fazer as coisas, nem dava atenção direito para marido [...] Eu não tinha tempo para nada. Sabe uma pessoa morta-viva? [...] [casamento] afetou, porque a gente brigava muito, porque eu não tinha tempo. [...] Ficava exausta, querendo dormir, com sono, você o dia todo fazendo as coisas. Na hora que você quer deitar na cama, quer dormir, é a hora que o garoto fica pior, atacava a doença dele.” (GF2)

- Expectativas iniciais com o tratamento homeopático e como foi a experiência

No momento em que a homeopatia foi oferecida a elas como opção de tratamento para os filhos, a maioria delas já estava tão desgastada e desesperançada, que aceitou tentar um tratamento diferente, porque os filhos tomavam muitos antibióticos e outras medicações que não resolviam seus problemas de saúde, e a homeopatia, “se bem não fizer, mal não vai fazer” (GF1). As responsáveis entrevistadas tinham também a expectativa de que o tratamento seria *lento*, mas que poderia ter bom resultado: *“[...] era a esperança, né? Tratamento natural...” (M2).*

Entretanto, no início, não foi fácil para muitas mães. Estas mulheres, que vivenciavam tão pouco apoio para cuidar dos filhos adoecidos e ansiavam por uma solução para o problema de saúde deles, tiveram um choque com a primeira consulta: estranharam muito a profundidade da investigação, e algumas se sentiram até irritadas ou ofendidas nesta situação³¹: *“é muita pergunta!” (CA); “No inicio, eu achava a Dra. ... uma chata, eu não conseguia entender [...] cutucava ele todo [...] cada partezinha [...] eu me sentia até ofendida. Será que ela pensa que eu maltrato o meu filho?” (GF2); “no começo, eu achei chato. Porque ela quer saber tanto da minha vida? Saí meio danada, [pensando] ‘não vou voltar mais não’” (GF1).*

Entretanto, com o tempo, o que de início pareceu estranho e desagradável, se tornou compreensível e até vantajoso. As mães perceberam que o médico precisava conhecer a criança, e

³¹ Este deve ter sido um frequente motivo de abandono do tratamento, que não foi completamente percebido pelos profissionais ao longo da intervenção, embora estes tenham incluído uma reunião obrigatória de esclarecimentos sobre o tratamento, antes do seu início, ao observarem o índice expressivo de abandono após a primeira consulta.

que todos os detalhes eram vistos, para que o médico pudesse prescrever um medicamento adequado para a criança: *“No início, não entendia para que tanta pergunta. Depois percebi que o médico tinha que conhecer a criança.”* (GF1); *“era bom, porque tinha que passar um remédio que servisse, por isso que ele entrevistava até...”* (M2). Além disso, elas tinham oportunidade de esclarecer dúvidas e receber orientações nas consultas sobre o cuidado com os filhos: *“A consulta é longa, é muita pergunta! Mas é melhor assim, porque os detalhes são vistos, examina a criança todinha e sempre posso esclarecer minhas dúvidas e receber as orientações que preciso. Nos outros lugares a consulta é tão rápida, que nem dá tempo de perguntar nada”* (CA).

O estranhamento inicial cedeu lugar à satisfação com a “cumplicidade, respeito, atenção, dedicação, confiança, harmonia, acolhimento” que encontraram na relação com o homeopata. Porém, à medida que percebiam uma alternativa melhor para cuidar da saúde dos filhos, que se sentiam acolhidas pelos médicos, e que aderiam mais ao tratamento homeopático, as mães começaram a enfrentar novas pressões por parte dos familiares, que as censuravam, porque não queriam mais utilizar os medicamentos convencionais, e insistiam em fazer um tratamento “natural”, “muito lento”, o filho “ia morrer!” (GF1): *“Minha família dizia [...]: ‘isso não vai dar certo, esse negócio de coisa natural, [...], demora um século para dar certo’.”* (GF2). De fato, muitas crianças encaminhadas pelas creches da comunidade eram aquelas que apresentavam a saúde mais comprometida, e que, por este motivo, não podiam frequentar a creche com assiduidade. Para algumas mães foi muito difícil enfrentar a oposição inicial da família ao tratamento:

“[...] quando descobri a homeopatia, tive muita briga em casa com o meu marido, porque ele dizia que [filho] já estava praticamente morrendo, o sufoco que a gente estava passando com ele, a homeopatia era uma coisa muito demorada, lenta demais, ele não queria. Mas eu brigava: ‘você não quer, mas eu quero’. [...] No começo era muito difícil, brigava comigo: ‘você não é médica! Como é que está dizendo que vai melhorar?’ [a mãe respondia:] ‘Ela é lenta, mas vai resolver o caso dele’. [...] O marido não queria o tratamento, porque achava que não ia curar. E eu queria o tratamento para me livrar dos remédios que ele tomava, a injeção [de corticóide] [...] Eu achava que devia ser uma coisa só, só a homeopatia, e largar os antibióticos para lá.” (GF1)

No entanto, tinham também uma nova *esperança* de melhora para os filhos, diante da frustração com o tratamento convencional, e da confiança que foram adquirindo no homeopata e no serviço da ONG HAPS. Na verdade, muitas delas se surpreenderam com a rapidez da melhora. Neste aspecto, são observadas duas percepções diferentes sobre a ‘rapidez’. A primeira se relaciona ao abrandamento precoce dos sintomas, permitindo que a família deixe de frequentar o pronto-socorro (principalmente durante a madrugada) nas primeiras semanas ou primeiros meses do tratamento. Muitas crianças já eram ‘conhecidas’ pelos profissionais do pronto-socorro, e uma das mães relata que, de tanto ir à emergência com os três filhos, “Cheguei no ponto do segurança do [hospital] dizer: ‘Nossa, você sumiu!’” (GF1), após ter iniciado o tratamento homeopático.

“[...] comecei a fazer o tratamento e logo no início já vi resultado. [...] Foi uma melhora maravilhosa, parou com esse negócio de tomar antibiótico direto [...]. Com a homeopatia não tem mais essa coisa de sair correndo para o hospital toda semana. [...] Eu fiquei surpresa! O pai também. Não tinha mais essa história de acordar de madrugada. [...] crise, não foi forte, [...] foi uma coisa branda e depois parou.” (GF2)

“Comecei a fazer o tratamento. [...] elas foram tomando o remédio, [...] [e] acabou. [...] Depois desse tratamento, não foram mais para o hospital, [...] Não demorou tanto assim, não. Coisa de um mês já estavam bem... já via a diferença. Para mim não foi demorado, não, [...] para quem estava no hospital quase toda semana [...]” (M2)

A segunda percepção quanto à ‘rapidez’ da melhora se refere à situação de adoecimento agudo (um quadro infeccioso febril, por exemplo), que, após a medicação homeopática, melhora em menos de 24 horas, ou “muito mais rápido do que o antibiótico!” (GF2): *“No dia seguinte, já estava comendo. Com antibiótico, levava três dias para ficar esperto e começar a comer”* (GF2); *“Dou remédio num dia, no dia seguinte já está bom”* (GF2); *“[...] em meia hora já estava boa”* (GF2).

Uma das mães avalia que seus quatro filhos melhoraram após cerca de quatro meses de tratamento, o que não lhe pareceu demorado. Ela justifica sua impressão afirmando que os filhos tinham tomado muitos antibióticos até o início do tratamento homeopático e que, por este motivo, não tinham resistência às infecções e demoravam mais a reagir neste primeiro momento. Porém, após alguns meses de tratamento, houve uma melhora da saúde, o que levou à diminuição da frequência de adoecimento, bem como à reação mais rápida ao utilizar a medicação homeopática.

“Depois de uns quatro meses de tratamento, eu já estava mais tranquila [...] Quando começava uma tossezinha, [...] dava aquele pozinho mágico [...] dois dias depois, não tinha mais tosse. [...] Depois de quatro meses de tratamento, não ficavam mais doentes, não era mais constante, e quando dava o remédio, melhorava mais rápido. No começo foi mais lento, porque era muito tempo que eles tomaram antibiótico. [...] eles não tinha uma saúde para combater as doenças que vinham. Com a homeopatia, eles já começaram a ficar mais resistentes e não ficavam mais tão doentes como ficavam antes.” (M3)

Outras responsáveis consideram que o tratamento foi demorado, e, embora não quantifiquem este tempo, todas enfatizam que valeu a pena, porque as crianças pararam de adoecer.

“[...] no começo achava muito lento, eu queria que fosse rápido, que curasse na hora [...] No começo estava negativo, lento demais, eu queria pressa. Um ou dois meses depois, vi que o negócio estava rápido. [...] A asma acabou, não durou tanto tempo assim. [...] A asma dele foi muito rápida. [...] O mais importante para mim foi que resolveu o problema.” (GF1)

“[...] eu levava no hospital, tomava antibiótico, 15 dias depois já estava doente de novo. Na homeopatia, não, ela foi dando remédio, até que ele nunca mais teve. Tratamento é demorado, mas pelo menos é de uma vez só. [...] Foi melhor do que eu imaginava. [...] Quando curou, curou de vez.” (GF1)

“O remedinho da homeopatia era muito bom, porque você vê o resultado. [...] Achava que era mais efeito do que os outros que a gente comprava. Homeopatia, na hora, não faz efeito rápido, mas para elas [filhas] era um ‘calmante’: [...] elas não ficavam mais doentes. [...] não ficava mais indo direto no médico. Melhorava mesmo, ficava boa, curada. Não via essa cura antes.” (M2)

- Como as mudanças na saúde da criança repercutiram na vida da família

Estas melhoras acabaram sendo percebidas pelos outros familiares (pais e avós das crianças), os quais, após o descrédito inicial, passaram a apoiar o tratamento homeopático de forma progressivamente mais ativa. Inicialmente, estes familiares apenas reconheceram a melhora da saúde da criança, comentando a respeito.

“Filha deixava [o neto] na minha casa. Eu dava o pozinho e achava que não ia melhorar, mas foi rápido. [...] dei o remédio sem acreditar. [...] Eu tive que acreditar, porque eu não acreditava, foi ver para crer. [...] O avô não acreditava antes, mas [o neto] parou de ter bronquite e pneumonia e ele disse que a homeopatia faz efeito mesmo. Ele também percebeu que o menino não ficava mais calado, no canto, passou a ficar arteiro. E, para dormir, ele percebeu que o menino passou a fechar a boca, parou de roncar [...]. Não fica mais gripado, catarro não fica no pulmão, passou a soltar”. (GF1)

Depois, estes mesmos familiares passaram a buscar os remédios nas farmácias homeopáticas, percebendo o benefício de sua utilização e a conveniência de tê-lo à mão. Por fim, os pais e avós já recomendavam às mães que levassem a criança na ‘homeopatia’ no início dos processos de adoecimento, ou “antes que ficasse doente” (GF1): a *prevenção* passou a fazer sentido para todos os familiares no decorrer do tratamento.

Além disso, os pais também passaram a participar do tratamento dos filhos, administrando os medicamentos quando necessário, e até acompanhando as crianças às consultas (mesmo que elas não estivessem doentes), sem a presença da mãe. Esta mudança de percepção e de atitude dos pais e avós das crianças representou um enorme alívio para as mães, que antes eram frequentemente sobrecarregadas em relação ao cuidado em saúde dos filhos.

“De início, o pai falava que a homeopatia não ia fazer muito efeito, quando comecei a fazer, eu tinha que fazer sozinha, eu que tinha que correr atrás, mandar fazer [o remédio], ele não dava muita importância. [...] quando [o pai da criança] viu que o negócio estava funcionando, que o menino tinha diminuído as reclamações na escola [sobre o comportamento], ele passou a assumir o papel que eu assumia [...]. Passou a me ajudar, a participar do tratamento. Passou a dar a medicação para o filho, sabia os horários, eu podia deixar o menino em casa tranquila com ele, porque sabia que tudo ia ser resolvido. Para mim foi muito bom, a participação dele, porque fiquei mais tranquila; [...] passei a descansar um pouco mais. [...] Até hoje, se preciso, ainda rola essa parceria. [...] Quando o tratamento da homeopatia deu certo, isso estimulou o pai a tratar e cuidar do menino, ele tomou a iniciativa e assumiu o papel dele, que precisava.” (GF1)

“Meu marido caiu em si e falou: ‘realmente, homeopatia é bom’. [...] Meu marido disse que a homeopatia é maravilhosa. [...] concordou comigo, a gente parou de brigar. Antes, ele não levava sozinho a criança ao médico, só me acompanhava na emergência. Na ‘homeopatia’, passou a levar sozinho. Até hoje diz que o trabalho é muito bom.” (GF1)

“O marido nunca foi de se envolver muito com os filhos, agora participa mais das coisas, desde a época da ‘homeopatia’. [...] [Passou a] Levar às consultas, prestar atenção no medicamento que tinha que tomar. Passou a prestar mais atenção nas coisas que ele [filho] podia fazer e não podia fazer, tipo coisas com cheiro [que faziam o filho adoecer]. Antes [do tratamento homeopático] ele não se ligava em nada disso. [...] era tudo comigo.” (GF2)

Segundo as mães entrevistadas, a participação dos pais neste processo foi uma iniciativa dos mesmos, a partir da melhora concreta que observaram com o tratamento homeopático, e que não ocorria com o tratamento convencional.

O acompanhamento das crianças permitiu que os responsáveis adquirissem uma percepção mais profunda das características individuais de cada criança: suas tendências a adoecer, sua suscetibilidade aos fatores externos e internos (de natureza climática, ambiental, emocional, etc.), seu comportamento, entre outras características. Este amplo conhecimento da natureza de cada criança era propiciado pela investigação detalhada nas consultas, pela observação das crianças no cotidiano e pela compreensão de que estes aspectos eram *importantes* para que o homeopata chegasse à medicação mais adequada, a fim de melhorar a saúde da criança. A participação dos familiares, informando ao médico todos os detalhes que foram aprendendo a observar sobre a saúde e a vida das crianças, era percebida como um aspecto valorizador do papel dos responsáveis no tratamento/ recuperação da saúde/ cuidado das crianças: “*entendi que o médico precisa conhecer o paciente também. Se não conhece, como vai passar a medicação? [...] As informações que [...] passei [para o homeopata] sobre ele [o filho] foram importantes*” (GF1); “*a pergunta vai até lá no fundo, cutucam tudo. [...] procura coisa do arco-da-velha. Algumas [...] eu achava que não tinham nada a ver, mas tinham, depois eu vi que era importante para se ter saúde*” (GF2); “*me sinto à vontade para falar tudo o que acontece com ele, e que isso é importante para o acompanhamento [...]. No posto [de saúde] ninguém quer saber disso.*” (CA)

Este amplo aprendizado sobre a natureza da criança ocorre com o tempo, assim como a recuperação da saúde, que é percebida como um *processo* que atinge aspectos cada vez mais abrangentes com a continuidade do acompanhamento: “*A homeopatia é tratamento, resolve. Vi que a médica foi procurando o remédio, até acertar o remédio dele, e resolveu tudo.*” (CA)

Os responsáveis foram percebendo esta abrangência do tratamento homeopático por meio dos resultados inesperados que observavam nas crianças. Os comentários das mães, sobre questões que não lhes pareciam tratáveis, eram ouvidos e valorizados pelos homeopatas, e a medicação prescrita, considerando também aquele aspecto relatado, promovia a melhora: “*superou minhas expectativas. [...] coisas que para mim não eram nem problema [...] Quando levei na ‘homeopatia’, a médica perguntou um monte de coisa e eu falei sobre isso. Ela deu remédio [...] e ele melhorou.*” (GF1) Diferentes manifestações são citadas pelas mães como curadas pela homeopatia: “*não sabia que homeopatia tratava outras coisas a não ser bronquite, asma, questões respiratórias. [...] Não sabia que homeopatia servia para otite, impetigo...*” (GF1); “*parou de ter bronquite e pneumonia [...] não ficava mais calado, no canto, passou a ficar arteiro. [...] parou de roncar, [...] começou a dormir de boca fechada [...]. Não fica mais gripado*” (GF1); “*Melhorou*

alergia, apetite, melhorou em tudo [...] coceiras” (M2); “[...] o suor de noite melhorou, hoje não tem mais [...] antes, até quando estava frio, ele suava. A asma acabou [...]” (GF1); “[...] melhorou até o comportamento. Ele ficou mais sociável, era muito antissocial [...]” (GF1); “Agressividade dele melhorou bastante” (GF2); “Com a homeopatia noto que ficou mais esperto, capta melhor as coisas, é diferente das outras crianças.” (CA); “Hiperatividade” (CA); “acalmava bastante, o sono ficava mais calmo, dormia mais. [...] até [...] piolho [...]” (GF2); “Para tudo hoje é a homeopatia, até para verme.” (GF2)

Perguntada sobre o que muda na vida da família com o tratamento homeopático das crianças, uma das mães aponta que a “cura”, promovida pelo tratamento das filhas mais velhas, representa uma mudança na *tendência familiar* à sinusite, que acomete várias gerações.

“Minhas filhas eram muito alérgicas [...]. Comecei a fazer o tratamento. [...] elas foram tomando o remédio, [...] [e] acabou. Fez diferença na família, porque a maioria tem sinusite: o pai dela tem sinusite, minha mãe – já vem de gerações. [...] Todo mundo [da família] fala que é para eu trazer as outras crianças na homeopatia, porque é bom. Eu gostei muito. Não vejo a hora da [filha menor] também ficar curada, porque ela tem uma sinusite...” (M2)

- O que as responsáveis acharam desse processo

O processo de investigação profunda e continuada sobre todos os aspectos da vida da criança se associa a um dos consensos dos grupos: *a atenção e o acolhimento do homeopata* são muito diferentes dos outros médicos e, à diferença de outros serviços de saúde que este grupo frequenta, *não há discriminação com pacientes/ familiares de classe social menos favorecida*. Todas as responsáveis afirmam que sempre foram muito bem tratadas por todos os médicos, pela atendente e pelos psicólogos da ONG HAPS: *“a recepcionista era um amor, as pessoas, os médicos, você confiava neles, acreditava tanto neles! Eram muito atenciosos [...].” (M2); “Só tenho que agradecer; fui muito bem atendida. Nada o que reclamar. Maravilhoso. [...] recepcionista me atendia muito bem, toda vez que eu ligava, ela ligava para o médico, dava retorno. [...] todos os médicos me atendiam muito bem.” (GF1); “O que leva as pessoas irem para a homeopatia é a atenção, perguntam tudo” (GF2); “O acompanhamento é mais detalhado, mais interessado, tudo é registrado direitinho na ficha dele. Fora daqui às vezes o médico nem te olha, só medica e pronto, manda embora” (CA); “[...] os médicos se preocupam com a saúde, com a vida toda da criança, o que pode estar acontecendo em torno dela para ela adoecer, se tem algum problema na família. Os outros médicos só dão o remédio para doença, não se preocupam com essas coisas.” (CA); “Eu acho que [homeopatas] estudam a pessoa, e os outros [médicos] estudam a doença em si” (GF2); “se eu chegasse com um filho meu doente, o médico ia se empenhar para que ele tivesse cura, [...] os médicos queriam que eles tivessem saúde, [...] para a*

vida toda. [...] Tinham interesse. Mesmo quando [filhos] não estavam tossindo, nem tinham dor de ouvido, [...] examinavam tudo.” (M3)

Neste aspecto, a diferença de postura profissional é tão grande, que uma das mães pergunta se a formação (“o trajeto”) do homeopata é a mesma dos outros médicos. Sendo esclarecida que todos estudam medicina e depois se especializam, ela e outras mães ressaltam o quanto é diferente a atenção com a criança na ‘homeopatia’ e nos outros serviços de saúde que frequentam.

Meu filho é alérgico à Dipirona, desde bebezinho, estava escrito em vermelho na ficha dele, mas toda vez que ia no hospital, a primeira coisa que passavam era Dipirona, eles nem olhavam o que estava escrito na ficha dele!” (GF2)

“[No posto de saúde] Pesava, media, se tivesse alguma dor, algum problema, eles medicavam, e marcava consulta para o mês seguinte. [...] Lá na ‘homeopatia’ eles eram mais bem assistidos. O interesse dos médicos era maior. Eles conversavam comigo, queriam saber como é que estavam. Conversavam com eles, separado de mim, que eu achava isso legal, porque, de repente, a criança para a mãe não fala, mas para o médico, já fica mais à vontade para falar. Eu adorava, gostava muito!” (M3)

Multiplicam-se nos dois grupos focais e nas entrevistas individuais os depoimentos espontâneos sobre a *discriminação*, o *preconceito* e a *falta de respeito* com que estas pessoas são habitualmente tratadas em serviços de saúde.

“Sempre achei péssimos os outros serviços de saúde. [...] o médico me passou hidroclorotiazida. O remédio me dava uma dor de cabeça terrível! Não conseguia tomar o remédio. Aí, eu fui e falei para ele. Ele me falou: ‘Olha, o remédio que eu passei é esse, se você quiser tomar, você toma, se você não quiser tomar, problema seu!’. [...] Com certeza não seria grosso no consultório particular, ali ele deve ser bem remunerado, a diferença é o quanto ele ganha. [...] O que eu vejo nos hospitais, não só com meus filhos, mas eu sinto na pele também. [...] Eles não têm a menor paciência, estão ali para cumprir o horário.” (M3)

Esta recorrente situação no atendimento à população revela um grave problema ético: os médicos “nem olham” a criança, não examinam (GF1; GF2, M2, M3) “não dão a mínima para a criança, nem chegam perto” (GF1), comportam-se como se sentissem “nojo” (GF2) destes pacientes, e se apressam em fazer a prescrição, para finalizar logo a consulta, e exercer seu antiatendimento. O ato da prescrição, neste contexto, é o momento em que o poder do conhecimento médico se impõe opressivamente, para calar o paciente/ responsável. A inevitável comparação entre os dois tipos de atendimento promove questionamentos dos familiares quanto à qualidade do serviço oferecido.

“Aí a gente começa a comparação: engraçado, eu levava no ‘médico normal’, ele não toca não, parece que tem nojo da criança, se toca ‘assim’, na mesma hora já lava a mão, passa álcool, é uma coisa horrorosa, a Sra. não tem noção, parece que são crianças de outro mundo, tem nojo. Tem umas [médicas] que nem olham, só perguntam o que está sentindo, e dão a receita, nem manda a criança abrir a boca, não olha o ouvido, não olha nada!” (GF2)

“Na ‘homeopatia’ examinava tudo. [...] Nos hospitais, isso não acontece, os médicos não dão a mínima para a criança. Nem chegam perto.” (GF1)

“Dependendo do hospital [que] a gente vai, o médico não olha nem para nossa cara, nem da criança, nem toca no nosso filho. Só pergunta o que ele tem. A gente vai falando, ele vai escrevendo, ali mesmo passa remédio, pronto. Não fala nem o que tem, não dá o diagnóstico. [...] Parece um descaso, sei lá.” (GF1)

“Eu acho que os médicos que acompanharam meus filhos na homeopatia, eles gostam do que fazem, por isso eles fazem bem. Já os outros médicos, eu acho que eles não fazem porque gostam, fazem pelo dinheiro. [...] Não entendo porque que são médicos, porque não dão a mínima para nada, não estão interessados em nada. [...] Ele está ali para cumprir o horário: tem que atender 20, então, não tem que ficar ouvindo que teve otite no ano passado, que teve bronquite e, por isso, está resfriado [...]. Tem que medicar o que está ali, porque já vem outro [paciente].” (M3)

“O atendimento [homeopático] [...] é melhor que no posto [de saúde]: os médicos são atenciosos, preocupados com as pessoas, se interessam pela criança, olham tudo da saúde e da vida dela, isso não tem em outros lugares. [...] me sinto à vontade para falar qualquer coisa, não sinto preconceito, não tem discriminação [de falar que o pai da criança estava na cadeia], ninguém vai me criticar e achar que isso acontece por minha culpa. Em outros lugares não é assim [...] Fora daqui às vezes o médico nem te olha, só medica e pronto, manda embora.” (CA)

Um dos depoimentos mostra que a discriminação habitualmente dirigida a estas pessoas nos serviços públicos de saúde, se associa àquela destinada aos médicos homeopatas: quando a mãe se dirige à médica do posto de saúde, pedindo uma radiografia, porque o médico *homeopata* havia percebido uma alteração no exame físico, a médica, sem examinar a criança, diz que a mãe está “arrumando doença à toa” (GF2). O preconceito circula facilmente de um ator para o outro, nivelando a desqualificação de ambos: parece que nos serviços de saúde, a opinião dos homeopatas e as pessoas de hierarquia social inferior não são dignas de atenção.

“A última vez que eu vim para fazer exames [no posto de saúde], falei para a médica que queria um raio-X, porque o médico da homeopatia achou que ele [filho] estava com um lado mais alto do que o outro, e a médica disse que eu estava arrumando doença à toa, que ele não tinha nada, sem nem examinar. Aí eu falei: ‘a Sra. não vai nem olhar?’ Ela, então, examinou e viu que realmente tinha alguma coisa. Aí começou a baixar a bola dela, e me disse para eu ir direto para o ortopedista, para ele pedir os exames específicos.” (GF2)

Verifica-se nas falas das entrevistadas um aspecto mais grave do que o fato apontado por Luz (2003, p.45, 47-48) de que profissional da biomedicina está mais interessado no diagnóstico de uma patologia do que no sujeito que sofre. O que estas mães afirmam é que sua desfavorável condição socioeconômica torna seus filhos indignos até mesmo do exame físico, que leva ao diagnóstico clínico. O médico não olha a criança, não toca nela, não lhe dá atenção, e naturaliza, assim, a invisibilidade social, ou, como é nomeada por Santos (2004, p.787-788), a produção cultural de não-existência, resultante da origem social do indivíduo. O “nojo” em relação ao paciente não se refere à falta de higiene deste, mas à necessidade do profissional se manter à distância dele, reproduzindo e garantindo, desse modo, a distância social, e o consequente poder que esta lhe confere – uma vez que a relação médico-paciente é, segundo Boltansky (1984, p.49), uma relação de classe. De acordo com as mães entrevistadas, os profissionais buscam assegurar

este distanciamento por meio de uma atitude autoritária, e até mesmo agressiva e grosseira, tanto no (anti)atendimento às crianças, quanto aos adultos.

“Primeiro ela [cardiologista] me stressou, depois foi tirar minha pressão: ‘Sua pressão está altíssima! Você não está tomando remédio?’ Eu falei: ‘Estou’. ‘Você está no limite dos remédios, eu vou passar esse aqui’, o tal hidroclorotiazida. Eu falei: ‘Esse remédio, Dra., me dá dor de cabeça’. [Ela retrucou:] ‘Não me interessa se o remédio dá dor de cabeça! [...] você vai tomar ele, porque eu não posso passar outro’. [...] Isso é o ‘normal’ que a gente encontra...” (M3)

Por outro lado, o grupo entrevistado afirma que a atenção do homeopata, para todos os aspectos da saúde e da vida da criança, permitiu o estabelecimento de uma relação de confiança, cumplicidade e respeito com o paciente e o responsável, na qual a diferença de classe *jamaiz* favorece o preconceito ou a discriminação com quem “é pobre, mora na favela” (GF1). Para todas as responsáveis entrevistadas, o tratamento das crianças foi uma experiência “ótima” (GF1, GF2, M2, M3), “maravilhosa” (GF1, GF2, M3), “só tenho coisa boa para falar” (GF1), não apenas pela melhora da saúde das crianças, promovida pelo *cuidado médico*, mas pela forma humana e respeitosa com que sempre foram tratadas:

“Eu tinha aquela confiança na homeopatia, principalmente nos médicos da Ação pelo Semelhante. [...] [O que foi mais importante na experiência de tratar os filhos com homeopatia]: confiança – se a gente tem, é porque vocês passaram para que a gente tivesse –, cumplicidade, dedicação, atenção e respeito – porque podia ser da favela ou daqui de baixo, éramos sempre tratados iguais.” (GF1)

“Eu sempre falei para o meu marido: ‘médico, para mim, são os da homeopatia, porque eles estão preocupados com a saúde’. Você vê que eles estão preocupados. [...] Os homeopatas parecem que gostam do que fazem [...] por causa do interesse, da forma como tratam, como tiram as dúvidas. Você senta com eles e vê que eles não estão com pressa para atender outro. [...] ele ouvia, você via que tinha uma atenção, tinha um cuidado.” (M3)

“A homeopatia foi muito importante na minha vida. [...] o atendimento, pessoas maravilhosas, tratando a gente muito bem, mesmo que a gente mora no morro, na favela, pobre, e o tratamento sempre igual, maravilhoso, não tenho nada que reclamar. [...] geralmente quando a gente é pobre, mora na favela e vai num lugar assim, que tem as pessoas que pagam, e o pobre que não paga, a gente acha que vão tratar melhor aqueles que estão pagando, que moram no asfalto, e aqueles que são da favela, atende quando pode. Mas a diferença que eu vi é que o tratamento era igual: se a criança é preta, branca [...] Dr. ... deixava criança mexer em todos os brinquedos. Quando a gente é pobre, do morro, querem logo tratar diferente, mas na ‘homeopatia’ não, nunca senti discriminação. Todo mundo me atendeu muito bem.” (GF1)

Uma das mães assinala ainda que o mesmo tipo de relacionamento está presente na relação com a médica homeopata do posto de saúde, que, também neste ambiente, se diferencia muito dos pediatras.

“[Homeopatas] são mais humanos, estudam o ser humano completo, e [...] tratam a pessoa como um todo. [...] são gente. [...] tocam na pessoa, eles pesquisam a vida da pessoa, vai fundo, parece que não sentem nojo da pessoa, são médicos mais simples, mais detalhistas, [...] gente que nem a gente [...] não há distância entre paciente e médico, [...] são mais próximos do paciente. [...] Tive contato com outros homeopatas da ONG [além da médica

responsável] [...] e sempre senti a mesma confiança. [...] Depois de um tempo [que atendimento da ONG acabou] levei o [filho] na homeopata do posto [de saúde] e não me tratou indiferente, não. Foi o mesmo tratamento, senti a mesma confiança. [...] [que sentia na ONG] foi legal, eu gostei também, [...] o atendimento foi maravilhoso, [...] diferente [do atendimento da pediatria]. A homeopata do posto sempre foi que nem os [médicos da ONG HAPS]: pega, mede, examina da pontinha do cabelo até a pontinha do pé.” (GF2)

De fato, esta cumplicidade ou parceria também é fundamental para que o homeopata possa tratar o paciente. Seria ingênuo supor a existência deste maniqueísmo: “homeopata bonzinho” *versus* “médico convencional insensível”. Na verdade, o que estas falas demonstram é que a ‘racionalidade médica homeopática’, centrada no sujeito, valorizando sua subjetividade e voltando-se para o reestabelecimento da saúde em um sentido amplo, permite a construção de um vínculo médico-paciente/ responsável do tipo sujeito-sujeito, com um tipo de arranjo comunicacional não-hierárquico, que humaniza o atendimento. Esta observação é reforçada pelo fato da mãe perceber o mesmo tipo de acolhimento em relação à médica homeopata do posto de saúde. A ‘racionalidade médica da biomedicina’, por outro lado, ao se centrar na doença e seu diagnóstico, tende a estabelecer relações sujeito-objeto, por meio de processos comunicacionais assimétricos, hierárquicos, monológicos e especializados. Contudo, quando o médico se isenta de examinar, de fazer o diagnóstico, e usa uma apressada prescrição, para se livrar do paciente que é “pobre, mora na favela” (GF1), não há sequer a relação sujeito-objeto: os depoimentos das mães parecem indicar que a falta de atenção do médico resulta da desvalorização do paciente pelo profissional, em decorrência da eliminação do espaço para a alteridade, conforme apontado por Boff (1999, p.96) e Santos (2010, p.32) (ver seções 5.2.1 e 4.1).

Para uma população tão frequentemente ‘antiatendida’ e discriminada em função de sua desfavorável condição socioeconômica (uma tripla opressão), a vivência do vínculo sujeito-sujeito parece contribuir para que este grupo fortaleça sua identidade, e questione hierarquias sociais naturalizadas, que se revelam na comparação do atendimento recebido em cada ‘racionalidade médica’.

“Poxa, está com nojo da criança, então porque entraram nessa profissão? A gente traz [no posto de saúde], a criança toda limpinha, e mesmo que estivesse suja, tem obrigação de atender a pessoa direito! Tem que saber as condições de cada um. Se chega uma pessoa que vive na rua, com uma criança passando mal, não vai atender porque vive na rua? Poxa, bota uma luva, sei lá, mas vai examinar a criança! Médica [do posto de saúde tinha] nojo de examinar meu filho [...] nunca mais quero essa Dra.” (GF2)

“Para ter saúde é preciso ter [...] respeito com a gente [...]” (GF2)

- Percepção sobre os serviços de saúde em geral e sua organização

A própria organização dos serviços de saúde reflete o tipo de vínculo que se cria em cada um. A consulta com hora marcada, a pontualidade no atendimento e o tempo de consulta suficiente

para troca de informações têm como consequências diretas a melhor organização e aproveitamento do tempo do responsável; a satisfação do responsável por ser ouvido; o menor gasto financeiro para ele; e o menor desgaste dele e da criança. São elementos que só podem ser priorizados nas relações sujeito-sujeito, e que não se adequam a uma lógica produtivista: “[Na ONG HAPS] o atendimento é na hora certa e eu consigo me organizar melhor, dá tempo de fazer mais coisa. Nos outros lugares a gente perde o dia todo para ser atendida” (CA); “No posto não dá nem tempo de falar” (CA); “a gente leva o dia todo para ser atendido, gasta passagem, lanche, a criança fica cansada.” (CA)

Um aspecto tão singelo desta organização raramente é lembrado em serviços de saúde pediátricos destinados a esta clientela: em geral, não há brinquedos. Crianças gostam de brincar e a brincadeira ajuda a lidar com a ansiedade do adoecimento. A ONG HAPS dispunha de brinquedos muito simples. Apesar do tempo longo de consulta, que pode ser mal tolerado por muitas crianças e até por adultos, os brinquedos pareciam fazer uma grande diferença para este grupo, tornando-se um atrativo para a ida da criança ao médico: “*La muito com eles na emergência, filhos viam muita coisa, óbitos e tudo. Para ir na ‘homeopatia’, não me davam trabalho, gostavam de ir, se sentiam bem, tinha brinquedo!*” (GF1); “*Meu filho falava que era o ‘médico do brinquedo’, gostava de ir. No outro, tinha medo de tomar injeção, não queria ir.*” (GF1)

O conforto e a higiene do local são também diretamente associados pelas entrevistadas ao respeito com o paciente e o responsável. A desatenção e o desrespeito com esta clientela também se materializa no desconforto e na sujeira do ambiente onde o serviço de saúde é oferecido.

“[Na ONG HAPS] Tem o conforto de você estar sentada, hora marcada, ser atendida. [...] Isso, para mim, parece que é um respeito com as pessoas, [...] não tem que ficar ali em pé, horas, esperando ser atendida. [...] É mais atencioso com a gente, [...] Era tudo direitinho, bem limpinho. Bebedouro ali, tinha copinho descartável. O banheiro limpo. [...] Em outros lugares, [...] o banheiro é sujo, não tem papel higiênico.” (GF1)

O ambiente hospitalar é sempre vivenciado com muita apreensão por este grupo, e as mães ficam ainda mais nervosas com o que ouvem dos médicos sobre a necessidade de medicações ou cirurgia, ou, ainda com o que vivenciam ao longo das internações dos filhos. Mesmo que estes sejam bem atendidos em todas as ocasiões que recorrem à emergência do hospital, ou nos períodos em que estão internados, as mães afirmam que isto não é suficiente para tranquilizá-las e que há pouca atenção com os responsáveis nos dois ambientes: “Cuidavam bem da doença.” (M3), o que confirma a observação de Clavreul (1983 *apud* SOARES; CAMARGO JR., 2007, p.66) sobre a substituição da relação médico-paciente pela relação entre instituição médica e doença, especialmente no ambiente hospitalar.

“Sempre o [filho] foi bem atendido na emergência, pegavam logo ele, levavam lá para dentro, já aplicavam injeção. Eu ficava muito nervosa, chorava [...]” (GF1)

“[...] crise de garganta, [...] a pediatra falou: ‘se ele tiver outra crise, vai ser caso de operação’. Aí eu fiquei apavorada, pensei: vão arrancar um pedaço dele! [...] Você chega num hospital, o médico começa a deixar você nervoso, já quer dar Amoxicilina, operar, qualquer coisa é ‘vamos cortar!’, você já entra em pânico, ele deixa você nervosa!” (GF2)

“Fiquei traumatizada com a internação. Tinha medo de tudo. [...] Eu não vivia direito, só pensava na doença, tinha medo de deixar ele na escola, de sair para me divertir. Se telefone tocasse, já levava um susto. [...] a gente pensa: ‘Meu filho vai morrer’ [...] Para a criança era muita atenção [da equipe de saúde], mas para os pais, não tinha muito.” (GF1)

“Fiquei internada com ele. [...] [Os médicos] só chegavam, passavam remédio e iam embora, não eram assim de sentar, de conversar. [...]. Na medida do possível foi [bem atendido], porque eles davam remédio na hora certa para combater a meningite, fizeram o exame... [...] [pessoas] diziam assim, [...] ‘pode ficar aleijado, ele pode ficar cego, ele pode ficar surdo’ [...] eu ficava preocupada. Nenhum médico, em momento nenhum, conversou, tirou dúvidas, ninguém. [...], eu não tinha acesso, eu não sei nem o nome do médico que tratava dele, não conheço, nunca vi. [...] Isso para mim não é médico. [...] eu ficava pensando: ‘será que o meu vai ter alguma sequela?’” (M3)

- Aspectos positivos da intervenção para a família

Conforme mencionado anteriormente, muitas famílias deixam de frequentar o pronto-socorro, principalmente durante a madrugada, já nos primeiros meses ou semanas do tratamento: *“Achei positivo porque acabou essa história de eu ficar sempre indo na emergência. [...] Até hoje o pai delas fala: ‘Poxa, antigamente a gente ia de ônibus, de madrugada lá para o [hospital] com as crianças, e hoje a gente tem uma vida melhor.’”* (M2)

É consenso no grupo focal que *tudo muda para melhor na família*, quando o tratamento começa a dar certo, e a criança fica mais saudável. Todos os familiares ficam mais *tranquilos* para cuidar das crianças, seja porque elas se curam, seja porque eles aprendem, por meio de orientações e informações do médico, bem como pela observação das crianças no cotidiano, uma outra forma de lidar com o adoecimento: *“Com a homeopatia saiu um peso enorme dos ombros, as cobranças [dos familiares] diminuíram. [...] Homeopatia deu tranquilidade para a família”* (GF1); *“Antes era muito desesperada com doença, agora mais tranquila”* (CA); *“A doença deixou de ser risco de vida”* (GF1). A melhora da saúde da criança e a tranquilização dos familiares possibilitam:

- (a) melhora do sono e da disposição dos responsáveis: *“Mudou, graças a Deus. Hoje em dia eu durmo que é uma bênção!”* (GF2); *“Minha saúde melhorou bastante, [...]. Para mim foi super importante, teve uma melhora, fiquei com mais pique, pude dar mais atenção ao meu filho. [...] A gente fica estressada sem dormir.”* (GF2);
- (b) convivência familiar mais harmoniosa e saudável, porque a diminuição do estresse físico e emocional da família cria um ambiente mais relaxante e bem-humorado: *“eu e o pai dormimos melhor também, e isso melhora o nosso humor.”* (CA); *“eles não ficaram mais doentes. [...] Fiquei mais tranquila. [...] Diminuíram as brigas com o marido.”* (M3);

- (c) mais prazer, concentração e assiduidade no trabalho: *“O que muda para família é a preocupação [...] se eu estava no trabalho, ficava o tempo todo pensando nele. [...] Hoje, trabalho melhor, [...] com mais prazer, me focando mais no trabalho.”* (GF1); *“Eu sempre trabalhei nesse emprego sem carteira assinada, para poder sair assim, à hora que eu precisasse [...] Para mim foi excelente, porque eu já não trabalhava mais direito. Pude trabalhar melhor, não precisava mais sair tanto para levar [filhos] ao médico.”* (M3)

A questão da tranquilidade é insistentemente enfatizada pelas entrevistadas e tem como resultado o deslocamento do foco da doença para outras questões, como o rendimento escolar e outros aspectos da vida da criança, além de lazer, trabalho e autocuidado dos adultos: *“Tratamento me deu menos preocupação. Antes, se tempo mudava, dava bronquite, pneumonia.”* (CA); *“Antes vivia neurótica vendo o clima na TV: se o tempo fosse mudar, já sabia que ele ia adoecer. Agora não me preocupo tanto com a mudança de tempo.”* (CA); *“penso em outras coisas, como ele está na escola. Consigo me divertir”* (GF1); *“agora eu tenho mais tempo para tudo. [...] Uso esse tempo para dar mais atenção para os meus filhos, para me cuidar também, que eu também sou filha de Deus [...]. Cuido do cabelo, faço uma sobrancelha, porque eu estou viva. Antes, eu nem pensava nisso. [...] de tão cansada que eu estava!”* (GF1). Além do cuidado com a aparência, uma das mães relata a ocorrência de um amplo processo de reconhecimento/ conscientização sobre seus sentimentos, problemas, necessidades e imagem corporal, que se associa à maior clareza para raciocinar e maior abertura para dialogar com o marido.

“[...] para mim melhorou 100%. Pude me cuidar mais, olhar mais para mim, ver os meus problemas, entender mais os meus problemas. [...] com os problemas do [filho], me afetava totalmente, não tinha tempo para mim, nem para saber o que realmente eu estava sentindo, se era raiva, se era amor, essas coisas... [Depois consegui] prestar mais atenção em mim, no meu marido, [...], não é fisicamente... [...] é mais emocionalmente. [...] Poder raciocinar direito, poder raciocinar melhor, prestar atenção ao que eu estava sentindo. [...] Tive mais tempo para me cuidar, do estético também. [...] fazer uma unha [...] pintar o cabelo, achar que estou gorda, [e] querer emagrecer. No período antes da homeopatia, que o [filho] andava mais doente, eu engordei muito [...] Eu não me via gorda, não me sentia gorda, eu simplesmente não tinha aquele momento só meu de me enxergar. Enxergava o [filho, filho, filho] e me afetou bastante também, porque, quando consegui me enxergar: ‘Nossa, estou gorda, uma baleia!’, eu até culpava o [filho] [...]. Teve uma época que eu nem conseguia raciocinar, não tinha pensamento. [...] Pude dar mais atenção ao meu marido, a gente conversar mais sobre os problemas [...]. A gente começa a enxergar melhor a situação.” (GF2)

No processo de tranquilização progressiva dos familiares, que ocorreu ao longo da intervenção, além da já mencionada melhora da saúde das crianças (que constitui o elemento mais importante da experiência de tratar os filhos com homeopatia para quase todas as participantes dos grupos focais), as responsáveis entrevistadas destacam o importante papel da relação de parceria e cumplicidade com o médico, que viabiliza o acesso a *informações para o cuidado dos filhos*, com consequente *empoderamento* dos responsáveis para esta função. *“[...] eu chegava no hospital, nem*

entendia porque meus filhos ficavam doentes! Eu nem sabia o que era pneumonia [...] princípio de pneumonia [...] virose.” (M3); “As informações que eu tive foram importantes para cuidar e socorrer meu filho. [...] [Quando adoecia, tinha] medo de tocar nele e matar.” (GF1); “Cumplicidade é poder tirar dúvidas à qualquer hora que fosse.” (GF1); “A criança já saía de lá boa, [porque o médico] conversava, explicava. [...] Tinha mais explicação, me explicava o que eu tinha que dar para comer, [...] o que era bom, o que não era.” (M2)

Uma das mães, que atualmente é técnica de enfermagem, declara que recebe instruções no trabalho para não passar informações aos pacientes e acrescenta que “Muitas vezes, as mães correm para o médico: vai na ignorância, e volta para casa com a mesma ignorância, coisa que ela podia cuidar em casa. Na homeopatia tinha mais informações, tinha mais liberdade para perguntar e os médicos para responder.” (GF1)

As mães afirmam que as informações e orientações que receberam do homeopata foram fundamentais para que se sentissem mais seguras e autônomas em relação ao cuidado dos filhos – “Vivia apavorada. Informações diminuíram meu medo, agora mais calma, já sei o que fazer. Hoje, aprendi a observar.” (GF1) –, favorecendo até mesmo o processo de recuperação de identidade de uma delas, que também recebeu apoio psicoterápico na ONG HAPS. Esta mãe considera que “Psicologia e homeopatia caminham juntas.”

“[...] me ajudaram muito a recuperar minha identidade, ter certeza do que eu queria em relação ao meu filho. Eu estava perdendo meu papel de mãe para os avós. Hoje ele reconhece e respeita autoridade da mãe e faço isso naturalmente, sem ter que ser autoritária o tempo todo. Hoje os limites para os avós estão claros [...] Entendi que se eu estou bem, ele estará melhor também. [...] [ONG HAPS] ajuda a família toda com orientações, não só a criança. Tem quem se preocupa com ele e com a família. Hoje eu sou uma mãe muito mais segura por isso”. (CA)

A segurança e a autonomia das mães podem ameaçar o poder médico nos serviços de saúde. Uma das responsáveis relata que foi censurada pelo marido ao questionar o diagnóstico do médico da emergência para o seu filho, que finalmente se mostrou errado: “marido dizia que eu não era médica, mas eu respondia: ‘não sou médica, mas sou mãe, quem fica direto com ele sou eu’.” (GF2).

Neste contexto de maior segurança e autonomia para o cuidado dos filhos, as mães destacam também a importância de terem o remédio homeopático em casa para ser administrado quando a criança adoecer.

“Hoje sou uma mãe mais tranquila, cuido do meu filho com mais calma, sei esperar a reação dele quando adoecer e, se não melhorar, sei que posso trazer [no homeopata] e que vai ficar bom com o tratamento. Ter uma dose do remédio dele de reserva em casa me deixa mais tranquila. Sei o momento de dar se ele precisar tomar. Sei que vai ficar bom logo, e nem sempre preciso trazer ele no médico.” (CA)

“É bom ter o remédio em casa, sei quando dar e, se não resolver, posso trazer [no homeopata]. Na ‘outra medicina’ dependia mais do médico, não sabia como medicar. Com

homeopatia fico mais segura, posso resolver sem o médico ou contar com orientação pelo telefone.” (CA)

Cabe ressaltar que, na ONG HAPS, em geral, este medicamento era indicado para a criança como um todo, e não para a doença do momento, o que permitia sua utilização em diferentes situações de adoecimento. Em um contexto de informações e orientações que empoderaram a mãe para lidar com o adoecimento do filho, o medicamento homeopático guardado em casa parece substituir a presença do homeopata em alguns momentos ao longo do tratamento: *“Eu já dava o remédio antes de falar com a médica, isso era ótimo, principalmente no fim de semana. Eu tinha o telefone, mas não queria ligar.”* (GF2); *“Quando a garganta da filha estava arranhando, já dava o remédio milagroso.”* (GF2); *“Assim que iniciava a crise, ou vinha a primeira tosse [...]: ‘é a tosse da bronquite’. Eu dava o remedinho que ele [homeopata] me passava e aliviava [não precisava ir à emergência].”* (GF1); *“[...] sei o momento de dar [o remédio] [...] nem sempre preciso trazer ele no médico.”* (CA)

- Diminuição das despesas familiares com saúde e redução da farmacologização

Outra importante mudança positiva relatada pelas entrevistadas se refere à diminuição das despesas da família com a saúde das crianças, e à redução da frequência de utilização de medicamentos convencionais (farmacologização). Neste aspecto, quase todas afirmam que “Muda tudo!”: além das mães ficarem mais tranquilas, os filhos param de tomar tantos remédios; diminui o tamanho da farmácia doméstica; e diminuem os gastos com remédios, com transporte para o hospital, e até com a conta de luz, uma vez que não precisam mais utilizar o nebulizador com frequência: *“Com homeopatia, parou de tomar antibiótico, remédio para verme, e não teve mais nada.”* (CA); *“Muda, a gente economiza, gastava horrores de remédio!”* (M2); *“a homeopatia me ajudou bastante em relação a não ter gastos com medicamentos homeopáticos.”* (M1); *“Muda os gastos, porque os remédios são caros, e, para mim, dá um certo sossego, porque não gosto de dar remédio.”* (GF1); *“Gastava muito com antibiótico, porque nem sempre conseguia pegar no posto. Na homeopatia é muito mais barato e muito menos remédio.”* (CA); *“Eu fazia até estoque de antibiótico em casa, que comprava mais barato na farmácia popular, porque sabia que ele ia precisar, e nem sempre conseguia pegar no posto ou na emergência. Gastava muito por mês com remédio e passagem, quando ele adoecia.”* (CA); *“eu saía cedo [do trabalho], [...] levava ele no médico [...]. [Era descontada no salário], não tinha nem como levar um atestado, porque eu não tinha carteira assinada. Esses descontos, com quatro filhos, fazia muita diferença [no orçamento]!”* (M3).

Esta economia no orçamento permitiu que as famílias investissem sobretudo na melhora da alimentação: *“passei a usar esse dinheiro para comprar outros alimentos, que antes eu não podia:*

um iogurte, uma maçã, mais fruta, etc.” (GF1). Em alguns casos, foi possível “dar uma vida melhor” (M2), pagando psicoterapia e escola para os filhos, comprando material escolar, fraldas e pomada para assaduras, ou ainda fazendo passeios, que antes nunca eram possíveis, em decorrência das despesas com os adoecimentos frequentes.

Somente duas mães disseram que não houve diferença nas despesas da família. A primeira explicou que o pai (separado) sempre assumia a compra dos remédios, e a segunda esclareceu que nunca teve gastos elevados com a saúde da filha, porque esta iniciou o tratamento aos 6 meses de idade e, desde então não adoecia mais (atualmente a menina tem 8 anos): *“Depois que descobri a homeopatia, aí para mim acabou [doenças e despesas com remédios].” (GF2)*

- Aspectos negativos da intervenção

As responsáveis têm dificuldade de apontar os aspectos negativos da experiência e, em geral, lamentam o término do projeto: *“Não vi nada de negativo.” (GF1); “Negativo é que acabou.” (M2); “Não tenho do que me queixar de nada. Para mim tudo era ótimo. Só uma coisa que eu não me conformo até hoje, não gostei, eu vou fazer um ‘protesto’, porque acabou!... Estou muito triste com isso!” (M3)*

Dois aspectos que inicialmente foram apontados como negativos pelas responsáveis, na continuação das falas se revelaram positivos. O primeiro foi o incômodo inicial com a profundidade da investigação nas consultas, que posteriormente se tornou um marcante aspecto de satisfação da clientela. O segundo foi a demora do resultado do tratamento em alguns casos, que finalmente se mostrou vantajosa diante da cura e/ ou melhora significativa de vários aspectos da saúde da criança: *“[...] negativo é que o tratamento demora mais um pouco [...] [mas] não teve resfriado por muito tempo [...] teve uma melhora significativa.” (M1)*

Há uma única fala entre todas as entrevistadas, que aponta explicitamente um aspecto negativo da experiência. A mãe, que se autodefine como “superprotetora”, gostava muito da atenção do médico durante as consultas, mas se sentiu perdida e pouco apoiada por ele no momento em que o filho adoeceu, no início do tratamento, e ela não recebeu o retorno telefônico deste profissional, o que a fez ‘correr para o hospital’. Esta situação se resolveu quando o médico passou orientações para tais situações, deixando sempre uma dose do medicamento guardada em casa, para ser usada em caso de adoecimento: *“Foi logo no começo do tratamento, quando você ainda não sabe o que vai dar [...]. Depois, conversando com o Dr., ele sempre deixava uma receitinha em casa, e aí foi muito bom.” (GF2).* Todas as outras mães do grupo afirmam que nunca ficaram sem retorno, que sempre foram atendidas por telefone, ou por outros médicos na ONG. E todas concordam que ter uma dose do remédio em casa é muito importante.

- Importância do fornecimento gratuito do medicamento homeopático, facilidade de administrá-lo e boa aceitação da criança

Foram ainda destacados como consensos nos grupos focais dois outros aspectos relativos ao medicamento homeopático. O primeiro se refere à grande importância de *ganhar o medicamento gratuitamente* nas farmácias parceiras da ONG HAPS. As mães reconhecem que se precisassem comprar o medicamento, o tratamento poderia ter sido prejudicado em alguns momentos: *“muito bom o remédio ser de graça, [...] ia lá apanhar e já começava a dar.”* (GF1)

O segundo consenso sobre o medicamento homeopático é que ele é fácil de administrar, “docinho” e bem aceito pela criança: *“meu filho gostava do remédio, adorava, perguntava se tinha mais”* (GF1); *“Ele, para tomar remédio, é uma criança difícil, ele vomita qualquer remédio. Com a homeopatia era docinho, ele tomava direitinho, ainda tinha isso também de bom”* (GF1); *“eles disseram que parecia açúcar. Até me pediam, por ser doce o remédio. Espirravam à toa, querendo remédio da homeopatia”* (GF1). Este aspecto é importante também para que os responsáveis fiquem atentos ao local aonde guardam o remédio, a fim de que a criança não o acesse com facilidade, evitando a ingestão por conta própria, pensando que ‘é uma bala’. Como qualquer medicação, o medicamento homeopático só deve ser administrado quando há indicação.

- Qualidades atribuídas ao medicamento homeopático

As qualidades habitualmente referidas ao medicamento homeopático em outros estudos (CAMPELLO, 2001, p.61; LUZ, 2003, p.60) também foram percebidas pelas mães entrevistadas como aspectos positivos: remédio “natural” (M2; CA); “sem química” (CA); suave – *“Vai atingindo aos poucos, até ter um resultado maior”* (GF1); bom, sem risco de iatrogenia – *“não agride a criança”* (CA); *“não agride a saúde, só melhora, não tem contra-indicação, nem efeito colateral”* (CA); *“não faz mal em nada, ao contrário, parece que melhora tudo.”* (M2)

As responsáveis enfatizam o que lhes parece ser o caráter “mágico”, “milagroso”, “sagrado” do remédio, utilizando estas metáforas para acentuar ora a rapidez do efeito, ora a abrangência dos problemas que são curados: *“[...] dava aquele pozinho mágico [...] dois dias depois, não tinha mais tosse.”* (M3); *“o pó é milagroso, porque age rápido!”* (GF2); *“Não sei se o pozinho milagroso já vinha misturado um calmantezinho, porque acalmava bastante, o sono ficava mais calmo, dormia mais. [...] até [...] piolho, ela tomava as ‘bolinhas sagradas!’”* (GF2)

Outra característica marcante do remédio para este grupo, que se estende ao tratamento homeopático como um todo, refere-se ao fato de ser *curativo* e não paliativo. A cura não é resultado apenas da utilização do medicamento homeopático, mas da parceria e cumplicidade entre o médico e a responsável no cuidado com a saúde da criança, que, com o passar do tempo, tende a

incorporar a participação do pai e/ ou de outros familiares.

- O que mudou na percepção da família sobre a febre e a reação da criança em quadros agudos

Muitas responsáveis referem grande medo da febre: *“ficava com medo e tinha que levar para o médico.”* (M2); *“pior coisa que tem, coisa mais triste é a febre. Tenho pavor de febre, pode dar convulsão”* (GF1). Algumas continuam a ter o mesmo sentimento, e só se tranquilizaram porque a criança parou de adoecer. Outras afirmam que as informações e orientações que receberam sobre a febre e outras questões, tornaram-nas mães mais tranquilas, porque lhes deram outra visão sobre o adoecimento ou o comportamento dos filhos: *“os médicos me ensinaram muito. As orientações que eu recebia foram um apoio e tanto, aprendi bastante”* (GF2). Os relatos apontam para mudanças na percepção da família sobre:

- (a) a febre: *“Mudou o medo da febre, de ter convulsão, com os esclarecimentos do médico.”* (GF1); *“eu entendi que não preciso ter medo da febre, nem dar antitérmico à toda hora, que a febre ajuda o organismo a se defender.”* (CA); *“Aprendi na homeopatia que febre é sinal de infecção. Tem que ver o que causa, observar, algumas tem que esperar dois dias, outras dá para ver logo o que é.”* (GF1); e
- (b) o tempo de reação da criança em quadros agudos, após a administração do medicamento homeopático, que supera a visão imediatista habitual: *“Aprendi a esperar a reação dele.”* (GF2)

- Mudança no cuidado dos filhos em relação à alimentação/ apetite, sono, forma de se relacionar com os filhos/ limites, recreação/ lazer e hábitos de consumo

As mães apontam muitas mudanças que resultam tanto do medicamento utilizado, quanto das informações e orientações fornecidas pelo médico, e essas abrangem:

- (a) alimentação/ apetite: *“só queriam tomar Nescau. [...] Elas começaram a comer comida, melhorou o apetite 100%. [...] Tinha mais explicação, me explicava o que eu tinha que dar para comer, [...] o que era bom, o que não era.”* (M2); *“Pediatra do posto só olha a doença, depois de 1 ano de idade, o médico não se preocupa com a alimentação, só com a doença.”* (CA); *“Homeopata é mais preocupado com a vida da criança, alimentação [...]”* (GF1);
- (b) sono/ repouso: *“Ela era uma criança muito agitada, eu tinha uma vida muito atribulada, [...] não tinha vida calma também, o Dr. que me ensinou. [...] percebi que não posso botar para dormir tarde, porque ela acorda cedo, senão ela reclama de tudo [...] fica mais agitada.”* (GF2);

- (c) a forma de se relacionar com o filho, limites, e a já mencionada participação do pai no cuidado dos filhos: *“Eu aprendi na Homeopatia Ação pelo Semelhante, coisas importantes: como lidar com o [filho]” (GF2); “Eu estava perdendo meu papel de mãe para os avós. Hoje ele reconhece e respeita autoridade da mãe e faço isso naturalmente, sem ter que ser autoritária o tempo todo. Hoje os limites para os avós estão claros” (CA);*

“O marido nunca foi de se envolver muito com os filhos, agora participa mais das coisas, desde a época da homeopatia. [...] Passou a prestar mais atenção nas coisas que ele [filho] podia fazer e não podia fazer, tipo coisas com cheiro [que faziam o filho adoecer]. Antes ele não se ligava em nada disso. [...] era tudo comigo. [...] ligar para os filhos, ele sempre se importou com os filhos, até demais, às vezes. Ele é muito de deixar fazer o que quer. Depois da homeopatia mudou um pouquinho, [passou a dar mais limites].” (GF2)

- (d) recreação/ lazer e hábitos de consumo: uma das mães comenta que a homeopatia promoveu uma mudança no tipo de lazer que tinha com o filho. Ela relata que, antes da intervenção, passear com o filho era sinônimo de lanche no *McDonald's*, e que, ao longo do tratamento homeopático, entendeu “que a alimentação é importante para a saúde”. Diante disto, pareceu-lhe melhor que o lazer fosse ir à praia ou passear, levando de casa um lanche mais saudável. A mãe afirma que nenhum médico da ONG HAPS orientou especificamente que evitasse lanche no *McDonald's*, e que esta foi sua própria iniciativa, por lhe parecer mais coerente com a visão do tratamento homeopático, voltada para a saúde.

“Adorava levar no *McDonald's*. Parei porque entendi que a alimentação é importante para a saúde. [...] Antes, passear era o mesmo que ir ao *McDonald's*, e só. Agora o programa é praia, passeio e lanche de casa mais saudável: iogurte, biscoito”. (CA)

Observa-se que a mãe foi capaz de se situar no contexto da cultura e no sistema de valores da sociedade contemporânea em relação às suas escolhas, superando a força de um ícone do consumo mundial. Segundo ela, esta mudança ocorreu ao ter contato com a homeopatia. Sua atitude se insere na complexa definição do conceito de qualidade de vida do Grupo WHOQOL da OMS³².

- Ampliação das noções de saúde, adoecimento, tratamento e cura

A abrangência do que o homeopata busca tratar, valorizando o contexto de vida do sujeito, e os bons resultados alcançados pelo tratamento, contribuem para a ampliação das noções de saúde, adoecimento, tratamento e cura nessas famílias. Estes conceitos são amparados por uma visão integral de saúde, presente na medicina homeopática, na qual o indivíduo é considerado a partir das noções de totalidade e unidade e na sua inserção contextual. A visão das responsáveis sobre estes aspectos pode ser assim sintetizada:

³² “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (OMS - GRUPO WHOQOL, 1998)

- (a) quanto ao tratamento, não basta resolver na hora, valorizando apenas a doença, “tratar é para curar”, sem causar danos à saúde: *“a informação boca-a-boca [que tinha anteriormente] era que demora, ‘não tenho paciência, dá logo antibiótico que resolve’. Só que tratar na homeopatia, sem dúvida, é melhor”* (GF1); *“pode resolver com antibiótico, mas pode trazer outros problemas”* (GF1); *“[antibiótico] ajuda de um lado e atrapalha do outro”* (CA). A cura da doença é um processo que pressupõe a melhora da saúde, associada à autonomia do responsável para o cuidado: *“A homeopatia [...] trata e acompanha a saúde e a vida. [...] O outro tratamento não trata, resolve na hora, mas não cura”* (CA); *“Me pareceu que, por ele estar tratando na homeopatia, ele criou mais resistência, porque ele não tinha mais aquele negócio de antibiótico, antibiótico...”* (M3); *“Vivia apavorada. Informações diminuíram meu medo; agora, mais calma, já sei o que fazer. Hoje, aprendi a observar”* (GF1). Neste processo, não há necessidade de utilizar constantemente medicações que prejudiquem a saúde, nem de ‘viver com a criança no médico’: *“vivia no [hospital] de madrugada, ficava com medo: ‘eu vou perder meu filho!’ Ele tomava ‘injeção de cortisona’ e resolvia, na hora. Gostei da homeopatia e [...] há cinco anos não toma remédio nenhum”* (GF1); *“Não vivo no médico hoje, porque ela não precisa”* (GF2);
- (b) o tratamento segue ritmo que respeita a capacidade reativa de cada indivíduo, e se direciona para a ‘superficialização’ dos sintomas: *“aprendi a esperar a reação dele”* (GF2); *“No começo foi mais lento, porque era muito tempo que eles tomaram antibiótico”* (M3); *“Há muito tempo sem bronquite. Quando melhorou, deu dermatite. [...] teve laringite e, agora, só tem uma rinite leve, foi subindo”* (CA);
- (c) o tratamento da saúde da criança e sua cura dependem do conhecimento não apenas de suas alterações orgânicas, mas de seu contexto de vida e dos desencadeantes do adoecimento em cada caso: *“Antes achava que [homeopatia] era só isso, tratar as doenças com remédio natural. Agora vejo que é um acompanhamento de tudo: da saúde, da escola, do desenvolvimento, do comportamento, da vida! Tudo é importante”* (CA); *“Na homeopatia, [...] quer entender o porque que está acontecendo aquilo, para poder tratar a causa. [...] A homeopatia quer tratar para a vida toda, quer que fique bom, quer curar”* (M3); *“Tem que conhecer a mãe, a convivência da criança, examinar, para saber o que ela tem. Para tratar do comportamento da criança, tem que saber do comportamento do familiar, o convívio que tem com o filho, o que faz”* (GF1);
- (d) saúde é algo mais abrangente do que ausência de doença, que se associa a um estado de bem-estar e vitalidade para viver a vida, e depende de fatores externos ao indivíduo e ao seu ambiente familiar, como “paz de espírito” e “respeito com a gente” (GF2): *“saúde é*

dormir bem, se sentir bem.” (GF2); “Meu filho ficou mais feliz: antes, a criança não podia fazer esforço, jogar bola, andar de bicicleta, fazer educação física na escola ou no clube. Eu dizia para ele não correr, não brincar, como é que criança vai viver assim?” (GF1);

- (e) doença é um fenômeno da vida – *“Ficar doente é normal” (M2); ajuda a perceber que tem algo ‘errado’, no sentido de que precisa ser cuidado e observado; não é motivo para a mãe ficar apavorada, nem dependente do médico para tomar qualquer atitude: “Agora resfria, mas não complica” (CA); “As informações que eu tive foram importantes para cuidar e socorrer meu filho. [...] [Quando adoecia, tinha] medo de tocar nele e matar” (GF1);*

“[Doença] Para mim agora é uma coisa normal, [...] Antes, não: ficava doente, eu achava que ia morrer. [...] Mudou medo da febre com esclarecimentos que tive na homeopatia. Tinha medo de convulsão, porque febre dele era mais de 40. Me explicaram que não tinha mais risco de convulsão [febril] por causa da idade. Também é bom a criança sentir febre, porque está mostrando que tem alguma coisa errada. Já fico mais tranquila, dou remedinho, dou banhozinho. Antes, não, tinha febre, já queria ir para o médico. [...] Com febre ficava apavorada, não sabia o que fazer, ficava com tanto medo, não sei nem de que, que não tinha coragem de tomar uma atitude, dar um banho. Depois da homeopatia, não, fui entendendo mais, fiquei mais calma, dou remedinho, dou banho, fico observando.” (GF1)

Acentuam-se com as noções acima: o acompanhamento da saúde do indivíduo, respeitando a sua singularidade; a noção de doença como fenômeno da vida; o fortalecimento da autonomia dos responsáveis para o cuidado em saúde das crianças; e a redução tanto da farmacologização, quanto da medicalização.

- Apoio à família para o cuidado dos filhos

Fica evidente o quanto as responsáveis valorizam o apoio que encontram na ‘homeopatia’³³ para o cuidado da saúde e da vida dos filhos. Este apoio é encontrado em diferentes fontes. Primeiramente, como já foi mencionado, na atenção do médico responsável pela criança, que se estende ao serviço como um todo, quando a atendente viabiliza o contato telefônico com o médico, nos momentos em que ele não está no serviço, ou quando as crianças são bem atendidas tanto pelos outros médicos da ONG HAPS (em caso de adoecimento agudo), quanto pelos psicólogos (em caso de encaminhamento).

O apoio também é encontrado nas farmácias homeopáticas, que oferecem “atendimento ótimo”, dão explicações sobre a forma de aviar o remédio (em “pozinho”, ou “bolinhas”), e, sobretudo, fornecem o medicamento gratuitamente. O apoio da ‘homeopatia’ se materializa no remédio guardado em casa para alguma emergência.

Finalmente, parece que as informações e orientações do homeopata, baseadas na doutrina

³³ O termo ‘homeopatia’ aparece nas falas das entrevistadas com diferentes acepções: (a) como um tipo de atenção à saúde distinto da biomedicina; (b) como o serviço de saúde da ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante; (c) como o médico homeopata; e (d) como o medicamento homeopático.

homeopática (vitalista), são apropriadas pela família, e transformam-se em conhecimento tranquilizador e fortalecedor de identidade, possibilitando mais segurança e autonomia no cuidado dos filhos, além do questionamento seja sobre as formas desrespeitosas com que essas pessoas são tratadas nos outros serviços de saúde, seja sobre os valores da sociedade contemporânea (imediatismo, individualismo, competição, consumismo, produtividade, etc.).

Sobre o apoio encontrado nos outros serviços de saúde que frequentam, conforme já mencionado, as mães ficam ainda mais nervosas no ambiente hospitalar (tanto na emergência, quanto na enfermaria). Há uma tendência a considerar que, na emergência, o atendimento de uma crise grave pode resolver o problema de forma rápida, o que é relativamente tranquilizador, mas as mães ficam nervosas, porque consideram o tratamento paliativo e agressivo para a saúde, e também porque aquilo que os médicos dizem (quando dizem), deixam-nas mais apavoradas. As mães consideram muito bons os cuidados da equipe de saúde com a criança, quando esta é internada, mas não encontram apoio para suas aflições, nem explicações para suas dúvidas. O apoio que encontram nestas circunstâncias fica limitado às necessidades de sobrevivência da mãe: refeições gratuitas no refeitório, cadeira para dormir ao lado do filho e banheiro bem equipado, com boas condições de higiene.

“Fiquei internada com ele. [...] [Os médicos] só chegavam, passavam remédio e iam embora, não era assim de sentar, de conversar. [...] Cuidavam bem da doença. [...] eu ficava preocupada. Nenhum médico, em momento nenhum, conversou, tirou dúvidas, ninguém. [...], eu não tinha acesso, eu não sei nem o nome do médico que tratava dele, não conheço, nunca vi. [...] Isso para mim não é médico.” (M3)

“Lá era muito bom. [...] A qualquer hora, pode ser de madrugada, se você bater lá, vai ter um médico para te atender. Enfermeira está sempre ali te ajudando. [...] Para a criança era muita atenção, mas para os pais, não tinha muito. [...] Apoio tipo psicológico, assim, não. [...] Com a gente, era só [...] refeição, [...] um banheiro para gente tomar um banho [...] muito bem equipado, [...] limpinho.” (GF1)

Nos casos menos graves, tanto na emergência, quanto no posto de saúde, o apoio é ainda menor, porque os médicos só olham para a doença, ou, o que é muito pior, sequer se preocupam em examinar a criança para estabelecer um diagnóstico clínico, e se apressam em entregar uma receita para finalizar a consulta, em decorrência do preconceito e da discriminação com que tratam as famílias de classe social desfavorecida. O posto de saúde ou é visto como um lugar que só olha para a doença e prescreve antibiótico para qualquer situação, ou como um lugar onde o familiar e a criança são implícita ou explicitamente desrespeitados: nas duas situações, este grupo sente a agressão – por via farmacológica ou simbólica: “[No posto de saúde] Eu já nem vou mais. Ela não fica doente e, depois que eu conheci a homeopatia, só trazia para tomar vacina. Eu fico perdida. [...] Consulta eu não faço [...] não preciso. No posto, eu não trato. [...] Para qualquer coisa os médicos passam Amoxicilina!” (GF2); “Sempre que está doente, toma homeopatia e melhora. [...]

Quando trago [em outros serviços] é por causa do [marido] que é mais desesperado do que eu. Geralmente é a UPA. Como sempre, passam antibiótico, eu nunca dou. [...] Eu confio mais na homeopatia [...].” (GF2); “Depois da homeopatia eu não levei mais em médico de hospital, [...] Vou chegar lá, vai dar o antibiótico, para estragar tudo, negócio que está tão bonitinho, vão bagunçar tudo de novo [...].” (M3); “fiz um plano de saúde para elas, porque eu não tinha tempo de marcar consulta às 7:00h [no posto de saúde] e só ia ser atendida ao meio-dia. Isso quando a médica ia. Você fica lá desde 7:00h e ninguém avisa que não ia ter pediatra!” (M2); “Os meninos quase não iam no posto [de saúde], eles eram tratados só no [hospital], porque eu nunca conseguia [atendimento] no posto, ia direto para o [hospital]” (GF2); “[...] no hospital público, [...] tem 20-30 marcados para 7 horas da manhã. Então você chega às 6:00-6:30h e vai ser atendida às 11:00h, meio-dia. [...] é horrível você estar com seu filho doente, tem que chegar de manhã e ser atendido à tarde.”(GF1)

Para uma das mães, cujos filhos se curaram e receberam alta do tratamento homeopático, o posto de saúde só é utilizado para fazer *check-up* anual, por meio de exames complementares – um procedimento que já ocorria mesmo antes do tratamento homeopático, por iniciativa dos responsáveis, e não por solicitação do médico. No momento em que as crianças se tornam mais saudáveis, e que a mãe não tem mais o vínculo com o homeopata, não há um profissional que assuma o papel de acompanhar a saúde dos filhos. Na prática, esta noção se resume à impessoal realização de exames laboratoriais, confirmando a observação de Acioli (2008, p.197) ao estudar o grupo social de uma outra comunidade no Rio de Janeiro, de que os profissionais de saúde não são reconhecidos como agentes de cuidado, e que este faz parte da vida e do espaço doméstico. Chama a atenção o fato de que a ausência de vínculo de confiança com a médica do posto de saúde leva a mãe a mentir para a profissional, a fim de que o exame seja realizado: *“Eu só venho [no posto] para fazer exame. [...] da última vez tive que inventar que ele estava com coceira no ânus, para a médica do posto pedir exame de fezes, senão ela não dava. [...] [no posto] só faço check-up todo ano, todo mundo lá em casa faz [...]: exames de sangue, fezes e urina.” (GF2).*

- Percepção das vacinas como causadoras de danos à saúde

Embora o roteiro de entrevista para o grupo focal não buscasse a visão dessas famílias sobre vacinas, as referências espontâneas a este tema permitiram notar um aspecto importante no momento da análise das entrevistas: as vacinas, que constituem uma importante estratégia preventiva do Ministério da Saúde, são percebidas pelo grupo como causadoras de doenças ou de perturbações da saúde, e não há referências objetivas a elas como elementos que tragam benefícios à saúde das crianças: *“BCG deu celulite. Não melhorava com vários antibióticos na veia, [...] risco de amputação do braço de um bebê de 2 meses! [...] Deu convulsão febril” (GF1); “Quando*

*tomou vacina para febre amarela passou a adoecer mais, parece que atrapalhou o tratamento, mas agora já se recuperou com a homeopatia. Está mais resistente” (CA); “Tinha medo de tudo, todas as doenças ele pegava. Se vacina dava reação, ele tinha. Eu não vivia direito, só pensava na doença” (GF1). Além disso, parece haver uma contradição para estas mulheres, pelo fato das vacinas serem oferecidas no posto de *saúde*, que é visto por elas como um local que se dirige exclusivamente para a *doença*, e onde as vacinas não são entendidas como tratamento: “Ela não fica doente e, depois que eu conheci a homeopatia, só trazia [no posto] para tomar vacina. No posto, eu não trato.” (GF2)*

- Sugestões para aprimorar o projeto

Ao serem estimuladas a dar sugestões para melhorar o trabalho de intervenção homeopática que conheceram, todas afirmam que gostaram de tudo, e que o atendimento promovido pela ONG HAPS no Morro dos Cabritos deveria ser retomado o mais rápido possível, porque “tem muita gente que precisa” (GF2): *“Fiquei com pena de ter fechado. [...] Espero que [...] coloquem a homeopatia de volta.” (M2);*

“Para mim está perfeito. Sugiro que vocês arrumem alguma coisa aqui perto para a gente consultar os filhos. Minha única sugestão é voltar a homeopatia e os médicos que são verdadeiros anjos da minha vida. O único tesouro que eu tenho nessa minha vida são meus filhos e saber que eu encontrei três anjos para cuidar da saúde deles – porque a saúde é tudo – para mim não tem preço. Aonde vocês estiverem por perto, eu estou aí!” (M3)

A única sugestão de mudança no projeto se refere à ampliação do acesso ao atendimento, dando oportunidade para outras crianças, inclusive aquelas saudáveis, que não tenham doenças graves, porque, para este grupo, *o acompanhamento na homeopatia – voltado para a saúde e a vida toda da criança – é melhor do que na pediatria – que só se preocupa com doença e, na ausência desta, se limita a prescrever vermífugos e vitaminas: “ser acompanhado pela homeopatia é melhor do que ser acompanhado pelo pediatra, porque não vai só quando está doente. Homeopata é mais preocupado com a vida da criança, alimentação, o que ela faz. Pediatra só passa remédio de verme e vitamina, e pronto, o acompanhamento é esse.” (GF1)³⁴*

As responsáveis entrevistadas não sugeriram que os adultos fossem incluídos no programa de atendimento homeopático (embora algumas tenham buscado o tratamento homeopático, ou manifestado interesse em se tratar com homeopatia), o que estava nos planos da ONG HAPS no momento em que o projeto seria transferido para uma das creches da comunidade, e sua sede se mudou para outro bairro, a fim de diminuir custos financeiros.

³⁴ Sobre este aspecto, é importante ressaltar que 80% dos médicos homeopatas da ONG HAPS não tinham formação pediátrica (16 médicos) e que, dentre os quatro pediatras homeopatas que atuaram no projeto, dois permaneceram apenas por poucos meses, um permaneceu menos de dois anos no projeto, e somente um participou de forma duradoura (oito anos e meio).

O tema da violência ligada ao tráfico de drogas, que era comum nas consultas homeopáticas, foi abordado por uma única responsável, cujo filho adolescente se envolveu com o tráfico.

O impacto do atendimento às crianças nestas famílias se mostrou bastante amplo e profundo.

7.2 Configuração dinâmica das redes sociais de cuidado em saúde

Os depoimentos das responsáveis sobre a experiência de tratar os filhos na ONG HAPS permitiram a realização de uma análise diacrônica das redes sociais de cuidado, que observa e interpreta “a evolução da rede, os processos históricos nela contidos, as mudanças e transformações operadas, as memórias acumuladas” (AGUIAR, 2007, p.23). Esta análise utilizará os conceitos de ‘rede de sustentação’ e ‘rede de apoio’ para o cuidado em saúde (BELLATO et al., 2009, p.192).

- *Antes do tratamento homeopático*

A *rede de sustentação* é fraca, centrada na mãe. O pai dá o apoio financeiro, que é fundamental, mas limitado diante da baixa remuneração de sua atividade profissional. Ele não se envolve no cuidado direto dos filhos, e a mãe tende a poupá-lo nos momentos de adoecimento destes, para que ele tenha condições de trabalhar, evitando, desse modo, o agravamento das condições de subsistência da família. Em caso de crise da saúde, principalmente durante a madrugada, o pai acompanha a mãe e a criança ao serviço de emergência. As mães solteiras contam com pouca ajuda dos familiares quando os filhos adoecem, e dependem de favores dos vizinhos ou do mototaxi para levar os filhos ao hospital.

Mães e familiares se tornam esgotados pelo estresse físico e emocional causado pelo adoecimento grave e/ ou recorrente das crianças. As mães vivem sobrecarregadas, sem tempo para cuidar da casa, dos outros filhos, ou de si mesmas. Os maridos reclamam da falta de atenção com eles.

Há uma grande culpabilização das mães pelo adoecimento dos filhos – não são atenciosas, não cuidam direito; a doença é resultado da sua hereditariedade, ou um castigo pela rejeição do filho nos primeiros meses de vida.

A *rede de apoio*, que é por definição menos densa que a anterior, é basicamente representada pelas emergências dos hospitais neste momento. Raramente há acompanhamento no ambulatório pediátrico ou especializado. Esta rede é fragilizada por vários fatores:

- (a) distância geográfica do serviço de emergência em relação ao domicílio, criando uma situação de dependência de transporte, além do encarecimento do cuidado para a família;
- (b) percepção do responsável de que os medicamentos utilizados resolvem a crise, mas prejudicam a saúde e não evitam novos episódios iguais;

- (c) falta de acolhimento e de informações/ orientações por parte dos profissionais de saúde para que a mãe participe de forma mais efetiva na melhora da saúde da criança por meio do seu cuidado;
- (d) tempo insuficiente de contato com os médicos;
- (e) (des)organização dos serviços públicos de saúde, com longas filas de espera e desconforto para os usuários;
- (f) postura do médico que só olha para a doença e não acolhe paciente/ responsável como sujeitos;
- (g) discriminação nos serviços de saúde com usuários de classe social menos favorecida, que se torna justificativa para o antiatendimento: o médico não examina, não toca na criança, parece ter “nojo” dela, prescreve antibiótico em todas as situações, e quer “se livrar” do paciente – esta percepção é mais intensa no posto de saúde do que na emergência do hospital.

- No início do tratamento homeopático

A *rede de sustentação* se fragiliza ainda mais diante da oposição dos familiares ao tratamento homeopático com base no imediatismo e na rejeição do ‘não-científico’ – há uma desqualificação da homeopatia como tratamento lento, natural, inadequado para doenças sérias. No momento em que a mãe resolve aderir ao tratamento homeopático e rejeitar os medicamentos convencionais, ela é ainda mais culpabilizada, agora por irresponsabilidade com a saúde dos filhos, o que tensiona ainda mais o ambiente familiar. Os problemas da fase anterior se mantêm.

A *rede de apoio* começa a se modificar com a intervenção homeopática. No início há um choque cultural diante da profundidade da investigação nas consultas e muitas mães se sentem tão incomodadas, que abandonam o tratamento. As que persistem, embora não compreendam inicialmente a razão desta investigação, logo percebem a atenção e o acolhimento diferenciados, sem preconceitos ou discriminação por sua condição socioeconômica, e com tempo suficiente para passar e receber informações e orientações sobre a saúde dos filhos. Estes fatores melhoram a efetividade do seu cuidado e as tranquilizam, mesmo que o ambiente doméstico lhes seja desfavorável nesse momento. Além disso, as consultas têm hora marcada, o que permite que as mães organizem melhor o seu tempo; os filhos são sempre examinados; e as próprias crianças se sentem mais à vontade no “médico do brinquedo”, que prescreve “remédio docinho” ao invés de injeções. Cria-se um vínculo forte entre a mãe e o homeopata e, nesta relação, ela se sente valorizada como *participante* do cuidado e não como mera executora de ordens médicas. Quanto mais este vínculo se fortalece, maiores tendem a ser os conflitos na frágil rede de sustentação.

- Nos primeiros meses de tratamento

Os próprios familiares, que se opunham ou não acreditavam na efetividade do tratamento, passam a observar melhoras na saúde da criança. A *rede de sustentação* começa a se fortalecer com o abrandamento dos sintomas da criança, o que permite que a família deixe de frequentar os serviços de emergência durante a madrugada, garantindo o sono/ repouso dos responsáveis. As crises tratadas com homeopatia se resolvem em menos tempo do que com o tratamento convencional. Além disso, a família percebe outras melhoras inesperadas, inclusive do comportamento da criança. Essas mudanças melhoram sobremaneira o estresse físico e emocional da família, e também reduzem os gastos familiares com a saúde e a utilização de medicamentos convencionais. Todos estes fatores estimulam o pai a participar mais ativamente do cuidado em saúde dos filhos, aliviando a crônica sobrecarga da mãe para esta função. Esta observação contraria a literatura, que afirma que a rede de sustentação tende a ser mais potente diante da baixa resolutividade das redes formais de saúde (BELLATO et al., 2009, p.191).

A *rede de apoio* torna-se progressivamente mais efetiva para a família. A satisfação/ confiança no homeopata se estende ao serviço como um todo (todos os profissionais da ONG HAPS, especialmente a atendente, que viabiliza e concretiza o contato dos familiares com os médicos nas consultas ou por telefone) e as mães deixam de frequentar não apenas os serviços de emergência, mas também o posto de saúde, porque este último “só olha a doença”, “para tudo é Amoxicilina”, e os médicos “não dão a mínima para criança”. As famílias percebem a importância de cuidar da saúde, e não só da doença, ocorrendo desse modo o empoderamento da mãe para este cuidado. Este aspecto e a superação do preconceito dos familiares em relação ao tratamento ‘lento, natural, inadequado para doenças sérias’ são fatores importantes para o fortalecimento dos laços na rede de sustentação.

- Ao longo dos primeiros anos de tratamento

As crianças apresentam uma grande melhora da saúde e passam a frequentar a creche/ escola com assiduidade. A *Rede de sustentação* mantém os elos fortalecidos e efetivos. Diminui o estresse familiar, e melhora a qualidade de vida da família. A redução dos gastos com saúde e a compreensão mais profunda sobre o cuidado para a saúde permitem a melhoria na qualidade da alimentação da família. Em alguns casos, as possibilidades de lazer familiar se ampliam. A mãe tem mais autonomia para cuidar do filho, passa a ter mais tempo para se cuidar, trabalhar e administrar sua vida, e continua contando com a participação do pai no cuidado dos filhos.

A *Rede de Apoio* mostra-se efetiva para os responsáveis, e é basicamente constituída por elos mútuos de respeito e confiança entre os responsáveis e os profissionais da ONG HAPS. Aqui

também se observa uma divergência da literatura, que caracteriza as relações nesta rede como mais formais e de menor densidade afetiva (BELLATO et al., 2009, p.192). Além das mães, outros familiares (principalmente os pais), passam a frequentá-la. A melhora da saúde das crianças e o empoderamento das mães para o cuidado permitem que o acompanhamento ocorra de forma mais espaçada nesta fase. Em caso de dúvida, a mãe conta com orientações do médico pelo telefone, mas geralmente ela sabe o que fazer diante do adoecimento mais brando do filho.

- Após interrupção do tratamento

A *Rede de Sustentação* se mantém estruturada: familiares permanecem tranquilos, e os pais continuam cooperando com as mães no cuidado dos filhos. O empoderamento das mães permanece.

A *Rede de Apoio* se encolhe com a saída do homeopata/ ONG HAPS. Para muitas famílias isto não traz consequências negativas, porque as crianças não adoecem mais (estão curadas) e não necessitam mais de qualquer medicamento. Nesses casos, as famílias procuram o posto de saúde apenas para a realização de *check up* anual, por meio de exames laboratoriais, ou para tratamento odontológico – quase todas ignoram que o posto de saúde próximo à comunidade oferece, atualmente, tratamento homeopático para crianças e adultos. Para outras famílias, cujas crianças voltam a apresentar sintomas de forma mais branda, há necessidade de recorrer à antiga rede de serviços biomédicos. A diferença é que os familiares estão mais tranquilos, e lidam com o adoecimento de outra forma, sem medo. Nesses momentos, buscam a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou o posto de saúde. Contudo, não mais aceitam o habitual tratamento discriminatório nestes serviços; nem sempre concordam com o diagnóstico do médico; e às vezes não seguem a prescrição feita, por falta de confiança. Algumas famílias ainda recorrem ao homeopata da ONG HAPS no consultório particular.

Retomando os conceitos de mediadores inibidores e colaboradores, de Martins (2009, p.76-77), que são aqueles que perpetuam o conflito ou são acionados para mediar conflitos, e buscar soluções, respectivamente – e que o autor descreve como elos humanos e não-humanos representados por indivíduos, grupos, instituições, símbolos (como fé, santos ou ícones) ou objetos (álcool, televisão, etc.) –, percebeu-se a necessidade de agregar a estes conceitos outros elementos em função da realidade estudada, abordando também valores, ideologias, preconceitos e crenças que influenciam as redes sociais de cuidado em saúde analisadas na pesquisa. Esses aspectos são sintetizados nas Figuras 2 e 3.



Figura 2: Mediadores inibidores nas redes sociais de cuidado em saúde pesquisadas

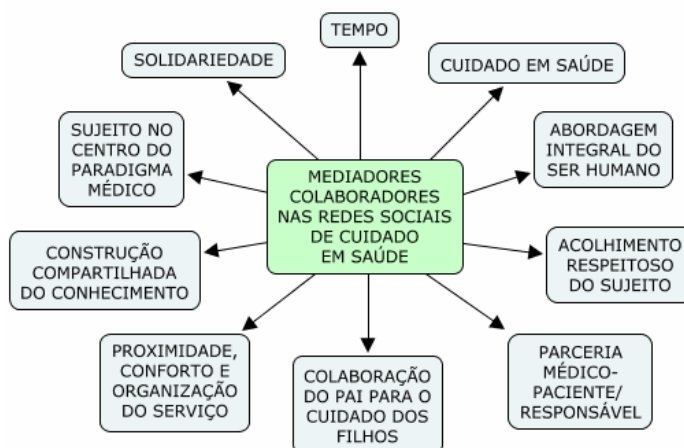


Figura 3: Mediadores colaboradores nas redes sociais de cuidado em saúde pesquisadas

7.3 Mudanças na qualidade de vida das famílias

A sistematização dos dados da pesquisa em relação à mudança da qualidade de vida das famílias, cujos filhos foram tratados na ONG HAPS, parte dos domínios e facetas que constituem o instrumento de avaliação de qualidade de vida, construído pelo Grupo Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL). Não se trata de uma aplicação direta deste instrumento de avaliação, mas de uma adaptação para a presente pesquisa, utilizando a estrutura do instrumento para orientar a análise e sistematização dos conteúdos referentes ao tema.

Para cada domínio e faceta são abordados dados em relação aos familiares que convivem com a criança que recebeu a atenção homeopática, pois o objetivo é perceber o efeito da intervenção na qualidade de vida da rede familiar, e não as mudanças restritas à vida da criança.

Tendo em vista que as redes sociais de cuidado em saúde apresentaram mudanças significativas para as famílias ao longo do tratamento, e que a pesquisa contou com a participação de familiares que acompanharam o tratamento dos filhos por um período mínimo de dois anos, os

dados da análise de qualidade de vida se referem ao período que abrange as fases intermediária e final do tratamento das crianças, quando as redes de sustentação e de apoio para o cuidado em saúde se mostram mais efetivas, e as crianças manifestam melhoras significativas de seu estado de saúde.

Domínio I – Domínio Físico

Neste domínio, percebe-se a abrangência dos efeitos relatados pelas responsáveis em todas as suas facetas:

- 1. Dor e desconforto:** melhora o desconforto/ estresse físico causado pela crônica falta de sono.
- 2. Energia e fadiga:** melhora o “esgotamento” ocasionado pelo adoecimento grave e/ ou recorrente dos filhos. As mães têm mais disposição, mais “pique” para cuidar do filho e para viver o cotidiano.
- 3. Sono e repouso:** com a melhora da saúde das crianças, os responsáveis não mais perdem noites de sono no pronto-socorro, ou cuidando dos filhos doentes em casa.

Domínio II – Domínio Psicológico

O domínio psicológico é marcado pela grande tranquilização/ diminuição do estresse emocional da família. Isto ocorre ou porque as crianças se curam, ou porque os responsáveis aprendem outra forma de lidar com o adoecimento. Desse modo, o empoderamento dos responsáveis, ao longo da intervenção, permite que o foco se desloque da doença dos filhos para outras questões da saúde e da vida da família.

Além disso, o cuidado em saúde não mais se vincula ao medo, à culpa ou à limitação/ incapacidade de cuidar dos menores que adoecem de forma recorrente. As mães passam a dar mais atenção a outros aspectos da vida da criança (rendimento escolar; limites para os filhos, que contribuem para o fortalecimento da identidade materna; lazer), e a valorizar a saúde.

Na ONG HAPS, as famílias reconhecem e enaltecem o acolhimento respeitoso e sem discriminação por sua origem social. O acompanhamento homeopático realiza-se de forma não agressiva para as crianças. Estas gostam de ir ao “médico do brinquedo”, de quem recebem a prescrição do “remédio docinho”, sempre com hora agendada para a consulta. Tais características criam um ambiente acolhedor para o acompanhamento das crianças, diferente dos serviços de emergência ou do posto de saúde, onde o sofrimento das crianças e familiares é agravado por injeções dolorosas, remédios que agredem a saúde, óbitos testemunhados em alguns desses ambientes e a violência simbólica percebida no distanciamento/ desprezo dos médicos.

4. Sentimentos positivos

As responsáveis insistem que tudo muda para melhor na família, e que todos os familiares ficam mais tranquilos com a melhora da saúde das crianças e as informações que recebem para o cuidado. Os depoimentos confirmam a literatura quanto à recuperação da esperança de cura observada nos pacientes que optam pela homeopatia (LUZ, H. S.; CAMPELLO, 1998, p.18). Há melhora do humor dos familiares e satisfação destes por se sentirem acolhidos como sujeitos, com atenção e respeito.

5. Pensar, aprender, memória e concentração

O adoecimento recorrente dos filhos impedia que muitas mães entrassem em contato com seus próprios sentimentos e necessidades, porque a vida girava em torno do medo e do cuidado das *doenças* das crianças. Segundo as entrevistadas, o tratamento na ONG HAPS, ao proporcionar uma melhora significativa da saúde (ou a cura) do filho, permite que a criança frequente a creche/escola com assiduidade, e que a mãe organize melhor o seu tempo. Além disso, ela se sente mais empoderada para o cuidado em saúde, e passa a questionar muitos aspectos de sua vida pessoal, familiar e social, o que fortalece sua identidade, e facilita a compreensão do ambiente em que vive. A produção de sentido resultante amplia a percepção de si mesma e de seu contexto de vida em várias dimensões da vida individual e social. Este aprendizado também é viabilizado por um raciocínio mais claro: *“Poder raciocinar direito, poder raciocinar melhor, prestar atenção ao que eu estava sentindo. [...] Teve uma época que eu nem conseguia raciocinar, não tinha pensamento. [...] A gente começa a enxergar melhor a situação.”*(GF2).

6. Autoestima

A participação dos familiares, informando para o homeopata todos os detalhes que foram aprendendo a observar sobre a saúde e a vida das crianças, foi percebida como um aspecto valorizador do papel dos responsáveis no tratamento homeopático/ recuperação da saúde/ cuidado das crianças. Os responsáveis são *participantes* e não executores de ordens e, desse modo, se sentem valorizados como indivíduos e também na relação com o homeopata, na qual não percebem o preconceito, desrespeito e discriminação social habituais em outros serviços públicos de saúde em virtude de sua origem socioeconômica.

7. Imagem corporal e aparência

Os maridos reclamavam que as mulheres pareciam um “trapo”. As mulheres afirmam que estavam sempre esgotadas, sem tempo para cuidar da aparência. O adoecimento recorrente do filho

impedia até que a mãe percebesse sua imagem corporal: *“Eu não me via gorda, não me sentia gorda, eu simplesmente não tinha aquele momento só meu de me enxergar. Enxergava o [filho, filho, filho] e me afetou bastante também, porque, quando consegui me enxergar: ‘Nossa, estou gorda, uma baleia!’”* (GF2). A melhora da saúde das crianças lhes proporcionou mais tempo para cuidarem tanto da saúde, quanto da aparência física.

8. Sentimentos negativos

É flagrante a diminuição do *medo* para lidar com o adoecimento, por meio do empoderamento das responsáveis para o cuidado em saúde dos filhos: *“As informações que eu tive foram importantes para cuidar e socorrer meu filho. [...] [Quando adoecia, tinha] medo de tocar nele e matar”* (GF1). As mães afirmam que as orientações que receberam do homeopata foram fundamentais para que se sentissem mais seguras e autônomas em relação ao cuidado dos filhos, favorecendo o processo de recuperação/ constituição de sua identidade materna. Algumas mulheres ainda sentem medo da doença, e este só não se manifesta, porque as crianças se curaram.

A culpabilização anterior pelo adoecimento dos filhos parece ser substituída pela valorização da opção da mãe pelo tratamento homeopático: *“Meu marido caiu em si e falou: ‘realmente, homeopatia é bom’. [...] Meu marido disse que a homeopatia é maravilhosa. [...] concordou comigo, a gente parou de brigar. [...] Até hoje diz que o trabalho é muito bom.”* (GF1); *“Às vezes chega alguém lá em casa, com uma criança doente e ele fala: ‘Porque você não faz tratamento de homeopatia? As minhas tinham bronquite, só viviam no médico, [...] A [mãe] arrumou para elas fazerem homeopatia, elas fizeram, e taí, até hoje [curadas]’.”* (M2)

Domínio III – Nível de independência

Este domínio é influenciado pela melhora da saúde da criança, que permite a melhor organização do tempo e da estrutura de vida da mãe, e pelas informações e orientações, que empoderaram a mãe, tornando-a mais autônoma para o cuidado em saúde dos filhos. Neste aspecto, são fatores importantes para as mães: a disponibilidade do remédio homeopático em casa para alguma emergência, e a possibilidade de obter orientações do médico pelo telefone.

9. Mobilidade

Antes do tratamento homeopático, as mães precisavam levar os filhos ao médico muitas vezes, principalmente nos serviços de emergência, o que impedia ou prejudicava sua vida profissional. Além disso, elas viviam com medo do adoecimento, sem disposição para sair e se divertir. A melhora da saúde da criança permite que esta frequente a creche com assiduidade, o que

dá mais tranquilidade e liberdade (aqui entendida como mobilidade) para a mãe administrar seu tempo e sua vida.

10. Atividades da vida cotidiana

Informações e orientações empoderam as mães para cuidar da saúde/ lidar com o adoecimento dos filhos, tornando-as mais autônomas neste contexto. Além disso, as mães passam a ter mais tempo, e podem dar mais atenção a si mesmas, aos outros familiares (marido e filhos que adoecem menos), à casa e à vida profissional.

11. Dependência de medicação ou de tratamentos

Os relatos apontam para a importante redução da farmacologização das crianças, acompanhada da diminuição do tamanho da farmácia doméstica e do uso do nebulizador.

O tratamento homeopático é visto por este grupo como *curativo* e não paliativo. A cura não é resultado apenas da utilização do medicamento homeopático, mas da parceria e cumplicidade entre o médico e a responsável no cuidado com a saúde da criança. Neste contexto, as mães se sentem com mais autonomia para cuidar dos filhos quando adoecem, sem a necessidade de recorrer ao médico diante de qualquer sintoma.

12. Capacidade de trabalho

A tranquilidade gerada pela melhora da saúde das crianças possibilita mais prazer e concentração no trabalho para os responsáveis, e, principalmente, tempo para trabalhar, já que a criança não fica mais doente em casa ou no hospital: *“Eu sempre trabalhei nesse emprego sem carteira assinada, para poder sair assim, a hora que eu precisasse [...] Para mim foi excelente, porque eu já não trabalhava mais direito. Pude trabalhar melhor, não precisava mais sair tanto para levar [filhos] ao médico” (M3).*

Domínio IV – Relações Sociais

13. Relações pessoais:

As responsáveis afirmam que os resultados positivos do tratamento conduzem à diminuição da segregação dos papéis do pai e da mãe em relação ao cuidado dos filhos, por iniciativa dos próprios pais das crianças. Esta participação do pai alivia a sobrecarga da mãe em relação ao cuidado das crianças.

Os bons resultados do tratamento e a já mencionada tranquilização de toda a família

diminuem o estresse e a culpabilização da mãe, e criam um ambiente familiar mais relaxante e bem-humorado.

14. Suporte (Apoio) social

O apoio social, vivenciado nesta experiência como troca de informação entre responsáveis e médicos, que resulta em efeitos emocionais ou comportamentais positivos para os atores, é um dos aspectos marcantes da intervenção. As responsáveis mostram-se muito satisfeitas com a “cumplicidade, respeito, atenção, dedicação, confiança, harmonia, acolhimento” que encontram na relação com o médico, na qual a diferença de classe *já* favorece o preconceito ou a discriminação com quem “é pobre, mora na favela”. A atenção do homeopata é percebida como interesse pelo paciente e por toda a família, sem críticas ou culpabilização do responsável. Há um vínculo médico-paciente/ responsável do tipo sujeito-sujeito e um arranjo comunicacional não hierárquico que humanizam o atendimento. Parece que as informações e orientações do profissional, baseadas na doutrina homeopática (vitalista), são apropriadas pela família, e transformam-se em conhecimento tranquilizador, e fortalecedor de identidade, possibilitando mais segurança e autonomia no cuidado dos filhos, além do questionamento sobre hierarquias sociais naturalizadas – que se revelam na comparação do atendimento recebido em outros serviços de saúde – e sobre os valores da sociedade contemporânea.

As responsáveis também se sentem apoiadas pelas farmácias homeopáticas, que fornecem o medicamento gratuitamente, e pela praticidade do remédio homeopático guardado em casa para ser administrado quando a criança adoecer.

15. Atividade sexual

Este aspecto não foi aprofundado na entrevista em grupo. As responsáveis relatam que o marido reclamava de sua falta de atenção com eles. As mães afirmam que o adoecimento dos filhos afetava o casamento, mas parece que a situação tende a se resolver quando as crianças melhoram.

Domínio V – Ambiente

16. Segurança física e proteção: [Não há dados sobre esta faceta.]

17. Ambiente no lar

A convivência familiar torna-se mais harmoniosa e saudável, porque a diminuição do estresse físico e emocional da família cria um ambiente mais relaxante e bem-humorado.

18. Recursos financeiros

A melhora da saúde da criança e o fornecimento gratuito do medicamento homeopático promovem a diminuição dos gastos com remédios, com transporte para o hospital, e até com a conta de luz, uma vez que não precisam mais utilizar o nebulizador com frequência. Esta economia no orçamento permitiu que as famílias investissem, sobretudo, na melhora da alimentação e, em alguns casos, também no lazer familiar.

19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

A disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde são aspectos importantes da intervenção. A rede de apoio para o cuidado em saúde se torna bem mais efetiva com o trabalho da ONG HAPS e abrange uma visão integral da saúde. A intervenção homeopática modifica profundamente não só a rede de sustentação para o cuidado em saúde dos filhos, mas toda a dinâmica de relacionamento familiar. Observa-se também a melhora nas condições de subsistência da família, na medida em que os pais têm uma situação mais favorável para se dedicarem ao trabalho, bem como a construção de uma visão crítica da realidade social por parte das responsáveis.

20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

Este é outro aspecto forte da experiência. As mães afirmam que durante as consultas tinham oportunidade de esclarecer dúvidas e receber orientações sobre o cuidado com os filhos. Neste sentido, o *tempo disponível para a consulta* é um aspecto fundamental e a produtividade, que orienta a organização da maior parte dos serviços de saúde destinados a esta clientela, mostra-se um elemento limitante nesta faceta.

Destaca-se o importante papel da relação de parceria e cumplicidade da responsável com o médico, que viabiliza o acesso e troca de *informações para o cuidado dos filhos*, com consequente empoderamento da mãe, e de outros familiares, para esta função. As mães afirmam que as orientações que receberam do homeopata foram fundamentais para que se sentissem mais seguras e autônomas em relação ao cuidado em saúde dos filhos.

21. Participação em, e oportunidades de recreação / lazer

O deslocamento do foco da doença para outras questões da saúde e da vida da família, além da diminuição das despesas com a saúde das crianças, possibilitam mais oportunidades de lazer. Há um relato sobre opções mais *saudáveis* de lazer, não mais vinculadas ao consumo de *fast food*.

22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

Tendo em vista que a maior parte das crianças adoecia recorrentemente em virtude de problemas respiratórios alérgicos e infecciosos, identifica-se uma tranquilização dos familiares diante da diminuição da suscetibilidade das crianças ao adoecimento desencadeado por fatores climáticos.

23. Transporte

Os serviços de emergência disponíveis para esta comunidade se localizam nos bairros vizinhos, o que, em alguns casos, dificulta o acesso para as famílias, principalmente durante a madrugada. A melhora da saúde das crianças dispensa a necessidade de recorrer ao pronto-socorro. Além disso, a proximidade da ONG HAPS do local da residência foi um aspecto importante para a população, por evitar custos com transporte.

Domínio VI – Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade, religião, crenças pessoais

A pesquisa não investigou a questão da espiritualidade ou religiosidade. Nesta faceta são considerados os valores e crenças dos familiares que se modificam com a intervenção.

Os pais e avós das crianças, após o descrédito inicial, passam a valorizar o tratamento homeopático e superam o preconceito em relação à homeopatia (lenta, ineficaz, fraca, não científica, etc.).

A troca de informações entre o homeopata e a mãe permite o conhecimento da singularidade da criança e a superação de certas concepções, crenças e valores presentes no universo simbólico da sociedade contemporânea, que não favorecem o cuidado em saúde, tais como:

- (a) imediatismo das intervenções, que justifica a utilização de medicações “fortes”, potencialmente responsáveis por danos à saúde;
- (b) individualismo, competição entre os indivíduos e busca de sucesso, que conduzem à afirmação do poder do médico sobre o responsável, especialmente quando este último é proveniente de uma classe social não privilegiada, estabelecendo, desse modo, relações hierárquicas e monológicas;
- (c) materialismo, que favorece a visão reducionista, biologicista e fragmentada do indivíduo, isolando-o de seu contexto psicossocial;
- (d) produtividade, que promove a exiguidade do tempo de contato com o paciente e seu responsável nas consultas médicas, e que se torna justificativa do antiatendimento; e

(e) consumismo, que reforça a oferta do cuidado em saúde como se fosse uma mercadoria (ILLICH, 1975, p.100; LUZ, 2003, p.44-45), bem como a capacidade de possuir bens materiais como condição de superioridade social, desvalorizando a condição existencial do ser humano, especialmente para os indivíduos provenientes de uma comunidade pobre. Uma das mães relata mudança em relação às opções de lazer, que se tornam mais *saudáveis*, não mais vinculadas ao consumo de *fast food*: *“Adorava levar no McDonald’s. Parei porque entendi que a alimentação é importante para a saúde. [...] Agora o programa é praia, passeio e levo lanche de casa mais saudável: iogurte, biscoito.”* (CA). Observa-se que a mãe deixa de consumir o produto com forte apelo simbólico, porque foi capaz de se situar no contexto da cultura e no sistema de valores da sociedade em relação às suas escolhas para o cuidado em saúde do filho. Segundo a responsável, esta mudança ocorreu ao ter contato com a homeopatia.

7.4 Análise e síntese dos depoimentos dos médicos da ONG HAPS sobre a intervenção homeopática na comunidade do Morro dos Cabritos

Os sete profissionais entrevistados apresentam faixa etária de 49 a 59 anos (média de 53 anos), sendo três do gênero feminino e quatro do gênero masculino. Para preservar o anonimato das declarações, os entrevistados são citados no gênero neutro. Todos são médicos homeopatas unicistas, sendo cinco formados pelo Grupo de Estudos Homeopáticos James Tyler Kent (ou Escola Kentiana, e atual Instituto de Homeopatia James Tyler Kent – IHJTK), um pela Associação Paulista de Homeopatia e um pela Escuela Médica Homeopática Argentina. Dois profissionais haviam concluído anteriormente cursos de homeopatia da linha pluralista (Sociedade de Homeopatia do Estado do Rio de Janeiro e Instituto Hahnemanniano do Brasil – IHB). Todos concluíram sua (primeira ou única) especialização em homeopatia no período entre 1980 e 1992 (média de 26 anos de experiência como homeopatas). Além da formação homeopática, dois médicos são especialistas em clínica médica e cirurgia geral respectivamente. Quatro médicos trabalham no SUS atualmente: dois como homeopatas (desde 2001 e 2004 respectivamente), sendo um deles assistente de gestor desde 2006; um como médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) e um como cirurgião geral (ambos desde 2005). Quanto ao período de permanência no programa de atendimento às crianças do Morro dos Cabritos, três médicos permaneceram por três anos, dois por cerca de cinco anos, um por sete anos e o último por oito anos e meio. Um dos médicos entrevistados era o presidente da ONG HAPS e outro o coordenador do ambulatório, responsável pela avaliação do serviço.

- O processo de estruturação do serviço de homeopatia da ONG HAPS e a intervenção homeopática no Morro dos Cabritos

Os profissionais entrevistados falam da intervenção homeopática no Morro dos Cabritos como uma parte indissociável de um projeto maior e longamente elaborado de estruturação de um serviço de homeopatia, com metodologia e rotinas elaboradas coletivamente pela equipe de fundadores da ONG HAPS, visando à avaliação e demonstração de resultados da prática homeopática, e à ampliação do acesso à homeopatia para a população que não tem condições de frequentar os consultórios particulares.

- Expectativas e motivações iniciais para participar do projeto

Dentre as expectativas e motivações iniciais para participar do projeto de atenção homeopática à saúde das crianças do Morro dos Cabritos, são citadas como as mais importantes para os médicos:

- (a) a chance de superar o isolamento do consultório particular, trabalhando coletivamente em um serviço de homeopatia, estruturado em torno de metodologia construída pelo grupo, bem como de rotinas de atendimento, que permitiriam a avaliação dos resultados do serviço da ONG HAPS e da própria homeopatia, além da produção de indicadores, que mediriam a efetividade da prática homeopática e contribuiriam para tirar a homeopatia do “gueto”, ou seja, da invisibilidade acadêmica, a fim de estimular sua inserção mais ampla no serviço público: *“Até então era um trabalho de consultório, era a primeira experiência de trabalhar junto [...] num projeto coletivo, que incluía rotinas de atendimento, [...] um processo avaliativo no final [...]”*; *“nós homeopatas vivemos uma situação muito particular: [...] não temos um lugar de trabalho coletivo”*; *“A idéia de serviço, trabalhar em conjunto, é trocar informação, recolher informação e trabalhar a informação em benefício de todo mundo”*; *“[...] era uma oportunidade [...] de aperfeiçoamento nosso. A produção dos indicadores nos tiraria do gueto [...]”*; *“Vamos mostrar resultados, vamos tirar a homeopatia do gueto, vamos conversar com os ambientes acadêmicos, com as escolas”*;
- (b) a oportunidade de compreender e aperfeiçoar a prática homeopática dos profissionais por meio de discussões e análises criteriosas dos procedimentos, viabilizadas por uma liberdade de pensamento – da qual o grupo não desfrutava em sua instituição de origem –, e que permitiriam uma atuação médica menos subjetiva e/ou limitada, abrangendo a totalidade dos sintomas do caso: *“Expectativa da liberdade de atuar como homeopata, [...] liberdade de pensamento dentro da homeopatia... [...] liberdade da arte de observar [...]”*; *“[...] a*

gente tinha um plano de poder justamente registrar, através daquela criteriosidade analítica que se desenvolveu, como é que o sujeito pensou [...]. [Antes] havia uma educação quase dogmática... [...]. Era um pouco aprisionante”; “A gente começou a tentar entender, de uma maneira mais sistematizada, esse conhecimento”; “[...] era o que a gente queria quando fez aquele serviço, ou seja, entender melhor onde é que eu posso melhorar”;

- (c) a possibilidade de profissionalizar o trabalho homeopático por meio da demonstração criteriosa de sua efetividade, o que permitiria sua reprodução em outros ambientes profissionais: *“[...] a gente sabia [...] que funcionava, que era barato [...] do ponto de vista de saúde pública era um projeto viável, interessante [...] parar com essa coisa de voluntariado [...] trabalhar e ser remunerado por isso”; “se o nosso modelo se aperfeiçoasse o suficiente, ele poderia gerar uma exportação, uma replicação”; e*
- (d) a possibilidade de avaliar o impacto da intervenção homeopática na saúde das crianças da comunidade do Morro dos Cabritos, e de construir um serviço de referência na assistência homeopática em comunidades socioeconomicamente vulneráveis, o que representaria uma vertente específica de reprodução do método de trabalho da ONG HAPS em outros ambientes profissionais, especialmente no SUS: *“o projeto ONG veio atrelado à idéia de promover assistência na perspectiva de uma assistência pública, ‘[...] produzir resultados para se criar uma referência de assistência homeopática na comunidade’. [...] definir [...] o que nós produzimos de diferença”.*

- A relação médico-paciente na homeopatia

Dos depoimentos dos profissionais, emergem muitos consensos no grupo focal. O primeiro deles se refere à importância da relação médico-paciente e reflete:

- (a) a consciência dos homeopatas sobre o papel desta relação no processo terapêutico: *“a relação diferenciada, [...] de uma medicina mais humanizada [...] isso faz diferença [...]”;*
- (b) o quanto ela é bem constituída na prática homeopática, favorecendo o cuidado em saúde: *“a relação médico-paciente, [...] é algo totalmente diferente do que eles tiveram, porque uma relação daquela, eles não têm e não tiveram em nenhum outro espaço: uma consulta de uma hora [...]”; “a imagem que nós deixamos para eles continua muito forte: [...] acolhedora, humanizadora, [...] Uma imagem do cuidado [...]”;* e ainda,
- (c) corroborando o estudo de Balint (1988, p.1), o quanto o médico (por meio do acolhimento humanizado) funciona como um (bom) ‘remédio’ para o paciente: *“[Relação] de extrema confiança, [...] você está olhando para o sujeito, está vendo ele”.*

Neste contexto, percebe-se a confiança que as mães vivenciavam na relação com os médicos nos momentos em que elas também utilizavam o espaço de consulta dos filhos para desabafar a respeito de outros problemas de sua vida familiar: *“queixa do desemprego do esposo, do alcoolismo do esposo – como se houvesse uma catarse, [...] se utilizavam desse momento para falar um pouco mais daquilo que era difícil, além da doença do filho”*. Este fato também pode estar relacionado com a visão de Minayo (1997, p.37) de que, ao falar de doenças, a população se refere ao conjunto de situações infelizes de sua vida.

Os profissionais entrevistados consideram que a relação médico-paciente na homeopatia é mais importante para a adesão do responsável ao tratamento dos filhos, do que o próprio resultado terapêutico: *“O principal é a relação e o segundo, o resultado. [...]”; “[...] pelo fato de nós acolhermos o paciente de forma muito diferenciada. [...] Acho que isso repercute na relação, no fato da mãe levar, no fato da mãe escutar o que a gente diz para ela e, conseqüentemente, ser mais fiel ao tratamento [...] os aconselhamentos serem muito produtivos”*.

Nesta perspectiva, os aspectos mais importantes por eles apontados nesta relação são: “o cuidado”, “a co-responsabilização, o compromisso, a seriedade [dos profissionais]”, o acolhimento diferenciado, a atenção integral e a escuta ampla das queixas, que caracterizam a prática homeopática, e permitem lidar com o paciente como sujeito, e não como objeto, ou portador de doença. Esta postura é tão marcante na homeopatia, que se torna evidente até mesmo nas consultas de menor duração, realizadas no SUS.

“[...] trabalho no SUS desde 2001 [...] o tipo de atenção que a gente dá já marca uma diferença para a população, mesmo com muito menos tempo de atendimento. Talvez pelo fato da abrangência que a gente dá à escuta das queixas, não restringir de forma nenhuma o que vem de lá [do paciente]. [...] Eu me lembro de uma situação [no SUS], [...] em que eu estava me sentindo culpado pelo atendimento do cara, e o cara me agradecendo o atendimento que eu estava dando para ele! No mesmo momento! [...] o cara me dizendo: ‘Eu nunca fui consultado assim!’ Aí você pensa: ‘Como é que te atenderam até hoje’, cara?!”

“[Havia] O compromisso de um médico atendendo as pessoas. Ninguém aqui era um funcionário público, que estava no seu horário de trabalho, de saco cheio de trabalhar! Todas as pessoas iam lá, porque era o seu dia de trabalho. Iam lá fazer aquilo que elas queriam fazer, e de graça! Eu acho que isso tem uma diferença na maneira de se relacionar com o objeto do cuidado, que é muito grande.”

À semelhança do que disseram as mães entrevistadas, os homeopatas afirmam que também se sentem muito à vontade e até *valorizados* na relação com esta população em desvantagem socioeconômica: *“Experiência confirmou uma identidade que eu tenho com esse tipo de trabalho em comunidade [...] Eu me sinto à vontade, eu gosto desse trabalho”*; *“as pessoas te tratavam num nível de relacionamento de parceria muito interessante! Eu valorizava muito isso”*. A relação sujeito-sujeito que se estabelece possibilita o surgimento de uma sólida parceria entre o médico e o

paciente/ responsável, que é bem recebida por ambas as partes: os médicos ficam satisfeitos e as responsáveis expressam sua gratidão: *“Eu gostei. [...] foi um período [...] em que eu pude sentir a gratidão das mães e isso, para mim, foi bastante recompensador”*. Neste grupo, não se observou a desmotivação habitualmente referida pelos médicos da biomedicina, e apontada por Luz (1998, p.19), em relação ao atendimento primário, no qual as doenças parecem sempre as mesmas e os pacientes sempre os mesmos devido à sua origem social. Ademais, os relatos que os homeopatas ouvem dos familiares, ao longo do acompanhamento das crianças, sobre os resultados positivos do tratamento, contribuem para que um dos médicos sedimente suas convicções em relação ao alcance dos resultados da prática homeopática, a qual costuma ser preconceituosamente combatida nos meios acadêmicos, institucionais e políticos, ficando, por isso, restrita aos “brancos da classe média” que frequentam o consultório particular, face às dificuldades de inseri-la no serviço público.

“Uma vez eu fui fazer uma avaliação com os pais, aí, o pronunciamento do pai foi o seguinte: ‘Eu sempre ouvi dizer que a homeopatia era uma coisa lenta. Meu filho começou a se tratar, na semana seguinte, ele estava muito melhor!’. Se eu achava isso pelas minhas experiências, escutar isso [do pai] foi muito bom! Significou que eu não estava alucinando!... Que era uma pessoa que tinha uma necessidade objetiva ali, e conta a história de uma criança, que vivia no pronto-socorro. Isso faz muita diferença na vida. Eu não tenho a menor dúvida de que isso é realmente uma coisa radical, uma experiência que muda, que não pode ficar restrita aos brancos da classe média! [...] e acho que isso foi muito importante, embora eu tivesse a convicção, quando você escuta isso na lata!...”

O grupo enfatiza a *vocação da homeopatia para a Atenção Básica* e dois médicos, que trabalham no SUS atualmente, afirmam que a homeopatia seria um importante instrumento para melhorar a qualidade do atendimento prestado no serviço público e viabilizar o próprio sistema, por meio do atendimento necessariamente humanizado – inerente à racionalidade médica homeopática – e da redução tanto do número de internações, quanto de encaminhamentos a outros especialistas. *“Se o atendimento primário fosse feito com homeopatia, isso seria um salto [de qualidade] absurdo na saúde!”*. Cabe salientar que estes mesmos aspectos foram apontados no grupo focal das mães e avós como resultados concretos da atenção homeopática à saúde das crianças no Morro dos Cabritos.

“Modifica o fluxo: primeiro, como o paciente entra no sistema, porque ele vai entrar de uma forma humanizada, e, hoje em dia, ele entra de uma forma violenta: com briga, com imposição, com mandato judicial [...]. Segundo, que ele [paciente] vai sair logo, [...] adoecendo menos, ele não vai ser encaminhado para [outros especialistas], ele vai ser internado menos, ele vai reproduzir isso lá fora. [...] o SUS que está no papel, na prática, está outra coisa completamente diferente. E eu vejo a homeopatia como um instrumento para viabilizar o SUS [...]: a homeopatia traz intrinsecamente a questão da humanização, [...] que é totalmente carente no SUS. O doente entra no SUS, ele é um número e uma produtividade [...]”.

Para esta população do Morro dos Cabritos, que pouco frequentava o posto de saúde e, em geral, restringia a atenção à saúde dos filhos aos atendimentos realizados por diferentes

profissionais nos serviços de emergência dos hospitais municipais, percebe-se que, além do forte vínculo que se estabelece entre o responsável e o homeopata, este último é o único médico que acompanha, conhece e cuida da saúde da criança, ou seja, ele é ‘o’ médico de referência em todas as situações: “[...] nós sermos a referência médica, eu também senti. Era onde havia o vínculo, onde havia espaço para a continuidade [...]”. Este é um aspecto que se diferencia muito da prática privada dos homeopatas, na qual os pacientes também são acompanhados por vários outros especialistas e profissionais de saúde, o que dilui a opinião/ atuação do homeopata sobre a situação de saúde da criança e, de certo modo, deixa o paciente de classe social privilegiada em uma posição relativamente mais ‘desamparada’ no que concerne ao *cuidado* em saúde.

“Uma boa parte [...] dos meus pacientes, eu era ‘o’ médico de referência daquelas crianças, porque as crianças efetivamente não tinham outro médico [...]. As crianças que eu atendo no consultório têm pediatra, têm fono, têm psicólogo [...]. A minha opinião, o meu conduzir, é mais um [...]. Lá [na ONG] a minha opinião, se ela fosse válida ou não, ela que prevalecia.”

“[...] eu peguei muitos que iam muito mais ao pronto-socorro. Aí não têm médico mesmo, cada vez é um diferente. Aí, quando você era o médico, o cara botava você num lugar de parceria... havia um nível de adesão, de compromisso, que é muito diferenciado, que não tem no consultório particular mesmo, onde você é mais um numa plêiade de ‘n’ especialistas. Quanto mais rico, pior [...]. Quanto mais poderoso, mais desamparado está. E ali [na ONG] o cara não tem ninguém, e você se oferecia para ser.”

- Motivação para o abandono ou a adesão das famílias ao tratamento

Os médicos ressaltam o segundo consenso do grupo, ao enfatizarem o compromisso dos familiares com o acompanhamento das crianças, seu alto grau de adesão ao tratamento – “*um nível de adesão altíssimo para atendimento público*” –, e a confiança que manifestavam no serviço da ONG HAPS: “*as mães traziam o filho em quadro agudo [...] isso para mim era uma demonstração clara de que se construiu uma relação de confiança.*”; “*a disponibilidade do paciente das comunidades mais carentes é muito maior. [...] o empenho que essas mães tiveram na observação, nos retornos, no processo terapêutico, foi muito importante [...]*”.

De acordo com os relatos sobre a avaliação do atendimento às crianças, realizada nos primeiros anos de atendimento, o maior índice de abandono do tratamento se dava no início, especialmente após a primeira consulta, e a melhora da saúde das crianças se tornava mais evidente em torno de seis meses de tratamento. Aquelas famílias que continuavam o tratamento após as primeiras consultas, costumavam aderir ao programa de atendimento por muito tempo, e as que desistiam, abandonavam precocemente.

Muitas hipóteses são levantadas pelo grupo para explicar este alto índice de abandono precoce do tratamento, mas um estudo mais aprofundado sobre este tema não chegou a ser realizado, diante da dificuldade de acessar as famílias que desistiam do acompanhamento. O

afastamento progressivo dos próprios médicos é aventado como possível explicação em alguns casos, pela quebra do vínculo estabelecido, mas não explicaria o alto índice de abandono após a primeira consulta. Este, segundo os entrevistados, provavelmente está associado a algum tipo de decepção ou desagrado do responsável na primeira consulta – *“Acho que era porque não gostou. Mas porque ele não gostou, o que ele esperava, não tenho idéia”* –, ou ainda com a dificuldade do familiar se comprometer com o acompanhamento, o qual requeria certa assiduidade, e não se restringia aos momentos de adoecimento da criança. Outros possíveis motivos colocados pelos médicos para o abandono precoce do tratamento são: o desagrado daqueles responsáveis que talvez não gostassem de falar muito, ou de ser questionados; a ausência de melhora face à expectativa de prazo da família para que ela ocorresse – *“Tinha aquelas pessoas que não melhoravam, e a pessoa não voltava. [...] foi na tentativa [da homeopatia], achava que uma consulta só era suficiente para produzir o que ela esperava”*; e a rápida resolução do problema de saúde de algumas crianças, que dispensaria a continuação do tratamento – *“Não ia voltar lá para dizer que estava bem”*. Outro motivo de abandono, que não foi citado pelo grupo entrevistado, mas consta do artigo de Fonseca e outros (2004, s.p.), “Avaliação dos resultados do tratamento homeopático de crianças da comunidade do Morro dos Cabritos – RJ”, é a mudança de domicílio para outro bairro, ou cidade.

Nenhum dos médicos do grupo focal apontou o fato relatado pelas mães entrevistadas sobre o choque cultural provocado nas famílias diante da profundidade da investigação do homeopata. Este fato só foi percebido, porque várias mães que participaram dos dois grupos focais, e que se mostraram altamente satisfeitas com o tratamento homeopático dos filhos, se manifestaram de forma muito sincera sobre esse assunto. Segundo Boltanski (1984, p.39-40), o médico é visto pelos pacientes como representante de um universo estranho, que por possuir conhecimentos, meios materiais e direitos que lhe conferem extensos poderes, tem a possibilidade ou a vontade de manipular. Para esta população tão frequentemente *desrespeitada* no seu cotidiano, inclusive nos serviços públicos de saúde, a ampla investigação do homeopata, ainda que seja feita de forma humana e acolhedora, pode ser recebida por algumas pessoas com grande estranheza, desconfiança e desagrado no primeiro momento. E os homeopatas, tão confiantes na qualidade da relação que sabem construir com o paciente/ responsável, não se imaginam em um papel invasivo ou ofensivo neste contexto. Aqui, cabe a observação de Balint (1988, p.122) sobre a necessidade de se adequar a dose, quando a droga ‘médico’ for administrada: alguns pacientes podem não tolerar uma dose muito concentrada – ainda que ela seja aviada na forma de atenção, interesse e respeito.

- Observação pouco aprofundada das crianças pelos familiares e as difíceis condições de vida

Um outro consenso do grupo focal dos homeopatas se refere à observação pouco

aprofundada que a maioria dos responsáveis manifesta em relação à forma de adoecer e de se comportar da criança, especialmente no início do tratamento: *“Você quer saber coisas, que os caras são pouco observadores, são pragmáticos demais [...] você faz pergunta [...] e não tem descrição nenhuma. É pouco cuidado, pouca atenção consigo, pouca observação”*. Isto é justificado pelos profissionais pelas difíceis condições de vida, que impõem constantes pressões ao cotidiano dessa população, e também porque esses indivíduos não são estimulados, nem educados neste sentido, o que dificulta a observação de detalhes não só das crianças, mas também de si mesmos: *“A pessoa é muito pouco voltada para si, vive imersa numa montoeira de questões e elabora pouco. Acho que vive premida pelas [condições de vida]”; “Não têm tempo para isso, a vida não passa por aí...”; “Não têm essa educação, não são estimulados para isso”*. Este aspecto tendia a se modificar ao longo do tratamento, quando as mães pareciam vivenciar um processo de aprendizado sobre o que era importante do ponto de vista da homeopatia, que possibilitava a observação mais detalhada de cada filho.

As difíceis condições de vida da população requerem um raciocínio diferenciado por parte dos homeopatas, a fim de apreender a individualidade da criança imersa nesse contexto tão distante da realidade profissional do consultório particular.

“Falar das dificuldades [da experiência]: as condições socioeconômicas desfavoráveis às vezes geravam um questionamento quanto a considerar um dado como sintoma ou não [...], [por exemplo:] como valorizar o medo em uma criança de uma comunidade propensa a tiroteio? Como vou achar que isso é homeopático ou não? Essa condição social me deixava em dúvida. [...] Precisava fazer um raciocínio um pouco diferenciado [...] para a tomada de sintomas.”

“O primeiro aspecto, que para mim foi muito importante, foi justamente a convivência com uma outra realidade. A minha realidade de prática homeopática era com os brancos-classe média, que frequentavam o consultório privado, e ali, começo a encontrar um público completamente diferente, que produzia algumas questões [...], tendo que aplicar novos raciocínios, fazer outras elaborações lógicas [...] sobre o que era sintomático, o que não era sintomático. Foi muito rico, tanto do ponto de vista da aplicação da homeopatia em si, quanto da elaboração da minha prática, o quanto isso impactou no que eu mesmo já fazia.”

- Fidelidade e objetividade na expressão dos sintomas

Os profissionais consideram que, se por um lado, a observação dos familiares sobre a criança é pouco aprofundada, por outro lado, esta população apresenta uma visão de mundo mais simples, mais objetiva, que é menos influenciada pela visão científica ou psicológica, o que garante maior fidelidade às informações sobre os sintomas do paciente, “ao contrário dos brancos-classe A, que são totalmente contaminados pelo discurso científico...” “...e psicológico”: *“O conceito de sensação dessa população é muito simples e claro, objetivo. Quando ela descreve uma dor, ela é precisa e fiel ao que ela sente, ela não elabora nada [...] essa população específica, ela*

é muito fiel à linguagem orgânica”; “Pela natureza da classe social e do nível de educação [...] o sintoma é mais autêntico, mais fiel...”.

Este fato conduziu à *simplificação* da prática homeopática neste grupo, o que não é visto pelos médicos da ONG HAPS como algo de valor menor: “[...] eu acho que é a simplificação da prática. [...] a homeopatia é muito simples. É só a gente saber olhar como ela quer que a gente olhe, e aí fica muito simples, fica clara, objetiva [...]”. Ao contrário, a fidelidade quanto à forma de perceber e expressar os sintomas é muito valorizada pelos profissionais entrevistados, e por eles percebida como uma importante *contribuição* da clientela para o seu próprio *aprimoramento profissional*, pois o relato fiel do sintoma facilita a observação/ percepção da unidade e totalidade do caso:

“Se prestar atenção naquela fidelidade ali [de expressão do sintoma], e começar a associar aquilo com outras coisas, fica talvez até mais fácil. [...] quando você observa essa população [...] que fala muito claramente o que sente, na verdade, o que a gente está pesquisando, [...] é a percepção da realidade daquela pessoa [...]. E isso vai influenciar diretamente na estruturação da doença que ela tem.”

“Acho que eu simplifiquei um pouco a prática. Mais objetivo na resolução do caso. Menos fosforilação e mais observação do caso. O que vinha de lá [do paciente/ responsável] era mais objetivo também, menos fosforilado, menos elaborado. Então me deu essa possibilidade de olhar de outro jeito.”

“Eu acho que aprimorar a arte da observação leva necessariamente a uma resolução melhor. [...] Passei a ter um olhar talvez mais amplo, mais profundo do que eu tinha antes, na questão da observação, e isso me permitiu ser mais objetivo, ter mais eficácia ou eficiência na resolução.”

“A realidade das crianças da comunidade era muito diferente das crianças que eu atendia no consultório. Não só [...] no sentido de que era ‘parco’ o material (os sintomas, os relatos), mas, por outro lado, era riquíssimo em novidade, [...] me obrigou a pensar de maneira diferente do que eu estava habituado a fazer. [...] Acho que [mudou minha prática] totalmente [...]. Acrescentou uma realidade, informações que levaram a pensar melhor [...]”.

- Comunicação e linguagem

Além dessa fidelidade na percepção e expressão dos sintomas, a questão da comunicação e da linguagem do paciente de classe social desfavorecida não parece oferecer dificuldades para os médicos entrevistados. Na medida em que o homeopata trabalha com a individualidade do paciente, inserida em um determinado contexto, qualquer tipo de linguagem ou de visão de mundo poderá ser entendida de forma integral e, além disso, contribuirá para o aprimoramento profissional, pelo fato do homeopata entrar em contato com realidades não habituais à sua prática.

“Uma coisa que eu discordo é da gente ter duas classes de discurso: [...] o discurso classe A e o discurso C ou D’. Tem o discurso do paciente, o discurso humano. [...] Se o paciente se manifesta de uma forma ilustrada, e ele está contagiado pelo discurso científico ou o discurso psicológico, eu vou ter que decifrar isso tanto quanto alguém que tem um discurso não ilustrado, e que traz, por exemplo, a compreensão de uma doença como uma coisa espiritual. [...] não existem dois tipos de discursos, não.”

“Consegui desenvolver [...] também a comunicação. [...] quanto mais a gente faz, se a gente tem uma prática reflexiva, a gente melhora a comunicação. Para esse tipo de paciente e para aquele outro, o que é eficiente, o que faz a gente conseguir otimizar essa consulta, e capturar o que é de fato importante. [...] para prática [...], para ficar mais apta.”

- Resultados terapêuticos observados

Para a maioria dos homeopatas entrevistados, os resultados terapêuticos observados nas crianças da comunidade do Morro dos Cabritos são semelhantes àqueles que ocorrem com as crianças atendidas no consultório particular. Somente um dos médicos afirma que os resultados observados naquele grupo são muito superiores àqueles das crianças na sua clínica privada. O profissional afirma que estes resultados superiores que observou eram rapidamente obtidos, desde a primeira dose do remédio prescrito, apesar de suas prescrições se basearem em sintomas “simples” – em virtude da observação sumária das mães – e dele investir menor tempo em investigação. Para este médico, “os pobres respondem melhor!”: *“Os efeitos que eu vi acontecerem nas crianças da comunidade, eu vi muito menos no meu consultório. Eu vi efeitos incríveis, resultados ótimos, pessoas que melhoraram muitíssimo! [...] Acho que têm uma resposta diferenciada [...]”*.

Embora para os outros médicos do grupo focal os resultados clínicos sejam “iguais” aos observados no consultório particular, algumas explicações sobre este aspecto são colocadas pelo grupo. Aponta-se inicialmente a já mencionada relação médico-paciente, que estabelece um vínculo muito forte e importante, propiciando maior adesão ao tratamento. Outro médico percebe que o fator mais importante não seria a classe socioeconômica, mas a faixa etária: as crianças teriam uma vitalidade diferenciada, que conduziria a resultados mais rápidos ou melhores que os adultos: *“criança, em geral, responde melhor. Não acho que seja [...] o perfil do paciente dessa comunidade ou do consultório”*.

Ainda que o homeopata discordante reconheça a contribuição positiva desses elementos no processo terapêutico, sua impressão é de que os bons resultados clínicos observados precocemente nas crianças da comunidade, desde a primeira prescrição, se explicam pela vitalidade diferenciada, mas não apenas por serem crianças. Na sua visão, as próprias famílias, cujos indivíduos, há várias gerações, consomem poucos remédios e ‘se curam por si mesmos’ – tornando-se assim ‘sobreviventes’ das doenças naturais – apresentam a vitalidade menos comprometida, isto é, menos agredida pelos medicamentos convencionais, o que possibilita que suas doenças sejam mais simples, e que seus recursos naturais estejam ‘mais vivos’: *“são gerações de pessoas que não tomaram remédios – os pais, os avós – [...] que se curam naturalmente, que não foram curadas porque tomavam remédios, [...] a doença natural foi eliminando, e esses são sobreviventes. [...] dá um medicamento, e a pessoa tem uma resposta miraculosa”*. Para este profissional, esta seria a

diferença da clientela particular, cujas famílias consomem muito mais remédios, há várias gerações, promovendo, desse modo, um processo de complexificação e introjeção do adoecimento, que retardaria ou limitaria a ação promovida pelo medicamento homeopático neste último grupo: “[pessoas da comunidade] têm acesso hoje aos remédio com facilidade, mas isso há coisa de dez anos, no máximo quinze. Não é uma coisa de gerações”.

- Como era feita a prescrição homeopática e utilização de outros recursos terapêuticos

Os médicos entrevistados habitualmente faziam a prescrição homeopática de acordo com as rotinas do serviço (remédio único, em dose única) e costumavam recomendar chás de vários tipos, xaropes caseiros (que algumas mães aprenderam a fazer em oficinas na ONG), fitoterápicos e medidas nutricionais/ dietas para os pacientes. Diante de alguns casos que poderiam agudizar fora do horário de funcionamento do serviço (como uma asma), e de mães comprometidas com o tratamento, os profissionais deixavam uma dose “SOS” com as responsáveis para que elas administrassem em momento de crise, ou piora do quadro de saúde. Este procedimento não era frequente para os participantes do grupo focal, e alguns avaliam que, em geral, não funcionava muito bem, porque a criança acabava tomando o remédio antes do momento adequado. Vale lembrar que as mães entrevistadas enfatizaram que o remédio guardado em casa é um importante fator tranquilizador e fortalecedor de autonomia para o cuidado em saúde.

- Aspectos positivos da experiência

O grupo destaca como pontos positivos da experiência os bons resultados clínicos e a gratidão demonstrada pelos familiares: “De maneira geral, de positivo, foram os resultados, [...] eles são bons. É sempre gratificante tratar e ver os resultados”; “O atendimento em si, observar que era uma atividade médica que tinha um resultado positivo [...]. não consigo ver nada negativo, não. No trabalho em si, não”.

Se para a maioria do grupo o efeito terapêutico medicamentoso nas crianças do Morro dos Cabritos é semelhante àquele observado na clínica homeopática privada, os efeitos terapêuticos não medicamentosos ultrapassam amplamente o que se observa no consultório particular para todos os entrevistados. Nesta perspectiva, também são apontados como resultados positivos da intervenção homeopática no Morro dos Cabritos:

- a) o grande *impacto social* da intervenção, que não pode ser observado na prática privada, mas se torna evidente no trabalho com a população socioeconomicamente vulnerável: “São as implicações sociais”, “a gente foi fazer assistência médica e descobriu outra coisa!”, porque a intervenção médica, voltada para esta população, tem impacto nos meios de

subsistência da família, na medida em que a melhora da saúde da criança permite, entre outros fatores, que os responsáveis tenham a vida profissional mais estabilizada: “[...] *não é que o resultado [clínico] seja melhor, mas é como se o benefício fosse além daquele que a gente vê no consultório, porque vai para a questão da própria manutenção da família, do próprio sustento da família*”. Este fato também foi apontado pelas mães entrevistadas. Para alguns médicos, esses efeitos só foram percebidos porque ocorreram na prática coletiva do serviço: “*Foi muito importante eu conseguir ver isso, que não poderia ter visto se não fosse lá, e se não fosse coletivamente, porque não foi na minha clínica, foi na clínica dele. Pude perceber a extensão do resultado dentro da perspectiva de um trabalho coletivo*”.

“Me lembro especificamente de dois casos: um, que a mãe parou de perder o emprego [...] ela tinha que descer com a criança de madrugada e ir para o hospital, [...] ficava o dia inteiro, e ela não conseguia parar em emprego nenhum. Ela estava muito feliz [...] até aumentou o salário dela, porque ela deixou de faltar no emprego. [...] Um outro pai também teve essa situação trabalhista mais estabilizada. Esse impacto social, para mim, foi uma coisa muito legal.”

“[...] a mãe estava na iminência de perder o emprego, porque a mãe faltava, faltava, faltava, e quando a criança começa a melhorar, ela é promovida. Eu acho isso uma coisa muito, muito, muito importante. Não acho pouco, não, acho muitíssimo importante como efeito! [...]. Jamais poderia ver isso na minha prática privada.”

b) a constatação de que os *conceitos homeopáticos* de saúde, doença, cura, vitalidade, cuidado integral, unidade, totalidade, etc.:

- são mais próximos da cultura das classes populares e, por isso, facilmente compreendidos e apropriados pelos indivíduos das famílias atendidas,
- facilitam a comunicação entre o homeopata e esses indivíduos, e

“Os conceitos da homeopatia facilitam o diálogo. É absolutamente imediato que as pessoas entendam [...] o conceito de unidade, de totalidade. [...] o conceito homeopático de doença e de cura. Talvez a população mais carente tenha menos elaboração [e menos influência da psicologia]... isso facilita ainda mais, [...] é como se você estivesse falando o óbvio.”

- constituem importantes instrumentos de Educação Popular em Saúde. Os médicos justificam esta percepção pelo fato de que os conceitos homeopáticos são muito próximos dos conceitos da medicina popular, do senso comum e da lógica da vitalidade como observação e expressão da vida – “*tem uma coerência entre o que a gente entende [...] com a homeopatia e o que a população entende como doença*”; “*isso faz sentido para as pessoas.*” –, ao contrário da “construção científica” da biomedicina, que se distancia do saber popular e da vivência cotidiana, e dificulta a compreensão desses conceitos para esses indivíduos – uma linha de raciocínio corroborada por Minayo (1988, p.370), que afirma que as classes populares possuem uma visão de mundo mais abrangente em relação a saúde e doença, que se distancia da visão biomédica.

“a gente trabalhava a metodologia da educação em cima de um caso clínico, [...] que eram as coisas que eles viviam [...]. Todos os elementos da homeopatia contribuíam para o processo educativo. [...] a homeopatia abarca esse conceito ampliado de saúde [...]. Se eu queria pensar o aspecto do entendimento do processo adoecedor e dos fatores desencadeantes, e da susceptibilidade individual, eu estava na homeopatia.”

“[...] é diferente da construção científica, onde se vai buscar teorias, onde se trabalha com as hipóteses que são vigentes, que estão sempre em mutação, e que são completamente alheias ao senso comum, que é uma coisa rejeitada na ciência, é tudo de ruim. E para a gente, isso não é nada de ruim. De um certo modo, a gente se alimenta disso: do entendimento, da lógica comum. Eu acho que isso faz toda a diferença da aceitação.”

c) a percepção de que o cuidado homeopático estimula o efeito de autonomia no paciente/responsável, permitindo que este se valorize e se observe mais, promovendo a multiplicação do cuidado (de si e do outro), e diminuindo a dependência em relação ao profissional e ao sistema de saúde. De fato, este aspecto foi claramente colocado pelas mães entrevistadas – não apenas em relação ao cuidado dos filhos, mas em relação a si mesmas – e se opõe à iatrogênese social promovida pelo impacto social da medicina (ILLICH, 1975, p.43) e apontada na seção 5.1.

“Tem um aspecto [...] que é o efeito da autonomia que você dá ao paciente. O cuidado faz com que o cara se entenda melhor, que se cuide melhor, que se valorize mais, que se escute mais. [...] é um elemento multiplicador de autocuidado, e [...] quanto mais pratica, melhor fica. [...] é justamente o contrário do sistema. O sistema é que o cara é um ‘paraplégico’ que precisa ser ‘atendido’ [...]”.

Outros aspectos positivos da experiência, que não estão diretamente relacionados ao contato com as crianças e famílias da comunidade, mas se referem à organização do serviço da ONG HAPS, são:

- (a) a vivência do *trabalho coletivo* no serviço da ONG HAPS (desde a elaboração da metodologia de trabalho, até a implementação do atendimento) e a oportunidade de aprimorar a prática profissional neste ambiente, por meio da discussão com os pares;
- (b) a *solidariedade* – dos médicos, voluntários, farmácias parceiras do projeto e apoiadores da ONG HAPS – como fator fundamental para a realização do trabalho, diante da crônica escassez de recursos financeiros, viabilizando a implementação de um serviço coletivamente construído. Cabe ressaltar que os homeopatas tinham a expectativa de profissionalizar o trabalho e que a solidariedade representada por seu trabalho voluntário foi um aspecto circunstancial não planejado, ocasionado pela dificuldade de levantar recursos financeiros para a manutenção do projeto;
- (c) o espaço físico da ONG HAPS e os recursos materiais disponíveis; e
- (d) os recursos humanos: médicos homeopatas, atendente, equipe de psicólogos e voluntários que apoiavam a parte administrativa e financeira do serviço.

- Recursos que mais fizeram falta para a realização do trabalho e razões para o término do projeto

Segundo os médicos entrevistados, a grande escassez de recursos financeiros para sustentar o projeto, desde seu início, foi o principal motivo para a saída progressiva dos médicos da ONG e para a interrupção do atendimento às crianças do Morro dos Cabritos: *“O grande limitador do trabalho foi esse: não poder remunerar o tempo de trabalho [...]”*.

Cada um dos fundadores da ONG HAPS contribuiu financeiramente para a reforma e instalação da sede em Copacabana. Como foi colocado acima, o grupo tinha uma expectativa de retorno financeiro com o desdobramento do projeto, que não se concretizou. Apesar do prejuízo financeiro, os homeopatas entrevistados não expressam qualquer arrependimento pelo investimento no projeto. Ao contrário, todos destacam a riqueza da experiência, e o quanto ela contribuiu para seu crescimento profissional e pessoal: *“não tenho o menor arrependimento de ter me envolvido. [...] na minha vida, foi o grupo que mais [...] fez uma diferença para mim. Na minha construção pessoal, tudo. Foi muito bom.”*; *“[...] um trabalho que tanto marcou nossas vidas.”*; *“Senti-me entre amigos e também entre mestres que moldaram parte da minha trajetória profissional.”*; *“Ouvi-los ampliou minhas certezas de que aquela experiência, [...] constituiu-se, definitivamente, num grande investimento pessoal e profissional para todos nós”*. Dentre as motivações para a permanência dos médicos no projeto, o grupo aponta ironicamente: *“Loucura!”*, *“Ideologia”*, *“Paixão”*, *“Paixão alucinada!”*, *“Altruísmo”* e *“Delírio coletivo!”*, justificando a longa dedicação diante de tantas limitações, dentre elas as financeiras.

“[...] nós fomos algo que o termo ‘ousados delirantes’ pode resumir, [...] significa ‘sonhadores lúcidos’, bem ao estilo ‘científico’ de vislumbrar algo e procurar reunir forças e condições para demonstrar concretamente essa possibilidade. [...] não tem como não sair modificado de uma experiência como a que tivemos.”

- Isolamento institucional da ONG HAPS

Outro consenso do grupo focal refere-se ao isolamento institucional da ONG HAPS na realização do projeto no Morro dos Cabritos, e à dificuldade de estabelecer parcerias neste contexto. Embora o grupo percebesse a necessidade de uma atuação multidisciplinar para o cuidado em saúde das crianças, e buscasse parcerias com este objetivo, isto só parecia factível se os outros profissionais passassem a trabalhar dentro da própria ONG, como foi o caso da equipe de psicólogos, que se juntou ao projeto a partir de 2005. Todas as tentativas de parceria com o posto de saúde da área, ou com outras ONGs que atuavam na comunidade, não se concretizaram, o que remete ao bloqueio ou obstáculo epistemológico apontado por Luz (1988, p.142), que conduz à *“recusa pura e simples de aceitar (e às vezes até de examinar) um saber que se pauta por uma lógica diferente da do saber oficial”*: *“A gente chegou a tentar alguma coisa [parceria] lá no posto*

de saúde [...] para tentar conversar com as pessoas a respeito de exames, se a gente podia pedir exames lá. [...] Não resultou em nada”.

Este isolamento institucional, que dificultava a solicitação de exames complementares, bem como a atuação multidisciplinar almejada pelo serviço, conduziu a dois tipos de situações:

- (a) a oportunidade de aprimoramento da prática homeopática, diante da necessidade de basear as condutas diagnósticas e terapêuticas exclusivamente no exame clínico (anamnese e exame físico) da criança. Os médicos entrevistados afirmam que “raramente” ou “muito raramente” solicitavam exames complementares:

“[...] a gente não podia pedir um raio-X, não podia pedir um hemograma, não podia pedir coisas básicas que nos auxiliavam em relação à interpretação de um sintoma. Então, eu acho que o fato da gente trabalhar exclusivamente com o exame clínico do paciente, tendo que definir uma conduta, uma prescrição, eu acho que isso ajudou muito a gente em termos de acurácia, tanto na prescrição, quanto no exame clínico do paciente.”

- (b) e o já mencionado papel do homeopata como ‘o’ médico de referência da criança em todas as situações. Observa-se que esta responsabilidade não parece incomodar o profissional, que tende a encarar esta situação como uma boa oportunidade para demonstrar os resultados positivos da homeopatia, o que está de acordo com a proposta política da intervenção:

“[Ser o médico de referência] era muito importante, porque você incorpora uma responsabilidade, é uma coisa nova, diferente, de lidar com isso. Então, quando essa responsabilidade está associada à prática homeopática, eu queria ter o melhor desempenho possível, para consubstanciar a homeopatia com sucesso, com bem-estar, com saúde. Eu tinha essa preocupação.”

Nos dois casos, o que poderia ser uma dificuldade profissional desmotivadora, torna-se uma oportunidade de aprimoramento profissional dos médicos, ou de fortalecimento da própria homeopatia, respectivamente.

Os médicos avaliam que até mesmo a parceria com as creches da comunidade, que encaminhavam as crianças para o atendimento na ONG HAPS, mostrou-se frágil, uma vez que o projeto não se dirigia às necessidades das creches e sim àquelas das famílias da comunidade: *“As vezes em que eu chamei, busquei construir relações, era sempre muito difícil, era muito fugaz a relação. [...] nós instituímos o trabalho: de maneira muito precária. [...], que não gerou um compromisso. [...]*

Embora o grupo entrevistado considere que o critério de encaminhamento das crianças para tratamento na ONG HAPS tenha sido pertinente³⁵, supõe-se que as creches selecionassem as crianças cujas famílias poderiam se comprometer com a assiduidade do tratamento, nem sempre se atendo exclusivamente à necessidade de cuidado em saúde da criança.

³⁵ (Ver seção 2.3).

Apesar dos bons resultados observados pelas crecheiras³⁶ na saúde das crianças encaminhadas à ONG HAPS – *“Elas falavam que as crianças estavam muito melhores, que [...] estavam faltando menos”* –, a ausência de um relacionamento institucional mais profundo dificultou a avaliação dos resultados neste ambiente e o estabelecimento de uma parceria mais produtiva com a ONG HAPS: *“crecheiras, [...] gostavam muito. Agora, as coordenadoras da creche em si, que era a diretoria, era completamente alienada...”; “[...] a gente perguntava às creches, [...] se eles [pacientes] passaram a faltar menos, e eles não tinham dados de quanto faltavam antes, não têm esse registro. [...] eu preciso ter dados para poder avaliar, senão fica na impressão [...]”; “[...] faltou a gente estar em comunicação, [...] avaliando com eles [...]. A gente ofereceu um serviço, [...] mas eles não tiveram retorno, nem valorizaram o que a gente ofereceu”.*

- Frequência de encaminhamento de crianças/ responsáveis para psicoterapia e resultados observados nestes casos

Quanto ao trabalho em conjunto com os psicólogos, na visão dos homeopatas entrevistados, os pacientes e responsáveis encaminhados por eles apresentaram bons resultados, e a parceria até contribuiu para o entendimento do médico sobre a individualidade da criança, auxiliando na prescrição homeopática. Os médicos da ONG HAPS se sentiam ‘confortáveis’ com o auxílio dos psicólogos nas situações de conflito familiar e/ ou comunitário: *“Com certeza os resultados foram positivos”; “ter outro profissional acompanhando, me dava uma sensação de conforto - talvez por estar dividindo a responsabilidade”.* No entanto, poucas famílias tiveram acesso a este serviço, que só foi oferecido nos três últimos anos do projeto. Além disso, o pouco tempo que os médicos dispunham para se dedicar às atividades da organização nesta etapa do trabalho (pelo caráter voluntário das ações e pelo número progressivamente menor de médicos dedicados à ONG) dificultou o aprofundamento do trabalho em equipe com esses profissionais.

- Tipo de informações e orientações passadas ou solicitadas nas consultas

Quanto às informações e/ ou orientações mais frequentemente passadas e/ ou solicitadas nas consultas, os médicos destacam:

- (a) a febre (o que ela representa, como proceder), como um tema bastante comum para todas as famílias, na medida em que é um sintoma que assusta todas as responsáveis;
- (b) o que deve ser observado na criança e por que: *“esse trabalho de educação: [...] ‘porque a homeopatia trabalha com a individualidade, a gente vai buscar o remédio que tenha a ver,*

³⁶ Aquelas que cuidam diretamente da criança.

que seja semelhante em ação ao que você apresenta’.”;

- (c) a importância de anotar as observações atuais e as informações que faltaram na consulta anterior (incluindo situações do passado), para relatá-las na consulta subsequente, a fim de aprimorar progressivamente as informações colhidas e o entendimento sobre a criança;
- (d) recomendações para evitar o uso de outras substâncias, especialmente aquelas que fazem o sintoma desaparecer, explicando esta e outras situações práticas segundo a lógica homeopática: *“Evitar supressão: ‘se parar de ter asma e aparecer uma coceira, não usa nada na coceira’.”;*
- (e) orientações sobre como proceder em situações de adoecimento nas quais o médico responsável não estaria disponível; e
- (f) aconselhamentos sobre a educação dos filhos, sobre problemas familiares, ou em função do problema que envolvia a criança.

- Aspectos negativos da experiência

Nos depoimentos dos médicos sobre a experiência e o contato estabelecido com os familiares, destaca-se como ponto negativo a interrupção do projeto. Embora os médicos considerem que os resultados da intervenção sejam positivos, as falas expressam a frustração com o término do projeto (antes que muitos aspectos fossem mais profundamente avaliados), bem como o incômodo por frustrar as expectativas das famílias em relação à continuidade do acompanhamento da saúde dos filhos”: *“Uma frustração. Para família principalmente, porque as crianças que a gente atendia, ficaram lá...”*; *“Pior coisa que tem é você parar, interromper um trabalho no meio. [...] decepcionante para mim, é [...] a gente não ter conseguido, por vários motivos, completar o circuito e ter a possibilidade de entender melhor a nossa prática”*.

- Repercussões da experiência para além da prática homeopática habitual dos profissionais

O grupo percebe que a experiência trouxe novas possibilidades profissionais para alguns médicos participantes, que vão além das inovações metodológicas inicialmente elaboradas no serviço da ONG HAPS – e posteriormente aperfeiçoadas na relação com os familiares. Estas não se limitam à atenção homeopática à saúde do indivíduo por meio de consultas homeopáticas.

Um médico amplia sua ação profissional no próprio SUS, utilizando casos clínicos construídos dentro da visão homeopática para promover atividades de educação em saúde com os pacientes.

Outro médico, percebendo o amplo benefício da experiência para a população da comunidade e a dificuldade de ampliar o acesso à homeopatia no serviço público por meio de sua

institucionalização, ou de seu reconhecimento acadêmico, decide investir na carreira política, a fim de lutar pela concretização dos direitos constitucionais de liberdade de escolha terapêutica: *“mudou a minha prática de vida. Isso perturbou minha natureza social, política, eu mudei.”* Na visão deste médico, as dificuldades de inserção mais ampla da homeopatia no SUS fazem parte da estratégia histórica de exclusão da homeopatia em proveito da medicina hegemônica, o que constitui um desrespeito ao direito da população, que não pode ser solucionado apenas pela busca de institucionalização ou de reconhecimento acadêmico da homeopatia.

“A questão não tem nada a ver com institucionalização, com ciência, com coisa nenhuma. Tudo isso é perda de tempo absoluta, [...] é você cair dentro do enquadramento dos outros, que querem te rejeitar e te botar para o lado de fora, e você está reagindo a isso aí: produzindo trabalho [...]. Não é nada disso! [...] é uma questão de direito. [...] Está lá, a constituição te garante, você tem que exercer. E aí tem que trabalhar para garantir direitos.”

Os outros participantes do grupo concordam com a importância da luta política, mas tendem a considerá-la tão importante quanto a institucionalização e o reconhecimento acadêmico da homeopatia: *“política e a institucionalização são dois caminhos que [...] não são excludentes.”*; *“[...] institucionalização é importante também. [...] até para você confirmar politicamente a necessidade da homeopatia ter o seu espaço, ser de fato acessível a todas as pessoas. A gente tem que formar gente. [...] academia receber a homeopatia é importante [...].*

- Contribuições da experiência para a rede de conhecimentos homeopáticos e da saúde

Questionados sobre as contribuições desta experiência para a rede de conhecimentos homeopáticos e para a rede de conhecimentos em saúde, os homeopatas dão respostas mais voltadas para o tipo de estruturação do serviço da ONG HAPS, do que especificamente para a intervenção homeopática no Morro dos Cabritos, embora tenham reconhecido, em momentos anteriores da entrevista, contribuições oriundas do contato direto com as famílias da comunidade³⁷.

Sobre as *contribuições para a rede de conhecimentos homeopáticos* são apontados:

- a) o desenvolvimento de metodologias de investigação, entendimento e conduta mais objetivas, que:
 - diminuem o papel da subjetividade/ intuição na prática do homeopata,
 - possibilitam maior compreensão e reprodução dos procedimentos,
 - produzem registros mais objetivos,
 - facilitam o processo de formação e aperfeiçoamento do profissional, e

³⁷ A fidelidade de percepção e expressão do sintoma nesta população, que possibilita a ‘simplificação’ da prática; o aprimoramento da observação, por um lado, por ser uma população com uma realidade social muito diferente dos pacientes do consultório e, por outro, porque, em geral, não podiam solicitar exames complementares ou pedir pareceres a outros especialistas; e o grande impacto social da intervenção nas famílias que participaram do projeto.

- contemplam de forma profunda as bases filosóficas da homeopatia;
- b) a importância da constituição de um serviço de homeopatia institucionalizado, criando condições para o trabalho homeopático em equipe, a fim de evidenciar o alcance dos seus efeitos na Atenção Básica e concretizar suas múltiplas possibilidades de ação interdisciplinar, sobretudo na Educação em saúde. Nesse contexto, os médicos destacam o baixo custo financeiro e a simplicidade dos recursos tecnológicos empregados no projeto.

A *contribuição para a rede de conhecimentos da saúde* se refere à já mencionada vocação da homeopatia para a Atenção Básica, concretizando o atendimento humanizado e favorecendo a Educação Popular em Saúde por meio dos conceitos homeopáticos de saúde, doença, vitalidade, unidade, totalidade, etc.: *“Uma grande contribuição [...] seria, primeiro, a inserção da homeopatia na saúde pública.”*; *“[...] se a homeopatia fosse a base da Atenção Primária, ela ia ser revolucionária, porque, só mexer com esses conceitos [homeopáticos de saúde, doença, etc.], trabalhar essas questões com os pacientes [educação em saúde], seria muita coisa.”*

- Contribuições ONG HAPS para as famílias do Morro dos Cabritos

São apontadas como contribuições da ONG HAPS para as famílias do Morro dos Cabritos com esta experiência:

- a) o aprofundamento da observação de si e dos filhos, permitindo o entendimento maior do processo de adoecimento/ recuperação da saúde, que contribui para a prevenção e promoção da saúde;
- b) a valorização do indivíduo pelo acolhimento e atenção de sua forma particular de sentir ou viver seu sofrimento: *“A idéia que fica é: ‘O que eu sinto é importante, isso tem valor. [...] a forma como eu vivo esse meu problema é relevante, é importante’. Isso a homeopatia traz. [...] ‘O que você me diz é importante. Então, me diga como é’.”*;
- c) a demonstração para as famílias da viabilidade do cuidado em saúde, exercido por médico comprometido, acolhedor e respeitoso, que considera o paciente como sujeito, enxergando-o e escutando-o: *“[...] a gente, primeiro [mostrou] que existe outra medicina, que existe uma outra forma de cuidar”*. Esta atitude é capaz de transformar as *esperanças* do paciente/ responsável proveniente de uma classe social oprimida, já que ele passa a ter *existência* diante do médico que cuida. Trata-se da mesma visão de Boff (1999, p.103) de que é possível resgatar nossa humanidade mais essencial por meio do cuidado. Para os médicos entrevistados, a partir desta vivência, o indivíduo almejará esse tipo de atenção em saúde, não mais se conformando em ser tratado como objeto.

“[...] surgiu [esta fala] [...]: ‘Eu não sabia que médico fazia isso’. [...] foi numa das nossas avaliações, [...] ‘A mãe me disse que ela não imaginava que o médico pudesse cuidar da criança nessa dimensão’. ‘Não sabia que um médico poderia se aproximar, escutar, falar, ver, ter curiosidade sobre como é o meu filho’. [...] as pessoas estão habituadas [...] [com] esse médico [...]: ‘Você está com dor de ouvido?’ É sim ou não. Quer dizer, é a anticonsulta, o cara não tem o menor espaço para existir. Ou ele é dor de ouvido, ou dor de cabeça, ou qualquer coisa, mas não é ele. Então, isso que ela falou, [...] É transformador das esperanças de que pode existir. ‘A realidade pode contemplar alguém que me encontre na medicina [...]. Um médico pode me ver’. [...] independente da gente desaparecer da vida dela, essa esperança que se criou, esse lugar, ela vai almejar isso. [...] e aí, eu acho isso revolucionário! Isso é transformador. [...] Foi mais do que um processo educativo, foi revelador! A gente não teve o propósito de fazer isso. [...] fez sem querer [...]”.

- d) a ampliação da visão de saúde e doença da população, que é respaldada pela autoridade médica e fortalece a visão cultural da população sobre o tema. Mesmo com a interrupção do projeto, esta visão tende a permanecer, podendo ser transmitida e ensinada: “[...] *a gente conseguiu mostrar para eles uma coisa diferente daquele modelo [...] que a doença e a saúde são pontos contrários.*”

- Sugestões para melhorar o projeto de atenção homeopática à saúde em comunidades

Sobre as sugestões para aprimorar o projeto de atenção homeopática à saúde em comunidades, observa-se mais um consenso do grupo: *é indispensável ter recurso financeiro* para remunerar dignamente o homeopata, a fim de que este tenha condições de se dedicar em “tempo integral” ao projeto, o qual deve ser realizado nos moldes de um serviço de homeopatia (com metodologia e rotinas de atendimento, discussão de casos entre os pares, avaliação do serviço, atividades educativas, etc.) e não por um médico isolado – “*não pode ser um trabalho temporário, não pode ser um ‘bico’ de forma nenhuma, nem um sonho [trabalho voluntário].*”; “*A equipe é importante por causa da discussão da prática entre os pares. [...] O isolamento, um médico atendendo, não teria o mesmo resultado do trabalho em equipe, as pessoas discutindo e aprimorando a prática.*”. Sem estas condições mínimas, não seria possível levar adiante o projeto de intervenção homeopática em comunidades de forma abrangente e duradoura para a população atendida. O grupo acredita que seria muito fácil reunir novamente uma equipe de homeopatas com esta finalidade, desde que o tempo de trabalho dos profissionais fosse dignamente remunerado.

Outra sugestão colocada seria ouvir as necessidades das creches comunitárias, a fim de estabelecer com elas um laço institucional mais produtivo, “porque nós oferecemos um serviço: era um *plus*, mas não era uma necessidade deles”. Esta sugestão se estende também à equipe de psicólogos: “*senti falta de uma reflexão prévia sobre critérios para encaminhamento [para os psicólogos]. [...] Fez falta um trabalho mais coordenado*”.

A experiência de intervenção homeopática no Morro dos Cabritos, por meio do trabalho coletivo na ONG HAPS, apresentou um grande impacto, não só na vida profissional dos médicos envolvidos, mas também na vida pessoal e na visão social dos participantes.

A análise das entrevistas com os homeopatas e com as responsáveis pelas crianças atendidas apresenta diversas convergências, que são sintetizadas nos quadros abaixo, inicialmente segundo as dimensões da racionalidade médica homeopática, em seguida sobre outros aspectos da relação médico-paciente/ responsável e, finalmente, sobre a organização do serviço.

<i>DIMENSÕES DA RACIONALIDADE MÉDICA HOMEOPÁTICA</i>	<i>CONVERGÊNCIAS ENTRE RESPONSÁVEIS E HOMEOPATAS ENTREVISTADOS</i>
- MORFOLOGIA HUMANA (Anatomia)	A visão integral da saúde contribui para a superação da visão fragmentada e biologicista da biomedicina e se aproxima da visão de saúde das famílias.
- DINÂMICA VITAL (Fisiologia Humana)	A doença orgânica não se expressa de forma fragmentada. A cura é um processo que segue ritmo e direção individual, atinge aspectos cada vez mais abrangentes, busca a superficialização dos sintomas e requer a compreensão integral da saúde.
- DOCTRINA MÉDICA	Homeopatas dão atenção à saúde e à vida do indivíduo, e não só à doença. Ampliação / afirmação dos conceitos de saúde e adoecimento da população (superposição da cultura popular e da visão homeopática). Conceitos homeopáticos facilitam comunicação entre homeopatas e indivíduos das classes populares e são importantes instrumentos de Educação Popular em Saúde.
- SISTEMA DIAGNÓSTICO	Relação permite aprendizado mútuo: mães aprendem progressivamente o que observar nos filhos e contribuem para o aprimoramento profissional com a expressão fiel dos sintomas (tornando a prática homeopática mais simples).
- SISTEMA TERAPÊUTICO	
Resultados terapêuticos medicamentosos	Bons resultados clínicos. Grande abrangência dos resultados clínicos, que não se limitam ao plano orgânico. Redução do número de atendimentos de emergência, internações hospitalares e encaminhamentos para outros especialistas. Resultados se relacionam com ou alteram tendências familiares constitucionais. Diminuição da dependência de outros fármacos.
Resultados não medicamentosos	Grande abrangência, ultrapassam as expectativas de médicos e responsáveis, melhoram qualidade de vida. Aumento da autonomia das responsáveis no cuidado em saúde dos filhos. Efeitos sinérgicos entre homeopatia e psicoterapia. Homeopatia resgata a esperança de cura para o paciente/ responsável. Grande impacto social.
- COSMOLOGIA	[Não há dados]

Quadro 2: Convergências entre responsáveis e homeopatas quanto às dimensões da racionalidade médica homeopática

	CONVERGÊNCIAS ENTRE RESPONSÁVEIS E HOMEOPATAS ENTREVISTADOS
RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE/ RESPONSÁVEL	Percepção de vínculo forte entre os atores. Acolhimento humanizado por parte do homeopata. Homeopata é o único médico que cuida da saúde da criança (o médico de referência em todas as situações); visão de cuidado integral à saúde. Relação de parceria/ cumplicidade, que favorece adesão ao tratamento. Homeopatas trabalham com prazer/ gostam da sua prática. Homeopatas e indivíduos em desvantagem socioeconômica se sentem à vontade e mutuamente valorizados na relação, com consequente fortalecimento de suas identidades; não há distância entre os atores. Ambos costumam ser discriminados em outros ambientes institucionais. Confiança dos responsáveis no serviço da ONG HAPS. Desagrado/ estranhamento dos responsáveis com a primeira consulta. Comunicação fácil, estimulada pela escuta atenta do homeopata e pelo tempo longo da consulta. As difíceis condições de vida da população dificultam a observação detalhada de si e dos filhos.

Quadro 3: Convergências entre responsáveis e homeopatas quanto à relação médico-paciente/ responsável

	CONVERGÊNCIAS ENTRE RESPONSÁVEIS E HOMEOPATAS ENTREVISTADOS
SERVIÇO DA ONG HAPS	Bons recursos humanos; boa estrutura física e material. Boa organização do serviço. Não obedece à lógica produtivista, nem à lógica da classificação social, que destina os melhores serviços a quem pode pagar por eles. Forte identificação da homeopatia com a Atenção Básica. Bons resultados com a associação de homeopatia e psicoterapia. Dificuldade de estabelecer relações de parceria fora deste ambiente (para médicos e pacientes/ responsáveis). A interrupção do projeto (motivada pela escassez de recursos financeiros) é o principal ponto negativo da experiência.

Quadro 4: Convergências entre responsáveis e homeopatas quanto ao serviço da ONG HAPS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou compreender o potencial de intervenção social da ‘racionalidade médica’ homeopática, enquanto prática informacional, adotando como objeto de estudo as redes sociais de cuidado em saúde, para as crianças da comunidade do Morro dos Cabritos, que participaram da intervenção médica promovida pela ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante. Embora os resultados terapêuticos medicamentosos não constituíssem o foco da pesquisa, é inegável que os bons resultados clínicos do tratamento das crianças produziram impacto importante na melhoria da qualidade de vida da família. Neste sentido, torna-se difícil isolar o efeito informacional da intervenção, considerando que o adoecimento recorrente dos filhos impõe muitas dificuldades ao cotidiano de famílias socioeconomicamente vulneráveis, e que a melhora da saúde das crianças é o aspecto mais importante da experiência para as mães entrevistadas. No entanto, o trabalho de campo revela a importância da informação e da apropriação de conhecimentos na melhoria da qualidade de vida e nos processos de resignificação de valores e de fortalecimento de autonomia para o cuidado em saúde.

A informação, entendida como elemento de referência e organização do homem, volta-se para a produção de conhecimento no indivíduo e para o desenvolvimento de sua liberdade. A democratização da informação requer não apenas que o indivíduo tenha acesso a ela, mas também que ele tenha condições de elaborá-la, a fim de transformá-la em conhecimento esclarecedor e libertador para si e para seu grupo social. No contexto pesquisado, este processo se realiza a partir da relação médico-paciente/ responsável, na qual se estabelecem elos de co-responsabilização, respeito e confiança entre os atores, que favorecem a circulação de informações e a apropriação de conhecimentos em saúde ao longo do tratamento das crianças, e potencializam o caráter educativo e emancipador da informação.

A inclusão do paciente/ responsável como *participante* do cuidado em saúde, situa o ator como parceiro ativo no processo de informação. Na experiência pesquisada, o conteúdo da informação se constrói intersubjetivamente, abrange as interações cotidianas dos indivíduos, e acolhe diferentes formas de conhecimento, de expressão e de linguagem. Estes aspectos favorecem a construção do vínculo sujeito-sujeito na relação médico-paciente/ responsável, bem como a construção compartilhada do conhecimento e a elaboração do terceiro conhecimento – um construto de ordem prática e simbólica, que possibilita aos indivíduos das comunidades a aquisição de habilidades técnicas para lidar com questões práticas do cotidiano, além de ser um meio de valorização e fortalecimento dos elos de apoio social e das capacidades inventivas dos agentes. A informação em saúde, inserida numa visão de cuidado integral, parece facilitar a internalização/

compreensão da realidade, e a apropriação de conhecimentos, o que favorece o empoderamento dos responsáveis para o cuidado das crianças.

As práticas informacionais em saúde apresentam múltiplas significações superpostas, que evidenciam posições conflitivas e concorrentes neste campo de conhecimento. O saber da população excluída do sistema formal de ensino, e distante do universo cultural dos médicos, é reconhecido pelos homeopatas como útil, válido e necessário para o cuidado, o que pode representar um caminho de modificação das relações de poder, que favoreceria a construção e exercício da cidadania no contexto não-hegemônico de uma prática médica integrativa. Nesta perspectiva, as práticas de informação – entendidas como mecanismos de apropriação, rejeição, ou elaboração de significados e valores por sujeitos capazes de reinterpretá-las segundo suas experiências – evidenciam para a população pesquisada outros modos de pensar, sentir e atuar no cotidiano, que fortalecem identidades individuais e coletivas, por meio da produção de interações infocomunicacionais inseridas em cenários de diálogo, disputa, estranhamento e/ ou compartilhamento entre diferentes formas de saber. Estas práticas informacionais, voltadas para a valorização e o fortalecimento dos elos de apoio social, poderiam contribuir para a transformação social.

O apoio social é um dos aspectos marcantes da intervenção estudada. Nesta experiência, ele é vivenciado na relação médico-paciente/ responsável, na qual o vínculo sujeito-sujeito permite a troca de informações entre responsáveis e médicos, o que resulta em efeitos emocionais ou comportamentais positivos para os atores. Trata-se de um processo recíproco, capaz de permitir que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas, e do qual se apreende que as pessoas necessitam umas das outras. Neste sentido, a experiência estudada permite aproximar o apoio social da visão de autonomia de Soares e Camargo Jr. (2007), entendida como relativa e relacional, isto é, inseparável das redes de dependência que constituem a existência humana, pois ser autônomo não é ser independente, egoísta, nem individualista: o cuidado permite a construção da autonomia, que é condição para a saúde, a cidadania e a própria vida. Este aspecto remete ainda à visão de Foucault (1977) de que a medicina voltada para a saúde, tal como ocorria antes do final do século XVIII, estimula o indivíduo a cuidar de si.

A maior circulação de informações entre médico-paciente/ responsável é favorecida por diferentes fatores presentes na intervenção da ONG HAPS:

- (a) visão cultural mais abrangente sobre saúde, tanto dos profissionais, quanto dos usuários;
- (b) arranjo comunicacional não-hierárquico, que inclui o paciente/ responsável como participante, e não como executor de ordens médicas;
- (c) acolhimento humanizado, que permite a construção de fortes vínculos para o cuidado em saúde, continuidade, e responsabilização; e

(d) tempo mais longo de consulta.

Logo, esses elementos se referem, por um lado, ao tipo de arranjo comunicacional e, por outro, ao conteúdo da informação em saúde, que se caracteriza por uma visão integral e pela intersubjetividade na sua construção. Este conteúdo, segundo o paradigma vitalista da homeopatia, estabelece para a medicina o papel de promotora e recuperadora da saúde, de auxiliar da vida e esta visão se associa à concepção homeopática do próprio homem, dotado de inteligência e livre arbítrio, sendo, portanto, capaz de determinar o seu destino, de eleger os seus atos e de viver em contínuo processo de aprendizado.

A troca de informações entre o homeopata e os responsáveis permite o conhecimento da singularidade da criança, a compreensão de seu contexto sociocultural, o empoderamento do familiar para o cuidado em saúde e a superação de certos valores, crenças e concepções que não favorecem este cuidado, tais como:

- (a) o imediatismo das intervenções, que pode causar danos à saúde e é incompatível com a proposta de *cuidado* para a saúde;
- (b) o materialismo, que favorece a visão reducionista, biologicista e fragmentada do indivíduo, e contribui para a visão do corpo como máquina, ou patrimônio a ser preservado;
- (c) o individualismo, a competição entre os indivíduos e a busca de sucesso, que reforçam a relação de classe e o poder do médico sobre o paciente/ responsável, especialmente quando este é proveniente de uma classe social não privilegiada, estabelecendo, desse modo, relações hierárquicas e monológicas;
- (d) a produtividade, que se torna justificativa do ‘anti-atendimento’ ao promover a exiguidade do tempo de contato com o paciente e seu responsável nas consultas médicas; e
- (e) o consumismo, que impõe noções e hábitos nocivos à saúde, estimula o consumo exagerado de serviços, exames, práticas e consultas, além de reforçar a posse de bens materiais como condição de superioridade social, desvalorizando a condição existencial do ser humano, especialmente para os indivíduos de hierarquia social inferior.

O trabalho de campo permite sustentar alguns pressupostos da pesquisa em relação à população estudada. A partir da visão de Luz (2003), de que a homeopatia é uma das medicinas de sistema médico complexo que estimula a existência de cidadãos saudáveis, autônomos, capazes de interagir em harmonia com os outros e de criar, assim, um ambiente gerador de saúde, percebe-se que, na experiência do Morro dos Cabritos, este efeito se irradia para além do paciente (no caso, a criança) abrangendo a rede familiar e viabilizando: (a) fortalecimento de autoestima e autoconfiança dos familiares para o cuidado em saúde das crianças, que resulta da relação de parceria, cumplicidade, respeito e confiança com o médico; (b) compartilhamento de informações entre o

responsável e o médico e postura crítica dos responsáveis na construção e apropriação de conhecimento em saúde; (c) ação mais efetiva das redes sociais de cuidado; e (d) ampliação da consciência crítica dos familiares sobre as relações de poder e dominação presentes nos serviços de saúde, que poderia contribuir para a Promoção da Saúde. Neste contexto, a conquista da saúde constitui um processo de emancipação cultural do sujeito/ responsável, diante da percepção de que os valores dominantes da sociedade contemporânea dificultam o cuidado em saúde.

Embora este estudo tenha aprofundado aspectos de uma experiência particular e peculiar, a intervenção homeopática de oito anos e meio no Morro dos Cabritos parece revelar importantes consequências para o campo da saúde. Apesar do isolamento institucional da ONG HAPS, da simplicidade tecnológica empregada – na maioria das vezes contando exclusivamente com a abordagem clínica (anamnese e exame físico) – e dos exíguos recursos financeiros do projeto, os resultados apontam para o empoderamento das famílias, com amplas repercussões para a vida individual e social de seus integrantes.

A Promoção da Saúde requer um processo de capacitação da comunidade, que favoreça sua atuação na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, com maior participação no controle deste processo. Neste sentido, a experiência analisada mostra que a intervenção homeopática contribuiu para o empoderamento psicológico dos familiares – com o sentimento de maior controle sobre suas vidas –, e poderia potencialmente contribuir para o seu empoderamento comunitário – que envolve elementos de transformação e conservação do *status quo*, e trabalha com a noção de poder entendido como recurso material e não-material, distribuído desigualmente na sociedade. Na experiência pesquisada, percebe-se empoderamento comunitário embrionário que se revela no questionamento das mães sobre hierarquias sociais naturalizadas nos serviços de saúde. Este questionamento emerge da comparação do atendimento recebido na ONG HAPS, no qual elas percebem o vínculo sujeito-sujeito, e nos serviços públicos de saúde, nos quais os indivíduos deste grupo não são sequer tratados como objetos, e sim como não-existentis/ invisíveis/ descartáveis/ irrelevantes/ incompreensíveis, em decorrência de sua desfavorável origem socioeconômica.

A grande limitação observada nesta experiência em relação à contribuição da atenção homeopática à saúde para a Promoção da Saúde se volta para o isolamento institucional da ONG HAPS. Este prejudica a ação intersetorial necessária a esta ação, e parece advir: (a) do ‘bloqueio ou obstáculo epistemológico’ vigente na ciência e no campo da saúde, impedindo a aceitação de um saber que se pauta por uma lógica diferente do saber oficial; e (b) da ‘produção cultural de formas de não-existência pela racionalidade ocidental’, a qual esconde ou desacredita alternativas e transforma interesses hegemônicos em conhecimentos verdadeiros. Isto desqualifica a homeopatia (como não-científica, tradicional, anacrônica, superada, alternativa, inferior, subalterna,

complementar, improdutiva), e parece dificultar o estabelecimento de parcerias institucionais e a aquisição de recursos financeiros para o projeto. Este aspecto se aproxima ainda de dois momentos do ‘ciclo de vida’ da ‘cadeia de produção da informação’ de Braman (2005): a destruição de informações, que determina aquelas que ficam sem inscrição, sem tratamento, e/ ou sem disseminação – que pode resultar da desqualificação do saber popular diante do saber hegemônico da ciência, bem como dos interesses econômicos voltados para a saúde e baseados na lógica de mercado –; e a busca de informações, que envolve disponibilização e acesso à informação.

A melhora significativa do estado de saúde (ou cura) das crianças atendidas, aliada ao empoderamento dos familiares, é capaz de proporcionar melhoria da qualidade de vida da família em diferentes domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e crenças pessoais. Tais resultados parecem ser viabilizados pela comunicação não-hierárquica que se estabelece na relação médico-paciente/ responsável e também pela possibilidade da homeopatia produzir interfaces entre diferentes culturas, por meio de conceitos de saúde/ adoecimento que se aproximam da visão cultural das classes populares e da medicina popular, o que parece facilitar a comunicação médico-paciente/ responsável e favorecer a apropriação de conhecimentos em saúde.

As famílias que participaram do projeto manifestam uma visão de mundo menos influenciada pelo discurso científico e/ ou psicológico, e também uma visão de saúde mais abrangente, que se superpõe aos conceitos homeopáticos, produz sentido para esta população, e fortalece sua identidade e sua autonomia para o cuidado em saúde. Estes aspectos são elementos que se contrapõem ao que Illich (1975) qualifica de iatrogenia social e estrutural, que resultam do processo de colonização médica da vida, conduzindo, respectivamente, à *perda de autonomia* do indivíduo para a ação e o controle do meio, e à sua fragilização por meio de *perda de sentidos* e do distanciamento das questões humanas do adoecimento.

A visão relacional adotada na pesquisa contribui para a compreensão de efeitos que ocorrem na rede familiar da criança que recebe a atenção homeopática, os quais não costumam ser avaliados como resultados deste tipo de cuidado em saúde. Nesta perspectiva, a intervenção homeopática nesta comunidade em desvantagem socioeconômica se mostrou bastante efetiva, por respeitar a visão cultural da população, por acolher os indivíduos como sujeitos, por adotar a visão integral da saúde, e por ser resolutiva para os problemas de saúde mais frequentes neste grupo.

A análise diacrônica das redes sociais de cuidado em saúde para estas famílias revela que a introdução da homeopatia na rede de apoio, além de produzir melhora significativa da saúde das crianças, incentiva: (a) fortalecimento dos laços de confiança e respeito entre médico e paciente/ responsável, necessários para o cuidado em saúde; e (b) troca de informações e a construção compartilhada de conhecimento, que são importantes *recursos* presentes nesta nova configuração

da rede de apoio. Antes da intervenção da ONG HAPS, a rede de sustentação era fragilmente centrada na mãe. Os resultados clínicos do tratamento, os laços estabelecidos entre o médico e a mãe e a troca de informações entre eles modificam positivamente a rede de sustentação da criança que adoece de forma recorrente, já nos primeiros meses da intervenção. O grau de segregação dos papéis conjugais para o cuidado em saúde dos filhos diminui em função da efetividade do tratamento constatada pelos familiares (pais e avós das crianças) e do fortalecimento de elos de confiança e respeito entre responsáveis e médicos, o que resulta em grande diminuição da sobrecarga da mãe para o cuidado dos filhos, além de maior autonomia para esta função. Estes aspectos contrariam a literatura, que assinala a tendência da rede de sustentação ser mais potente diante da baixa resolutividade das redes formais de saúde. Para as responsáveis entrevistadas, mesmo após a interrupção do projeto, as mudanças positivas promovidas na família permanecem, e os vínculos familiares se mantêm fortes, solidários e efetivos para o cuidado em saúde dos filhos, o que evidencia, por um lado, o aprendizado ocorrido ao longo da intervenção, e por outro, que a homeopatia pode estimular a existência de cidadãos saudáveis, autônomos, que interagem em harmonia com os outros, criando, assim, um ambiente gerador de saúde. Ainda que estes resultados se associem a peculiaridades do projeto da ONG HAPS (aspectos políticos, solidários e organizacionais) que não ocorrem em outros serviços públicos de saúde, eles poderiam contribuir para inovações nesses ambientes institucionais e, de forma particular, para o fortalecimento do SUS.

De acordo com os depoimentos de familiares e homeopatas, a *relação de parceria* é muito valorizada tanto pelo médico quanto pelo paciente/ responsável, e demonstra a *interdependência* entre os atores: por um lado, a fidelidade da clientela na forma de perceber e expressar os sintomas pode contribuir para o aprimoramento profissional do homeopata (simplificando sua prática, tornando seu raciocínio mais fácil e suas condutas menos intuitivas/ subjetivas); por outro lado, a relação de parceria pode empoderar o paciente/ responsável para o cuidado (de si, ou do outro) e para a Promoção da Saúde. Esta interdependência parece ser artificialmente anulada na biomedicina por meio da objetivação do paciente, da utilização de instrumentos tecnológicos que se interpõem entre o médico e o paciente, e do distanciamento entre estes atores, que reproduz a relação de classe.

A análise das entrevistas com as mães e avós permite perceber uma grande diferença do atendimento biomédico no posto de saúde, na emergência do hospital e na enfermaria (em caso de internação). As mães da comunidade afirmam que, nos casos de doenças mais graves, tanto na emergência, quanto na enfermaria do hospital, as crianças costumam ser bem atendidas, enquanto os responsáveis recebem pouca ou nenhuma atenção. Já nos casos de menor gravidade, tanto na

emergência, quanto no posto de saúde, os médicos “nem olham”, “nem examinam” a criança, são mais autoritários e agressivos com esses usuários, sentem “nojo”, e se apressam em fazer a prescrição para mandar o paciente embora. A gravidade do caso parece justificar a dedicação mais profunda do médico à doença, em detrimento do doente/ responsável, isentando o profissional da necessidade de estabelecer uma relação sujeito-sujeito. Por outro lado, o tipo de comunicação que (não) se estabelece no posto de saúde e na emergência nos casos menos graves leva a supor que o risco de contato com o sujeito – e não apenas com a doença – nestes ambientes seja maior, e, na medida em que a distância do médico reproduz e garante a distância social e o poder que esta lhe confere, o desrespeito com os pacientes/ responsáveis da comunidade no posto de saúde tende a ser mais frequente e explícito. O desprezo dos médicos pelos indivíduos da comunidade reproduz as diferenças sociais, e constitui a violência simbólica do profissional, que prioriza a delimitação do espaço que cada um deve ocupar na estrutura social, em detrimento de sua função precípua de cura ou alívio do sofrimento.

Na análise da entrevista com os médicos, chama a atenção:

- (a) a grande dificuldade de obtenção de recursos financeiros para a manutenção do projeto, apesar da ONG HAPS ser uma Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP);
- (b) o espírito de equipe e de militância dos profissionais em prol da homeopatia;
- (c) a dedicação dos médicos na elaboração e realização do projeto; e
- (d) a satisfação dos profissionais de terem participado da experiência de montar o serviço homeopático, e de terem vivenciado o trabalho com a população da comunidade.

Apesar da frustração da expectativa de retorno financeiro, os médicos se sentem amplamente recompensados, pessoal e profissionalmente, pela experiência. Dois aspectos podem ser considerados como possíveis explicações. O primeiro se refere à construção coletiva do serviço e à rara oportunidade dos homeopatas trabalharem em equipe. O segundo aspecto se volta para a população atendida, na qual os homeopatas encontram afinidade e reconhecimento, que não só favorecem a relação de parceria com as famílias para o cuidado em saúde das crianças, mas também contribuem para o fortalecimento da identidade dos profissionais e para o aprimoramento de sua prática.

Este bem sucedido encontro entre homeopatas e famílias socioeconomicamente vulneráveis parece ir além da tradição histórica da homeopatia no Brasil, que se volta para o alívio do sofrimento dos mais pobres. Mais do que uma estratégia de legitimação social da homeopatia, face às crônicas barreiras contra sua institucionalização, ou um meio para arrebatar a clientela da medicina oficial – tal como ocorria desde meados do século XIX –, ele parece representar o encontro de visões de mundo periféricas, marginalizadas, culturalmente produzidas como não-existentes pela

racionalidade ocidental, o que fortalece mutuamente as identidades invisíveis, tanto dos profissionais que exercem uma medicina não-hegemônica, quanto da população excluída de direitos. Ainda que a solidariedade seja um elemento importante da intervenção realizada, ela possibilita a extensão dos efeitos observados por meio de visões de mundo que se superpõem, produzindo sentido tanto para os médicos, quanto para as famílias, não apenas no que concerne à saúde, adoecimento, tratamento e cura, mas também às relações sociais e profissionais desiguais, fomentadas por relações de poder e dominação em diferentes dimensões da vida social destes atores.

A pesquisa levanta diversos aspectos positivos da experiência, que parecem favorecer a implantação mais ampla da homeopatia no Sistema Único de Saúde, especialmente na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família. Partindo da premissa de que o SUS busca se organizar em torno de uma nova noção de saúde, centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde – e não no estado de ausência de doença – relacionando, deste modo, a saúde com a qualidade de vida da população, observa-se que a intervenção da ONG HAPS no Morro dos Cabritos apresentou um grande impacto social, com melhoria da qualidade de vida das famílias participantes em todos os domínios de avaliação. Ademais, o nível de Atenção Básica representa o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, no qual o sujeito deve ser considerado em sua singularidade, complexidade, integralidade e na sua inserção sociocultural, aspectos que são amplamente enfatizados na intervenção estudada. A experiência dirigida à comunidade, de caráter temático e territorializado, parece contribuir também para ações inseridas na Estratégia Saúde da Família, na medida em que os resultados positivos do tratamento de crianças que adoecem de forma recorrente podem resultar em muitos efeitos benéficos para a rede familiar. Neste sentido, é importante salientar que a introdução do serviço da ONG HAPS na rede de apoio para o cuidado em saúde das crianças do Morro dos Cabritos empoderou a rede de sustentação, permitindo que os familiares se tornassem mais seguros e autônomos para o cuidado em saúde dos filhos, e favorecendo ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde neste grupo.

A experiência na ONG HAPS revela que o usuário da comunidade necessita de sensibilização/ esclarecimentos sobre a abordagem integral da saúde antes do início do tratamento homeopático, a fim de evitar o choque cultural com a primeira consulta, que pode motivar o abandono precoce em alguns casos. No entanto, as famílias que permanecem aderem profundamente ao tratamento, e as responsáveis entrevistadas percebem o acompanhamento dos filhos na ONG HAPS como mais efetivo do que o acompanhamento pediátrico no posto de saúde, ainda que a grande maioria dos profissionais envolvidos na experiência não tenha formação pediátrica. Na experiência estudada, o homeopata exerce a função de médico de referência da criança, e é o único profissional que acompanha, conhece e *cuida da saúde* da criança.

Outro elemento importante para pensar a homeopatia no SUS é que os profissionais entrevistados não manifestam a desmotivação habitualmente referida pelos médicos da biomedicina em relação ao atendimento primário, no qual as doenças parecem sempre as mesmas e os pacientes sempre os mesmos em função de sua origem social. Médicos e familiares envolvidos no projeto se mostram satisfeitos, à vontade e mutuamente valorizados na relação construída ao longo da experiência. O cuidado homeopático parece ser conduzido segundo a ética da responsabilidade, e não a ética da convicção – apontadas por Bonet (2008) – e os responsáveis se sentem acolhidos com respeito e sem discriminação por sua origem social. Este cuidado parece ser capaz de transformar as *esperanças* do paciente/ responsável proveniente de uma classe social oprimida, já que ele passa a ter *existência* diante do médico.

Além dos aspectos citados acima, os resultados da intervenção analisada nesta pesquisa foram alcançados com exíguos recursos materiais, tecnológicos e financeiros. Os médicos priorizam os recursos clínicos nas condutas diagnósticas, e raramente solicitam exames complementares. Os resultados clínicos do tratamento parecem bons, resolutivos para diferentes problemas de saúde, não se restringem ao plano orgânico, e se associam a poucos encaminhamentos a outros especialistas, e à diminuição no número de atendimentos de emergência e de internações hospitalares. A experiência mostra ainda a diminuição da farmacologização, e os familiares valorizam o que consideram a ação curativa e não-iatrogênica do medicamento homeopático, que também é visto como fácil de administrar e bem aceito pela criança.

Os conceitos homeopáticos parecem facilitar a comunicação entre os médicos e a população em desvantagem socioeconômica, e mostram-se como importantes instrumentos para a Educação em Saúde. Nesta experiência, a distância linguística – fomentada pelas diferenças lexicológicas e sintáticas, que separam a língua das classes cultas da língua das classes populares – não parece criar dificuldades na relação médico-paciente/ responsável.

Embora o estudo revele o isolamento institucional da ONG HAPS, os homeopatas parecem acolher e buscar ações interdisciplinares (parceria com psicólogos, fonoaudióloga, posto de saúde) e inter-setoriais (creches e ONGs que atuam na comunidade), o que favoreceria as ações para a Promoção da Saúde almejadas pelo SUS.

O tempo mais longo de consulta, necessário ao programa de cuidado integral da ONG HAPS, costuma ser visto como obstáculo para implantação da homeopatia no serviço público. No entanto, a experiência pesquisada sugere que ele tende a ser compensado pelos resultados positivos da intervenção, que promove:

- (a) autonomia dos responsáveis para o cuidado em saúde dos filhos;
- (b) melhora significativa da saúde (ou cura) das crianças;

- (c) redução da necessidade de atendimento médico frequente, da realização de exames complementares e da farmacologização;
- (d) diminuição de atendimentos de emergência, de internações hospitalares e de encaminhamentos a outros especialistas.

A experiência pesquisada parece demonstrar uma forma efetiva de lidar com o caráter educativo e emancipador da informação. Apesar da ação da ONG HAPS estar centrada em consultas médicas individuais (excetuando os primeiros anos do projeto, quando havia atividades de Educação em Saúde), parece possível construir atividades coletivas com os usuários, tendo em vista que a literatura sobre a comunidade do Morro dos Cabritos refere que a população necessita de espaços de diálogo e esclarecimentos, de troca de conhecimentos e apoio mútuo para a criação dos filhos ou a questão das drogas, entre outros temas. Neste sentido, o cuidado homeopático, aliado a práticas informacionais que adotem a perspectiva vitalista e a visão crítica dos valores dominantes na sociedade contemporânea, poderia favorecer o empoderamento comunitário e a Promoção da Saúde.

Finalmente, é necessário considerar criticamente alguns elementos que permearam este trabalho, resultando em limitações do estudo. O primeiro se refere ao envolvimento da pesquisadora com o universo investigado, o que pode ter acentuado ou minimizado aspectos importantes da experiência analisada. O segundo se dirige ao alcance possível do trabalho de campo. Diante da limitação de tempo para a realização do estudo, não foi possível incorporar a visão de outros atores importantes envolvidos no projeto, como os próprios pacientes, os pais (que confirmaram presença nos grupos focais, mas não puderam comparecer no momento da reunião), os psicólogos e voluntários da Ong e, sobretudo, as famílias que não aderiram ao tratamento. Estas últimas poderiam ter revelado aspectos menos positivos da experiência, que contribuiriam para seu aprimoramento.

Estudos futuros poderiam investigar os efeitos do tratamento homeopático na rede familiar de pacientes de uma comunidade que frequentasse ambulatorios de homeopatia do SUS, o que afastaria o conteúdo político e solidário da intervenção da ONG HAPS. A análise também poderia incluir e comparar os resultados desta pesquisa com a prática homeopática pluralista.

Outras possibilidades de desdobramentos futuros desta pesquisa incluem: (a) investigação epidemiológica sobre a vitalidade diferenciada da população que consome poucos remédios há gerações, e sua resposta ao tratamento homeopático; (b) comparação da visão de crianças e adolescentes provenientes de comunidades, que adotam ou não o tratamento homeopático, sobre saúde/ adoecimento e sobre valores culturais da sociedade contemporânea; e (c) visão masculina do cuidado homeopático em comunidades socioeconomicamente vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Revista Informação & Informação**, Londrina, v. 12, n. esp., 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1784/1520>. Acesso em 15 abr. 2010.

ACIOLI, Sonia. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 189-205.

AGUIAR, Sonia. Formas de organização e enredamento para ações sociopolíticas. **Revista Informação & Informação**, Londrina, v. 12, n. esp., 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1776/1514>. Acesso em 15 abr. 2010.

ARAÚJO, Carlos Alberto Ávila. A ciência da informação como ciência social. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 21-27, set./dez. 2003,. Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/29/26>. Acesso em: 28 abr. 2011.

AYRES, José Ricardo de C. M. Prefácio. In: ROSENBAUM, Paulo. **Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 13-18.

BARRETO, Aldo de Albuquerque. A questão da informação. **Revista São Paulo em Perspectiva**, Fundação Seade, v. 8, n. 4, p.3-8, out./dez. 1994. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v08n04/v08n04_01.pdf Acesso em: 19 jun. 2011.

BELLATO, Roseney et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro, Recife: CEPESC; IMS/UERJ; Ed. Univ. UFPE; ABRASCO, 2009, p. 187-194.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina A. Machado. Organização de texto de Maria Andréa Loyola e Regina A. Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 191 p.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 199 p.

BONET, Octavio. Educação em saúde, cuidado e integralidade: de fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 281-294.

BOTT, Elisabeth. **Família e rede social**. Tradução de Mário Guerreiro, revisão técnica de Alba Zaluar Guimarães. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. 320 p.

BORDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. Lisboa: DIFEL / Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. 314p.

BRAMAN, Sandra. The Micro- and macroeconomics of information. **Annual Review of Information Science and Technology (ARIST)**, v. 40, p. 3-52. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde**, Brasília : Ministério da Saúde, v.4. 2006a. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 203-227. 1992.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Análise dos relatórios da segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas. In: SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS, 7: biomedicina. Série Estudos em saúde coletiva; n. 168. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. p. 3-11.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Um Ensaio sobre a (In)definição de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003a.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Biomedicina, saber & ciência:** uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC, 2003b. 195 p.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.0, p.177-201, 2005.

CAMARGO JR., Kenneth R. de. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 159-172.

CAMPELLO, Maria Freire. **Relação médico-paciente na homeopatia:** convergência de representações e prática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva; Orientador: Madel Therezinha Luz)–Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001. 131 f.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas; Revisão Técnica de Jorge Alberto Costa e Silva. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978 [1943; 1963-1966]. 270p.

CAPURRO, Rafael; HJORLAND, Birger. O conceito de informação (Tradução de Ana Maria Pereira Cardoso, Maria da Glória Achtschin Ferreira e Marco Antônio de Azevedo). **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007 [2003]. Disponível em: <<http://www.eci.ufmg.br/pcionline/index.php/pci/article/view/54>>. Acesso em: 19 set. 2009.

CARDOSO, Ana Maria Pereira. Retomando possibilidades conceituais: uma contribuição à sistematização do campo da informação social. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v. 23, n. 2, p. 107-114, jul./dez. 1994. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/reb/>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

CARTA de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. Ottawa: 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2011.

CARVALHO, Sergio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20 n.4. jul/ago. 2004. p.1088-1095. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2011.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede** (A era da informação: economia, sociedade e cultura). Tradução de Roneide Venâncio Majer. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009. vol 1, 698p.

CONTE, Flávia Taddei; MARTINEZ, Daniela Schneider. Biomedicina. In: SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS, 6: medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. p. 14-20. Série Estudos em saúde coletiva; n. 149.

COPACABANA.COM. **Mapa de localização da comunidade Morro dos Cabritos**. Disponível em: <<http://copacabana.com/r-siqu.shtml>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

COSTA, Alda Maria Lacerda da. Apoio social e unidade corpo e mente: uma reflexão sobre a crise do modelo de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, jan. /2002. 12 p. Série Estudos em saúde coletiva; n. 213.

COSTA, Wilson José Vieira da; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Redes sociais e compartilhamento de informação e conhecimento em aglomerações produtivas. **Revista Informação & Informação**, Londrina, v. 12, n. esp., 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1779/1517>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE. Alma-Ata: 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2011.

DE SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud**. Guia de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPAS, 2004.

DICIONÁRIO priberam da língua portuguesa (*online*). Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=imediatismo>>. Acesso em: 04 set. 2011.

ECOMEDINA. **Seu direito**. Notícias. (Portal Ecomedicina). Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <<http://www.ecomedicina.com.br/site/conteudo/noticia81.asp>>. Acesso em: 24 jun. 2011.

ECOMEDINA. **Campanha**. (Portal Ecomedicina). Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <<http://www.ecomedicina.com.br/site/conteudo/campanha8.asp>>. Acesso em: 05 out. 2011.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. SCHRÖTER, Michael (Org.). Tradução de Vera Ribeiro da obra escrita em 1939. Rio de Janeiro: Zahar, 1994 [1939].

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2011.

FONSECA, Ademar V. et al. Avaliação dos resultados do tratamento homeopático de crianças da comunidade do Morro dos Cabritos – RJ. **Revista de Homeopatia**, São Paulo, v. 69, n. 1/4, p. 39-62, 2004.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977. 241 p.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade I: a vontade do saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. Disponível em: <[http://www.4shared.com/get/c7aPGi1h/Foucault - Historia da Sexuali.html](http://www.4shared.com/get/c7aPGi1h/Foucault_-_Historia_da_Sexuali.html)>. Acesso em: 03 jan. 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. 295 p.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria Nélide. Metodologia da pesquisa no campo da Ciência da Informação. **Datagramazero: Revista de Ciência da Informação**, v.1, n. 6, dez. 2000. Disponível em: <[http://www.dgz.org.br/dez00/F I aut.htm](http://www.dgz.org.br/dez00/F_I_aut.htm)>. Acesso em: 21 set. 2009.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria Nélide. Dos estudos sociais da informação aos estudos do social desde o ponto de vista da informação. In: AQUINO, Miriam de Albuquerque (Org.). **O campo da ciência da informação: gênese, conexões e especificidades**. João Pessoa: Universitária, 2002. p. 25-47.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria Nélide. E-topia. **Inclusão Social**, v.1, n. 2, 2006. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/23/38>. Acesso em: 14 out. 2011.

GORZ, André. **O imaterial: conhecimento, valor e capital**. Tradução: Celso Azzan Jr. São Paulo: Annablume, 2005.

GRANOVETTER, Marc. The strength of weak ties: a network theory revisited. **Sociological Theory**, New York, v.1, p. 201-233, 1983.

HAHNEMANN, Samuel. **Organon of medicine**. Translated from sixth edition by William Boericke. New Delhi: B. Jain Publishers, 1988 [1833]. 314 p.

HAYTHORNTHWAITE, Caroline. Social networks and information transfer. In: BATES, M.; MAACK, M. (Ed.). **The encyclopedia of library and information science**. New York: Taylor & Francis, 2009.

HOMEOPATIA AÇÃO PELO SEMELHANTE (HAPS). Organização não governamental. **Ata da assembléia de fundação da Sociedade de Homeopatia Ação pelo Semelhante**. Rio de Janeiro, 1999.

HOMEOPATIA AÇÃO PELO SEMELHANTE (HAPS). Organização não governamental. **Ações: defesa de direitos**. (Site da Ação pelo Semelhante). Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <<http://www.semelhante.org.br/direitos.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2011.

HOMEOPATIA AÇÃO PELO SEMELHANTE (HAPS). Organização não governamental. **Programa de atenção à saúde da criança e do adolescente: resultados da campanha** (Site da Ação pelo Semelhante). Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <<http://www.semelhante.org.br/resultados.htm>>. Acesso em: 04 set. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2000. In: Armazém de Dados do Instituto Pereira Passos (IPP) - **PortalGeo da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/morei9100/process/ger_proced.asp> Acesso em: 02 abr. 2011.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina** (Tradução de José Kosinski de Cavalcanti) 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vincent. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 93-104.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. **Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividades**. Tradução de Mônica de Jesus. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LÉVI-STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985. p.193-213.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. O diagrama médico de Foucault: a disciplina dos corpos e a vigilância das populações. In: LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. **Aids: uma epidemia de informações**. 2. ed. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2006a. p. 35-57.

LUZ, Hylton Sarcinelli. Racionalidades médicas: a medicina homeopática. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, out. 1993. 36 p. Série Estudos em saúde coletiva, n. 64.

LUZ, Hylton Sarcinelli; CAMPELLO, Maria Freire. Homeopatia. In: SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS, 6: Homeopatia. Série Estudos em saúde coletiva; n. 151. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1997. p. 5-35.

LUZ, Hylton Sarcinelli; CAMPELLO, Maria Freire. Homeopatia. In: SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS, 7: Homeopatia. Série Estudos em saúde coletiva; n. 159. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. p. 9-51.

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

LUZ, Madel T. **A arte de curar versus A ciência das doenças:** história social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis editorial, 1996. 342 p.

LUZ, Madel T. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura, e biomedicina. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. 28 p. Série Estudos em saúde coletiva; n. 167.

LUZ, Madel T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 17-37.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva:** estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: HUCITEC, 2003. 174 p.

LUZ, Madel T. **Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde:** estudos comparativos de sistemas médicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 4 / ABRASCO; CONGRESSO DA ALAMES, 8; CONGRESSO DA IAHP, 11. Salvador: 2007.

LUZ, Madel T. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, a.9, ed. esp., p. 8-19, 2008a..

LUZ, Madel T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO; Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008b. p. 11-22.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. p. VII-XXIII

MARTELETO, Regina Maria. Cultura da modernidade: discussões e práticas informacionais. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v. 23, n. 2, p. 115-137, jul.-dez. 1994.

MARTELETO, Regina Maria. Cultura informacional: construindo o objeto informação pelo emprego dos conceitos de imaginário, instituição e campo social. **Ciência da Informação**, Brasília, v.24, n.1, 1995. Disponível em:

<<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/535/487>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/226/201>>. Acesso em: 25 set. 2009.

MARTELETO, Regina Maria. Conhecimento e sociedade: pressupostos da antropologia da informação. In: AQUINO, Miriam de Albuquerque (Org.). **O campo da ciência da informação: gênese, conexões e especificidades**. João Pessoa: Universitária, 2002. p. 101-115.

MARTELETO, Regina Maria. Informação, rede e redes sociais – fundamentos e transversalidades. **Revista Informação & Informação**, Londrina, v.12, n. esp., 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1785/1521>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

MARTELETO, Regina Maria; RIBEIRO, Leila Beatriz. Informação e construção do conhecimento para a cidadania no terceiro setor. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v.11, n.1, 2001. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/309/232>>. Acesso em: 09 jul. 2010.

MARTELETO, Regina Maria; SILVA, Antonio Braz de Oliveira e. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, Brasília, vol.33, n.3, p. 41-49, dez 2004. Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/518/472>> Acesso em: 25 set. 2009.

MARTELETO, Regina Maria; TOMAÉL, Maria Inês. A metodologia de análise de redes sociais (ARS). In: VALENTIM, Marta Lígia Pomim (Org.). **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005, p. 81-100.

MARTELETO, Regina Maria; VALLA, Victor Vincent. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em Ciência da Informação**. Belo Horizonte, n. esp., p. 8-21, jul./dez. 2003. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/viewFile/648/721>>. Acesso em: 28 mar. 2011.

MARTINS, Paulo Henrique. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro, Recife: CEPESC; IMS/UERJ; Ed. Univ. UFPE; ABRASCO, 2009. p. 61-89.

MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 121-134.

MERCKLÉ, Pierre. **La sociologie des réseaux sociaux**. Paris: La Découverte, 2004. 121 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.4, n.4, p. 363-381, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/03.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 31-39.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008a, p. 9-29.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008b, p. 61-77.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 189-218.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOURA, Maria Aparecida. Ciência da Informação e semiótica: conexão de saberes. **Encontros Bibli: revista eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, n. esp. 2, p. 1-17, 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/viewFile/366/430>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

MOURA, Maria Marta Duque de; CONTE, Flávia Taddei; LUZ, Madel T. Doença crônica na infância: “remédios” – Análise de alguns recursos terapêuticos. In: SEMINÁRIO DE CULTURA, HISTÓRIA E POLÍTICA: questões de pesquisa e política institucional. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, dez. 1998. p. 3-19. Série Estudos em saúde coletiva, n. 181.

NOGUEIRA, Maria Inês. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2010. p. 101-114.

NUNES, Everardo Duarte. Sociologia da saúde: história e temas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 283-315.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Definição do conceito de saúde. In: **Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova York: 1948. Disponível em: <<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>>. Acesso em: 01 nov. 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>>. Acesso em: 08 maio 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/trm-strat-span.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2011.

PAGLIARO, Graciela Esther. **Prática homeopática e educação popular:** pauta para um diálogo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública; Orientadores: OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; STOTZ, Eduardo Navarro)–Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004. 138 f.

PORTUGAL, Silvia. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. In: CES. **Oficina do CES**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2007. 35p.

REIS, Alcenir Soares dos. Retórica-ideologia-informação: questões pertinentes ao cientista da informação? **Perspectivas em Ciências da Informação**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p. 145-160, 1999. Disponível em:
<<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/viewFile/563/349>> Acesso em: 10 abr. 2011.

ROSENBAUM, Paulo. **Homeopatia:** medicina interativa, história lógica da arte de cuidar. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 194 p.

SABINO, César. As instituições de saúde e a política do antiatendimento. In: SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS, 6: medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, mar. 1997. p. 21-27. Série Estudos em saúde coletiva, n. 149.

SAYD, Jane Dutra. Hahnemann e a razão clássica. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, dez. 1992. 20 p. Série Estudos em saúde coletiva, n. 25.

SAYD, Jane Dutra. Origens da medicina contemporânea: uma breve resenha. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. 31 p. Série Estudos em saúde coletiva, n. 173.

SISTEMA DE ASSENTAMENTOS DE BAIXA RENDA (SABREN). **Favelas**. Disponível em:
<<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/sabren/index.HTM>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências (Introdução). In: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente:** um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004. p. 777-821.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, Boaventura de Souza; MENESES, Maria Paula (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 31-83.

SANTOS, Boaventura de Souza; MENESES, Maria Paula. Introdução. In: SANTOS, Boaventura de Souza; MENESES, Maria Paula (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 15-27.

SARACEVIC, Tefko. Information Science. In: BATES, Marcia J.; MAACK, Mary Niles (Ed.). **Encyclopedia of Library and Information Science**. New York: Taylor & Francis, 2009 (in print). Disponível em:
<<http://comminfo.rutgers.edu/~tefko/Saracevic%20ELIS%20Information%20science1.pdf>>
Acesso em: 19 set. 2009.

SILVA, Alberth Sant'Ana Costa da; REIS, Alcenir Soares dos. Crianças com paralisia cerebral e percurso informacional de mulheres mães: estratégias e ações na defesa da cidadania. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro: IBICT, v.7, n.1, p. 131-151, mar. 2011. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/viewFile/407/277>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

SILVA JR., Aluísio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 243-259.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.21, p.65-78, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a07.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

SOUL BRASILEIRO. **Ladeira dos Tabajaras e Morro dos Cabritos**. 2011. Disponível em: <<http://soulbrasileiro.com.br/main/rio-de-janeiro/favelas/ladeira-dos-tabajaras-e-morro-dos-cabritos/ladeira-dos-tabajaras-e-morro-dos-cabritos/>>. Acesso em: 31 maio 2011.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento et al. Atenção à saúde das famílias da comunidade Morro dos Cabritos, Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 1. 2002, João Pessoa. Anais eletrônicos... João Pessoa: EDUFPB, 2003. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/saude/cabritos.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2011.

STOTZ, Eduardo Navarro. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO, Regina Maria; STOTZ, Eduardo Navarro (Org.). **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Belo Horizonte: UFMG, 2009. p. 27-42.

TESSER, Charles Dalcanale. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a saúde coletiva e o SUS. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2010. p. 77-100.

TOMAÉL, Maria Inês. Redes sociais, conhecimento e inovação localizada. **Revista Informação & Informação**, Londrina, v. 12, n. esp., 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1782/1519>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

VALLA, Victor Vincent. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 177-190, jul./dez. 1996.

VALLA, Victor Vincent; GUIMARÃES, Maria Beatriz; LACERDA Alda. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 105-119.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Tradução de M. Irene de Q. F. Szmrecsányi e Tamás J. M. K. Szmrecsányi. 7. ed. São Paulo: Livraria Pioneira, 1992.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS

- Como chegou à ONG HAPS e por que motivo.
- Quais eram as expectativas iniciais.
- Contar como foi a experiência de tratar a criança com homeopatia na ONG HAPS.
- O que achou desse processo.
- Aspectos positivos e negativos da experiência (buscar também os fatores que contribuem ou dificultam o cuidado com a saúde dos filhos).
- O que mudou na saúde e na vida da criança com esta experiência.
- Como essas mudanças repercutiram na vida da família.
- Em que momento essas mudanças foram percebidas.
- Quais mudanças permaneceram. Se não permaneceram, qual foi o motivo.
- O que mudou no cuidado dos filhos em relação a alimentação, sono, recreação/lazer.
- O que mudou (em função desta experiência) no apoio à família para o cuidado dos filhos, na autonomia/ segurança para este cuidado, na auto-estima dos responsáveis, nos sentimentos (positivos e negativos) dos familiares.
- O que mudou no ambiente e nas relações familiares (atentar para os valores dominantes na sociedade), nas relações da família com os serviços médicos em geral.
- O que mudou na percepção da família sobre saúde e doença, na oportunidade de adquirir informações e habilidades para o cuidado à saúde das crianças.
- Se houve mudança nos hábitos de consumo familiares, quais foram e por que motivo.
- Sugestões para aprimorar o projeto.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui convidado(a) a participar da pesquisa para a dissertação de mestrado intitulada “Informação, Cultura e Homeopatia: redes sociais e cuidado em saúde na comunidade do Morro dos Cabritos - RJ”, conduzida pela mestranda Gilda Zamith Ribeiro Campos, sob orientação da Profa. Dra. Regina Maria Marteleto, no Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação do IBICT/UFRJ.

Nesta pesquisa, participarei de uma entrevista individual e/ou em grupo, ou ainda de um questionário, sobre o tratamento homeopático de uma criança da minha família, que frequentou o serviço de atenção à saúde da ONG Homeopatia Ação Pelo Semelhante, em Copacabana, de 2000 a 2008. Os objetivos são conhecer a visão dos familiares sobre esta experiência e seus resultados.

É também do meu conhecimento que essas atividades serão realizadas de forma presencial, de acordo com a minha disponibilidade e a da mestranda.

Durante as atividades, é do meu conhecimento que poderei recusar responder qualquer pergunta, assim como interromper ou me retirar a qualquer momento, sem que explicações me sejam solicitadas ou venha a sofrer qualquer tipo de dano ou prejuízo.

Esta pesquisa não representa riscos diretos para minha saúde ou bem estar. Os benefícios serão a ampliação do conhecimento sobre o tratamento homeopático oferecido às crianças da comunidade do Morro dos Cabritos, a recuperação de uma parte da memória deste projeto e a possível contribuição para a construção futura de ações em saúde semelhantes em instituições de saúde, incluindo o SUS. Caso eu queira tirar alguma outra dúvida ou solicitar algum esclarecimento, poderei entrar em contato com a mestranda responsável pela pesquisa a qualquer momento.

Não terei custo ao participar deste estudo. Fui informado(a) de que estão garantidos e assegurados o sigilo e o anonimato, que os dados serão gravados e usados apenas para fins do estudo, que a guarda dos mesmos é de responsabilidade da mestranda, que somente a mestranda, sua orientadora e a equipe de apoio à pesquisa terão acesso aos dados, e que a divulgação dos resultados ocorrerá sob a forma de relatórios técnicos, artigos em publicações científicas, eventos científicos ou profissionais, dentre outros.

Concordo em participar voluntariamente neste estudo e declaro que todas as minhas dúvidas foram respondidas. Embora concordando em participar, não estou desistindo de nenhum direito.

Local e data: Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2011.

Eu,(nome)_____, concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura_____

Gilda Zamith Ribeiro Campos (mestranda)

IBICT/UFRJ

Assinatura_____

Contato com a mestranda: Gilda Zamith Ribeiro Campos – Rua do Catete, 310 / sala. 605, Catete. CEP 22220-001 – Rio de Janeiro, RJ. Tel.: (21) 2205-1741 (trabalho) / 2225-2445 (residência).

1ª via - mestranda.

ANEXO C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS ENTREVISTADOS

Nome do **RESPONSÁVEL**: _____

Idade: _____ anos.

Sexo: ☐ Masculino

☐ Feminino

Grau de parentesco com a criança atendida: _____

Profissão:

- Pai: _____: ☐ empreg. ☐ desemp. ☐ autôn. ☐ aposent.

- Mãe: _____: ☐ empreg. ☐ desemp. ☐ autôn. ☐ aposent.

- Outro: _____: ☐ empreg. ☐ desemp. ☐ autôn. ☐ aposent.

Telefones: _____

E-mail: _____

SOBRE AS CRIANÇAS:

Nome das crianças atendidas na ONG HAPS	1) _____ _____	2) _____ _____	3) _____ _____
Data de Nascimento:	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Cor	☐ Negra ☐ Parda ☐ Branca	☐ Negra ☐ Parda ☐ Branca	☐ Negra ☐ Parda ☐ Branca
Cidade em que a criança nasceu:	☐ RJ ☐ Outra: _____	☐ RJ ☐ Outra: _____	☐ RJ ☐ Outra: _____
Como chegou à ONG HAPS e por que	☐ Creche: _____ ☐ Outro: _____	☐ Creche: _____ ☐ Outro: _____	☐ Creche: _____ ☐ Outro: _____
Idade / Ano no início do tratamento:	_____ anos. 20____.	_____ anos. 20____.	_____ anos. 20____.
Idade / Ano no final do tratamento:	_____ anos. 20____.	_____ anos. 20____.	_____ anos. 20____.
Duração do Tratamento			
Médicos responsáveis			
Participou de atendimento psicológico?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
Teve orientação com fono?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO

ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS DA ONG HAPS

Motivações iniciais e avaliação geral do projeto

- Expectativas iniciais. Motivações para fazer parte deste projeto.
- Contar como foi a experiência de tratar as crianças do Morro dos Cabritos.
- O que achou desse processo.
- O que achou sobre o encaminhamento ser feito a partir das creches comunitárias.
- O que achou sobre o critério de seleção das crianças encaminhadas (adoecimento frequente, que impedia a frequência assídua à creche, independente da patologia; irmão de paciente).
- Aspectos positivos e negativos da experiência; o que foi mais importante para os médicos (buscar também os fatores que contribuem ou dificultam o cuidado com a saúde das crianças).
- Recursos disponíveis (materiais, humanos, institucionais) mais importantes para o trabalho.
- Recursos que mais fizeram falta para a realização do trabalho.
- Como era a relação com outros serviços de saúde.
- Motivação para o abandono ou a adesão das famílias ao tratamento.
- Motivação para o afastamento ou permanência dos médicos no projeto.
- Razões para o término do projeto.

Sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas

- Frequência de solicitação de exames complementares.
- De que forma era feita a prescrição homeopática (dose única, dose repetida, remédio único ou não, dose para guardar em casa, etc.).
- Recursos terapêuticos utilizados além do remédio homeopático.
- Tipo de informações/ orientações passadas/ solicitadas nas consultas.
- Frequência de encaminhamento de crianças/ responsáveis para psicoterapia e resultados observados nestes casos.

Repercussões da experiência na vida profissional e na rede de conhecimentos profissionais

- Aspectos desta experiência que se diferenciam da prática do consultório.
- Repercussões dessas diferenças na prática profissional.
- Contribuições desta experiência para a rede de conhecimentos homeopáticos e para a rede de conhecimentos em saúde.

Resultados observados

- Contribuição da ONG HAPS para as famílias do Morro dos Cabritos.

- Mudanças percebidas em relação às crianças acompanhadas.
- Mudanças percebidas nas famílias que acompanharam o tratamento homeopático das crianças.
- Mudança na percepção da família sobre saúde, doença, cuidado, tratamento, cura.
- Sugestões para melhorar o projeto de atenção homeopática à saúde em comunidades.

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui convidado(a) a participar da pesquisa para a dissertação de mestrado intitulada “Informação, Cultura e Homeopatia: redes sociais e cuidado em saúde na comunidade do Morro dos Cabritos - RJ”, conduzida pela mestranda Gilda Zamith Ribeiro Campos, sob a orientação da Profa. Dra. Regina Maria Marteleto, no Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação do IBICT/UFRJ.

Nesta pesquisa, participarei de uma entrevista, ou questionário com questões sobre o projeto de atenção à saúde em homeopatia, oferecido às crianças da comunidade do Morro dos Cabritos, na ONG Homeopatia Ação Pelo Semelhante, em Copacabana, de 2000 a 2008. A pesquisa quer conhecer a visão dos médicos sobre esta experiência e seus resultados.

É também do meu conhecimento que a entrevista será realizada de forma presencial ou virtual, de acordo com a minha disponibilidade e a da pesquisadora e durante esta atividade, e poderei recusar responder qualquer pergunta, assim como interromper ou me retirar a qualquer momento, sem que explicações me sejam solicitadas ou venha a sofrer qualquer tipo de dano ou prejuízo.

Esta pesquisa não representa riscos diretos para minha saúde ou bem estar. Os benefícios serão a ampliação do conhecimento sobre o tratamento homeopático oferecido às crianças da comunidade do Morro dos Cabritos, a recuperação de parte da memória deste projeto e a possível contribuição para a construção futura de ações em saúde semelhantes em instituições de saúde, incluindo o SUS. Caso eu queira tirar alguma outra dúvida ou solicitar algum esclarecimento, poderei entrar em contato com a mestranda responsável pela pesquisa a qualquer momento.

Não terei custo ao participar deste estudo. Fui informado(a) de que estão garantidos e assegurados o sigilo e o anonimato, que os dados serão gravados e usados apenas para fins do estudo, que a guarda dos mesmos é de responsabilidade da mestranda, que somente a mestranda, sua orientadora e a equipe de apoio à pesquisa terão acesso aos dados, e que a divulgação dos resultados ocorrerá sob a forma de relatórios técnicos, artigos em publicações científicas, eventos científicos ou profissionais, dentre outros.

Concordo em participar voluntariamente neste estudo e declaro que todas as minhas dúvidas foram respondidas. Embora concordando em participar, não estou desistindo de nenhum direito.

Local e data:

Eu, (nome) _____,

concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura _____

Gilda Zamith Ribeiro Campos (mestranda)

IBICT/UFRJ

Assinatura _____

Contato com a mestranda: Gilda Zamith Ribeiro Campos – Rua do Catete, 310 / sala. 605, Catete. CEP 22220-001 – Rio de Janeiro, RJ. Tel.: (21) 2205-1741 (trabalho) / 2225-2445 (residência).

ANEXO F - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

1) Nome: _____

2) Idade: _____ anos. 3) Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

4) Instituição de formação em Homeopatia: _____

5) Ano de formação em homeopatia: _____

6) Se tem outra especialidade médica, qual? _____

7) Período no qual participou do atendimento às crianças do Morro dos Cabritos? _____

8) Trabalha no SUS? Não ☐

Sim ☐ Função: _____

Desde quando: _____