

Homeopatia e Apoio Social: Repensando as Práticas de Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde

ALDA LACERDA¹

VICTOR VALLA²

1. Introdução

O presente trabalho³ tem como principal objetivo aprofundar a discussão sobre a homeopatia e o apoio social enquanto práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Esta discussão assume importância diante do aumento de demanda de atenção médica por problemas psicossociais, do desequilíbrio da relação demanda-oferta dos serviços públicos de saúde e dos limites de resolutividade do modelo biomédico. Evidencia-se a necessidade de se redefinir modelos de atenção à saúde e organizar suas práticas centradas no acolhimento dos sujeitos e suas necessidades.

Na conjuntura socioeconômica determinada pela política do capitalismo globalizado, vem-se intensificando a distribuição desigual de renda, a precarização do trabalho, a violência, o uso de drogas, o aumento do desemprego, a retração das redes sociais, entre outros, agravando a pobreza e as desigualdades sociais (Castel, 1993; Bourdieu, 1998). Esses fatores socioeconômicos e políticos contribuem para o adoecimento e resultam no aumento de demanda de atenção médica e a conseqüente crise na estrutura de atendimento da saúde pública (Valla, 1999; Luz, 2001). Configura-se assim uma relação desequilibrada entre oferta dos serviços públicos de saúde e demanda da população em busca de atendimento médico.

Segundo Travassos *et al.* (2000), a oferta dos serviços de saúde é determinada pela disponibilidade, tipo, localização geográfica e quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à atenção à saúde. É também influenciada pela cultura médica local dos profissionais que realizam esses serviços e pela ideologia do prestador. A demanda, por sua vez, é o que leva os sujeitos a procurarem os serviços de saúde, para obterem acesso e se beneficiarem com o atendimento recebido.

Os autores assinalam que nem sempre as necessidades dos sujeitos em saúde se convertem em demanda, assim como nem toda demanda corresponde ao que é ofertado pelos serviços públicos de saúde. A demanda, acrescenta Cecilio (2001, p. 116), “é o pedido explícito, a ‘tradução’ de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem”. Nesse sentido, o autor refere que por trás da demanda de consulta médica podem se esconder diversas necessidades de saúde, como a busca de soluções para melhorar as precárias condições de vida, os conflitos familiares, entre outros.

No entanto, a relação oferta-demanda, entendida como uma relação dialética, muitas vezes não é considerada, já que os estudos tendem a analisar as categorias oferta e demanda isoladamente e de modo estático (Pinheiro, 2001). Essa autora assinala ainda

a importância de se transcender a dicotomia entre as duas categorias e avaliá-las de modo integrado, pois uma mantém relação dinâmica de interação com a outra, na medida em que ambas derivam de uma ação entre sujeitos.

A partir dessa relação dinâmica que se estabelece entre demanda e oferta dos serviços, destacam-se alguns aspectos da crise da saúde que se relacionam a duas questões específicas, o **acesso** e a **resolutividade**, que apontam para a necessidade de se repensar as práticas de saúde hegemônicas nos serviços públicos.

No que concerne ao **acesso**, é possível identificar elementos importantes que contribuem para as desigualdades existentes no uso dos serviços de saúde. Apesar de o direito ao acesso universal e equitativo ter sido determinado na Constituição de 1988, existem limites e obstáculos que impedem que de fato isso aconteça no dia-a-dia. Ao abordar as condições de acesso, referimos-nos a dois aspectos básicos: a busca do atendimento e a utilização dos serviços de saúde propriamente ditos.

O primeiro aspecto, a busca do atendimento, se refere principalmente à localização geográfica e à distribuição dos serviços. Considerando que algumas pessoas moram em áreas rurais ou periféricas, onde nem sempre existem serviços de saúde próximos, elas encontrarão dificuldades no acesso. Essas dificuldades se devem à distância entre residência e unidade de saúde, à carência dos meios de transporte, ao preço das tarifas, entre outros.

Já o segundo aspecto, de configuração mais complexa que o anterior, está relacionado às dificuldades encontradas para utilizar os serviços de saúde e obter atenção integral. A organização do atendimento (Pinheiro, 2001), a disponibilidade dos profissionais de saúde (Valla, 1999) e a capacidade dos serviços para absorver a população (Pinheiro, 2001) são alguns dos fatores que podem afetar diretamente essa oferta dos serviços.

Com relação à organização do atendimento, verifica-se a existência de uma estrutura complexa variável de acordo com as diferentes instituições de saúde. Tal complexidade se refere ao conjunto de normas e regras estabelecidas nas instituições para ordenamento da demanda, a incluir a demanda espontânea, a demanda programada através do agendamento prévio de consultas ou a demanda referenciada mediante encaminhamento feito por outros profissionais. Fica evidenciado que essa forma de organização impõe obstáculos institucionais (Pinheiro, 2001), e ainda que se trabalhe com agendamento prévio, demora-se muito tempo para conseguir marcar consultas de primeira vez ou de retorno.

É preciso chegar cedo às unidades de saúde e enfrentar longas filas de espera para conseguir a senha de atendimento, sendo que o fato de estar na fila não assegura a utilização do serviço. Na percepção dos usuários, as filas de espera são muitas vezes identificadas como um dos principais fatores que obstaculizam o acesso aos serviços ofertados pelo sistema (Pinheiro, 2001).

No que diz respeito aos profissionais de saúde, pelo fato de o modelo de atendimento e prestação de cuidados estar centrado no médico, a quantidade de profissionais ou a sua disponibilidade para cobrir a demanda da população geralmente estão aquém das necessidades. A situação se agrava devido à baixa remuneração e às precárias condições de trabalho, que os leva a deixar o serviço público.

Por sua vez, os limites e dificuldades referidos propiciam a superlotação das unidades básicas de saúde, dificultando o primeiro atendimento dos usuários. Cria-se

um círculo vicioso entre oferta restrita e demanda crescente. A opção que resta ao conjunto da população é recorrer à urgência/emergência dos hospitais, na expectativa de solucionar os problemas mais rapidamente. Assim, ao invés de se estimular a busca por serviços de atenção primária, contribui-se para reforçar a preferência dos indivíduos, já apontada em diversos estudos, pelo atendimento hospitalar (Pinheiro, 2001).

Quanto à **resolutividade** dos problemas de saúde, destaca-se a relação médico-paciente como importante fator a ser considerado, já que essa relação interfere na aderência ao tratamento, na satisfação dos pacientes e mesmo na sua recuperação (Ong *et al.*, 1995; Luz, 1997). No estudo realizado por Pinheiro (2001, p. 83), todos os atores entrevistados apontaram “a relação médico-paciente como sendo um dos principais problemas na difícil equação entre demanda e oferta nos serviços de saúde”. Para a autora, a problemática ocorre principalmente porque as relações pessoais são pouco valorizadas nas ações de saúde por parte dos profissionais médicos, ainda que consideradas importantes para os pacientes.

A relação médico-paciente, entendida como uma relação social, é influenciada em grande parte pelas relações de trabalho (Pinheiro, 2001) e, portanto, a desqualificação do trabalho ambulatorial pelos profissionais médicos ou pelos usuários dos serviços públicos interfere diretamente nessa relação. Segundo Camargo Jr. (1997), alguns profissionais atribuem a desvalorização do atendimento à monotonia dos casos ambulatoriais, pouco desafiadores para o crescimento profissional, e à falta de paciência dos médicos para ouvir as queixas e relato dos pacientes.

Além disso, outro determinante da resolutividade, que por sua vez também influencia a relação médico-paciente, se refere à natureza contraditória dos problemas de saúde apresentados pelos usuários e as soluções oferecidas pelo modelo de atenção à saúde pautado na biomedicina. Neste, os conteúdos do conhecimento são orientados para o diagnóstico e tratamento de doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações corporais em detrimento dos sujeitos e suas demandas. Fica evidenciada a precariedade da relação médico-paciente, na medida em que o sujeito doente não é o seu principal objetivo de intervenção e cuidado.

Não obstante os profissionais de saúde centrados na doença não valorizarem o contexto no qual os sujeitos estão inseridos, o mesmo é relevante para a saúde da população (OMS, 1986 e 1991). Diante da precariedade do trabalho e fragilidade das relações sociais (Castel, 1993; Bourdieu, 1998), uma parcela crescente da população vem manifestando sinais de adoecimento, expressos através de um conjunto de sintomas e síndromes indefinidas, como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, entre outros – denominados por alguns autores de “sofrimento difuso” (Valla, 1999) ou “mal-estar difuso” (Luz, 2001). Esses sintomas psicossociais, difusos e inespecíficos, constituem grande parte da demanda de atenção médica nos serviços públicos. Porém, como não se enquadram em uma categoria diagnóstica, na lógica da biomedicina não são reconhecidos como doença (Foss & Rothenberg, 1987; Camargo Jr., 1992; Luz, 1997).

Enquanto a homeopatia entende que esse conjunto de sintomas devidamente modalizado representa a manifestação do desequilíbrio vital e revela a natureza interior do sujeito doente, a biomedicina os desconsidera já que nenhuma entidade anátomo-clínica foi evidenciada. Esse mal-estar psicossocial é muitas vezes relativizado por alguns profissionais de saúde, embora tenha um caráter relevante para a saúde pública, “sendo responsável pela perda de milhões de horas de trabalho em todo o mundo, configurando uma grave crise sanitária” (Luz, 2001, p. 26).

Nesse cenário de complexidade sanitária, em que a demanda dos sujeitos é crescente e o sistema de saúde com enfoque no modelo biomédico apresenta limites em termos de resolutividade e cura, a população vem apontando outras formas de cuidado e solidariedade para aliviar os agravos físicos e mentais (Valla, 1999; Luz, 2001). São, portanto, formas terapêuticas de atenção à saúde, não mais restritas ao modelo biomédico. Muitas delas se inserem na categoria de apoio social, tais como os grupos de auto-ajuda, trabalhos desenvolvidos em ONGs, grupos religiosos, associações comunitárias, atividades sociais, educativas e de lazer. Além disso, evidencia-se a busca crescente da população por medicinas não convencionais, como a homeopatia (Pinheiro & Luz, 1999).

Partindo do pressuposto de que o apoio social e a homeopatia podem fornecer subsídios para se repensar as práticas de cuidado e atenção integral à saúde, vamos aprofundar essa discussão teórica no campo da saúde coletiva. Elegemos trabalhar com os conceitos homeopáticos de saúde-doença-cura e individualização, pois apontam para uma prática centrada no sujeito doente e seu cuidado, e buscamos articular cada um desses conceitos com a discussão do apoio social.

2. Apoio social e homeopatia no contexto da promoção da saúde: uma alternativa teórico-metodológica para construção da integralidade das ações na relação oferta e demanda nos serviços de saúde

O apoio social tem origem no pensamento acadêmico, a partir da década de 80, e aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde-doença via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos. Os trabalhos iniciais sobre apoio social e saúde foram desenvolvidos por John Cassel (1976), que compilou evidências de que o isolamento e a ruptura dos vínculos sociais aumentavam a vulnerabilidade dos sujeitos ao adoecimento em geral. Tal ruptura dos vínculos pode ser desencadeada por diversos fatores ambientais, principalmente os fatores psicossociais associados a mudanças inesperadas de vida, tais como separações, adoecimentos, desemprego, migração, entre outros, influenciando as condições gerais de saúde e qualidade de vida.

Em contrapartida, o apoio social fornecido através dos relacionamentos sociais ajuda os sujeitos a terem maior controle das situações estressantes e enfrentarem melhor as adversidades da vida, com benefícios à saúde física e mental, conforme evidenciado em diversos estudos (Cassel, 1976; Berkman, 1985; Spiegel, 1997).

O apoio social compreende os diversos recursos (emocionais, informativos e instrumentais) que os sujeitos recebem através das relações sociais sistemáticas e “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” (Valla, 1998, p. 156). Portanto, para se pensar em apoio social, é preciso considerar uma relação de troca e de envolvimento entre quem provê e quem recebe o apoio, indicando que a reciprocidade é uma condição fundamental para que de fato o apoio social aconteça (Cohen & Syme, 1985; Pearlin, 1985). Nesse sentido, o apoio social pode ser entendido como um processo ativo de que todos participam e têm o seu papel.

Ao enfatizar a importância dos relacionamentos sociais no processo de saúde-doença, o conceito de rede social também assume relevância. A rede é definida como

uma teia de relações sociais que circunda os diversos indivíduos conectados pelos laços ou vínculos sociais (Bowling, 1994), propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos. Assim, o apoio social pode ser fornecido através do contato entre sujeitos que não necessariamente fazem parte de uma rede, como a relação entre médicos e pacientes, ou pelos membros da rede social.

No campo da saúde coletiva, o apoio social vem sendo discutido e referido nas diversas conferências internacionais e documentos publicados pelo governo como uma das ações relevantes para se promover e restabelecer a saúde e bem-estar (OMS, 1986; Epp, 1986). O apoio social, o autocuidado e o ambiente saudável são partes integrais da promoção da saúde e, portanto, necessários para se atingir a meta da equidade em saúde (Epp, 1986).

A promoção da saúde, por sua vez, vem sendo apontada como uma estratégia promissora de enfrentamento dos problemas de saúde-doença (Epp, 1986; Terris, 1992) e da medicalização da vida social (Buss, 2000), ao analisar a saúde de uma perspectiva multifatorial e positiva. Na vigência da complexidade do quadro epidemiológico e sanitário da atualidade, a saúde não pode mais ser concebida como ausência de doença mas sim como uma dimensão da qualidade de vida (OMS, 1986).

No entanto, embora se evidencie a necessidade de o sistema de saúde trabalhar com o conceito ampliado do processo de saúde-doença e com o paradigma da promoção da saúde (Mendes, 1993; Almeida Filho, 2001), a saúde coletiva ainda não incorporou os pressupostos da promoção e continua a se pautar na atuação médica, centrada na doença e na sua prevenção (Carvalho, 1996; Czeresnia, 1999; Minayo, 2001).

Ao trabalhar com conceitos de saúde como negatividade de doença, restringe-se a compreensão da complexidade sanitária, principalmente no contexto de precariedade em que se encontra grande parte da população – os chamados vulneráveis e desfiliaados (Castel, 1993). O aumento de demanda de atenção médica por agravos de natureza socioeconômica não corresponde ao que é ofertado pelos serviços públicos de saúde, organizados a partir da lógica das doenças. Para equilibrar a relação dinâmica entre demanda e oferta, não se trata apenas de aumentar a oferta da assistência médica, mas avaliar os limites dos serviços públicos de saúde em responder às necessidades e demandas da população (Pinheiro & Luz, 1999; Valla, 1999).

Os limites dos serviços de saúde se refletem “no baixo nível de resolutividade dos sistemas (...) e na insatisfação por parte dos próprios médicos quanto ao seu papel na cura do indivíduo, sobretudo na sua capacidade de resolução de um agravo” (Pinheiro & Luz, 1999, p. 14). Tal situação se intensifica com o aumento de demanda por problemas psicossociais, como o sofrimento difuso ou mal-estar difuso, a ultrapassar os limites de atuação da biomedicina. É nesse sentido que Valla argumenta que garantir o acesso às custas do aumento da oferta da assistência médica, ainda dentro de um enfoque essencialmente curativo, além de não atender às demandas e expectativas da população, “faz com que o atendimento seja necessariamente medicalizante, quase exclusivamente visando apenas o corpo” (Valla, 1999, p. 13).

Portanto, para se organizar práticas de saúde voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado, é preciso rever a teoria de saúde-doença que sustenta essas práticas (Almeida Filho, 2001). Desse modo, acrescenta o autor, a promoção da saúde como paradigma orientador das práticas sanitárias somente se viabiliza a partir da concepção positiva de saúde.

A promoção da saúde traz uma proposta de renovação conceitual e metodológica no campo da saúde coletiva que permite pensar e redirecionar as práticas em saúde (Mendes, 1993; Buss, 2000; Almeida Filho, 2001). Essas mudanças discursivas estão associadas às características intrínsecas da racionalidade médica – características que evidenciam o limite dos conceitos de saúde e doença no que concerne à experiência concreta da saúde e do adoecer humano.

Ao trabalhar com a saúde em sua positividade, a promoção da saúde abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico, e integrar outras racionalidades médicas (Carvalho, 1996; Czeresnia, 1999). Nesse contexto, a discussão do apoio social e homeopatia é importante, pois assim como o apoio social é uma prática de promoção da saúde no nível individual e coletivo (Almeida Filho, 2001), a homeopatia também pode ser pensada como tal, já que também trabalha com o conceito positivo de saúde e tem a sua abordagem voltada para estimular a autonomia dos sujeitos.

3. Cuidado e integralidade: concepções e práticas na interação entre apoio social e a visão homeopática do processo saúde-doença-cura

Hahnemann (1921), apoiado na concepção vitalista, assinalou que a origem da doença é de natureza dinâmica e imaterial, causada por um desequilíbrio da força ou energia vital que anima todo o ser. A força vital (*dynamis*) é o elemento essencial à vida e sem a mesma nada se processa e opera no organismo, o que diferencia o ser vivo do morto. Essa força vital conserva a saúde, ao manter todo o organismo funcionando de modo equilibrado e harmonioso, mas, ao se desequilibrar, devido a forças externas físicas ou psíquicas, altera as sensações e funções do organismo, com conseqüente adoecimento do sujeito (Hahnemann, 1921 - parágrafos 9 e 11). Esse desequilíbrio da energia vital do paciente se expressa através de sinais e sintomas.

Os sintomas físicos, mentais e emocionais apontam para o adoecimento antes de aparecer qualquer alteração ou lesão nos órgãos, células e tecidos, indicando que antes de um corpo doente existe um sujeito adoecido (Hahnemann, 1921; Kent, 1954). O sofrimento difuso (Valla, 1999), ou mal-estar difuso (Luz, 2001), ainda que não se constitua em alterações orgânicas, já é considerado enfermidade para a homeopatia. Isto se deve ao fato de o conceito de doença não estar relacionado à entidade patológica, mas sim ao desequilíbrio do princípio vital imaterial.

Dentro dessa lógica de raciocínio, eventos como câncer, hipertensão arterial, entre outros, não constituem a doença em si, mas sim os seus resultados. Esses eventos mórbidos se manifestam através de um conjunto de sinais e sintomas relevantes, para compreender o processo de adoecimento e determinar a escolha do medicamento mais indicado com vistas a curar os sujeitos doentes (Hahnemann, 1921- parágrafo 7).

Os conceitos de saúde, doença e cura são díspares para a homeopatia e para a biomedicina, pois enquanto a homeopatia entende as enfermidades como alterações na saúde do corpo e da mente desencadeadas pelo desequilíbrio vital (Hahnemann, 1921 - parágrafo 6), a biomedicina trabalha com o conceito de saúde como ausência de doença, centrado na relação entre normal e patológico (Canguilhem, 1978). A homeopatia, ao definir a saúde como equilíbrio da energia vital, trabalha com a concepção positiva de saúde (Luz, 1988), o que é importante no contexto atual da promoção da saúde para se pensar em organizar as práticas sanitárias.

Por sua vez, curar a doença, entendida como desequilíbrio da energia vital, significa curar o sujeito e não apenas acabar com os sintomas nosológicos. Ao curar o sujeito, conseqüentemente cura-se a patologia; porém, ao utilizar medicações sintomáticas, ao invés de se obter a cura, se estariam suprimindo os sintomas e agravando o processo de adoecimento e sofrimento (Hahnemann, 1921; Kent 1954).

Ao contrário da visão de cura homeopática, na biomedicina cessar os sintomas é o critério de eficácia do medicamento e do restabelecimento da saúde (Luz, 1988). Conseqüentemente, um dos problemas evidenciados nos serviços públicos é a crescente medicalização como única forma terapêutica. Considerando que diversos problemas de saúde são desencadeados por determinantes psicossociais, o que está sendo feito, em muitos casos, é medicar os problemas de vida.

Com o objetivo de se diagnosticar as doenças e tratá-las, os sintomas objetivos e as alterações corporais são privilegiados em detrimento dos aspectos subjetivos do adoecer. As queixas emocionais, os sentimentos e a singularidade do processo de saúde-doença não são validadas por alguns profissionais de saúde, que somente consideram os sujeitos doentes quando há uma patologia diagnosticada.

O itinerário desses pacientes que buscam acabar ou pelo menos aliviar o sofrimento é marcado por várias idas aos serviços públicos de saúde, consultas com especialistas e a realização de exames complementares, visando a diagnosticar uma entidade patológica que justifique os sintomas inespecíficos. E, embora alguns profissionais de saúde identifiquem tratar-se de problemas relacionados aos determinantes psicossociais e econômicos, na prática terapêutica não se tem muito a oferecer a esses pacientes, além de medicá-los com sintomáticos, principalmente os psicofármacos para as queixas mentais e emocionais.

Ao serem tratados com esses “calmantes”, alguns sintomas melhoram temporariamente e outros vão surgindo. Contudo, o sofrimento vai se agravando até culminar, muitas vezes, no adoecimento físico. Essa forma de tratar os sujeitos doentes, segundo Barrios (1999), é decorrente da análise do sujeito enquanto entidades distintas de corpo e mente, e legitima assim as necessidades físicas e bloqueia as necessidades afetivas, pelo uso de determinados medicamentos. É nesse sentido que o autor adverte que o uso abusivo de psicofármacos que mantêm os sujeitos em um estado de negação permanente da emocionalidade, afastando-os do contato com os próprios desejos e necessidades.

Em consonância com a idéia de Barrios, Sluzki (1997) sinaliza que os pacientes com sintomas psicossociais, diagnosticados indevidamente como tendo problemas de saúde mental, ao serem medicados com psicotrópicos pode-se confundir o quadro clínico e reforçar a suspeita do diagnóstico inicial. No entanto, muitas vezes a origem do sofrimento desses pacientes se deve à ruptura dos vínculos sociais e à carência de recursos materiais desencadeadas pelas condições socioeconômicas.

Existe, portanto, um limite da racionalidade do modelo centrado no diagnóstico e tratamento a partir da patogênese para lidar com a complexidade do adoecimento e sofrimento humano. Se por um lado esse modelo hegemônico não consegue ser resolutivo aos agravos psicossociais, por outro são essas as queixas mais freqüentes dos pacientes que procuram os serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para o sofrimento (WHO, 2001). Cabe questionarmos se o tratamento que esses

pacientes buscam é a substância medicamentosa ou outro tipo de “remédio”, que só seria possível se houvesse maior compreensão e envolvimento do profissional de saúde.

Nesse contexto de desequilíbrio entre o que é demandado e ofertado nos serviços públicos de saúde, diversos autores (Valla, 1999; Luz, 2001) chamam atenção para o modo como a sociedade vem-se organizando, tecendo estratégias e táticas para enfrentar os problemas através das diversas atividades de saúde, como as práticas de apoio social. O apoio social pode ser visto como uma estratégia de resistência da população para “romper com o isolamento causado pela cultura individualista que predomina na sociedade capitalista atual” (Luz, 2001, p. 28).

As várias formas de apoio social que acontecem no cotidiano da população apontam para a participação ativa dos sujeitos nas questões referentes ao controle da própria vida (Minkler, 1992). Através das relações de solidariedade, cooperação e apoio mútuo, os sujeitos compartilham problemas e soluções, fortalecem a auto-estima e se sentem mais confiantes para enfrentar o processo de adoecimento e sofrimento (Cohen & Syme, 1985; Wills, 1985). Desse modo, as práticas de apoio social integram a dimensão do cuidado, entendendo que cuidar é uma atitude interativa de preocupação e responsabilização para com o próximo (Boff, 2000), centrada no acolhimento do sujeito, no respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida.

A ênfase no cuidado tem papel importante diante do aumento da demanda de atenção médica por agravos psicossociais. A biomedicina, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar as doenças, fez com que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado. Porém, mais do que um diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (Luz, 1997; Vasconcelos, 1998).

Samaja (2000, p. 41) acrescenta que o cuidado aponta para uma maior conscientização dos sujeitos envolvidos, saindo da concepção biologicista, pois “a saúde-doença deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social: eis a essência do conceito de saúde-doença-cuidado” Nesse sentido, a homeopatia também compartilha do modelo de saúde-doença-cuidado, ao ampliar a percepção dos sujeitos e torná-los mais conscientes e com maior autonomia diante na vida.

No estudo realizado com pacientes e médicos homeopatas sobre cuidado e integralidade (Machado & Pinheiro, 2002), foram identificadas duas dimensões do cuidado (individual e coletiva) presentes na prática homeopática.

A dimensão individual, voltada para a busca do equilíbrio emocional, significa estar mais preparado para as adversidades da vida e implica “agir positivamente”, ou seja, agir de modo mais equilibrado e com maior consciência. Já a dimensão coletiva do cuidado está relacionada ao “agir social” e inclui a solidariedade, amor e fé. Os autores concluem que a homeopatia, ao aumentar a percepção de si e das dificuldades do próximo, permite que os sujeitos, através do “agir positivamente” e do “agir social”, se tornem mais solidários, cuidando de si e dos outros.

A partir dessa perspectiva, é possível identificar uma relação entre homeopatia e apoio social, em que ambos propiciam aos sujeitos encontrar um sentido e significado de vida e estimulam a confiança e autonomia. A homeopatia, ao tratar os sujeitos doentes como seres singulares, acolhendo-os e permitindo que se expressem livremente, estabelece vínculos interpessoais de confiança entre profissional e paciente, facilitando

que o apoio social seja fornecido. Além do mais, estimular ações solidárias através do “agir positivamente” e do “agir social” (Machado & Pinheiro, 2002) também fomenta o apoio social entre as pessoas.

4. O sujeito e a individualização na relação profissional-paciente: a busca da autonomia através do cuidado integral à saúde

A relevância de se articular as dimensões subjetivas e objetivas nos modelos de explicação do processo de saúde-doença, em vigência da complexidade sanitária, vem sendo apontada por diversos autores (Carvalho, 1996, Luz, 1997; Czeresnia, 1999). No entanto, compreender a natureza do sofrimento e seus fatores determinantes e incluir os sujeitos como atores principais torna-se um desafio nas intervenções no campo da saúde. Para tanto, faz-se necessário identificar quem são os sujeitos para os quais estão voltadas as nossas práticas.

O sujeito, conforme Lalande (1991, p. 1067), pode ser definido como um “ser real, que tem qualidades e exerce ações”, e assim “existe não somente em si, mas para si, e não se limita a ser um objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, (...) mas que contribui para se fazer a si mesmo por um devir voluntário e uma conquista pessoal”. Nesse sentido, o sujeito é um ser ativo, que pode participar dos processos de decisão, que constrói a sua própria história e não é apenas objeto de investigação científica.

Em contrapartida, a definição de indivíduo, do latim *individuum*, está relacionada a algo materialmente indivisível (Lalande, 1991), o que indica que os indivíduos são pensados como unidades estáticas e permanentes, enquanto os sujeitos se modificam e se transformam ao longo da vida.

Rosenbaum (2000) acrescenta que os indivíduos podem ser analisados enquanto uma categoria genérica, um padrão generalizador, ou seja, através das características mais frequentes dos mesmos se estabelecem médias, o que não significa que todos se expressaram somente daquela maneira. Um exemplo clássico é o da epidemiologia, que trabalha com indivíduos para estimar os efeitos médios e assim obter fatores de risco associados com determinados agravos. Já a categoria sujeito não permite trabalhar com médias, pois “sendo de uma única natureza, de uma única singularidade, não pode se repetir” (Rosenbaum, 2000, p. 124).

O sujeito constrói e reconstrói sua história e identidade através das experiências vividas e das relações com o contexto no qual está inserido (Sluzki, 1997; Ayres, 2001), e é para esse sujeito que devem ser dirigidos os cuidados em saúde.

É nessa concepção que a homeopatia é apontada como uma medicina do sujeito (Rosenbaum, 2000), por ser um sistema médico centrado no ser humano individual e singular, que sente, reage e sofre de modo particular às circunstâncias da vida. E do mesmo modo que o processo de saúde-doença é uma experiência singular, a terapêutica homeopática também trabalha com critérios de singularidade e está voltada para a totalidade do sujeito doente.

Com o objetivo de compreender a natureza dos sujeitos e prescrever o medicamento mais apropriado para o caso individual, Hahnemann (1921) ressaltou a obrigatoriedade de se trabalhar com critérios de individualização, isto é, identificar a partir do relato da história biopatográfica e da observação direta, os sintomas

característicos dos sujeitos, que os individualizam e retratam a singularidade do adoecimento humano. Existem duas categorias de sintomas que devem ser diferenciadas na prática homeopática: a que retrata a natureza interior e a que se refere ao quadro nosológico ou entidade clínica.

A primeira categoria, relevante para encontrar o medicamento mais adequado, corresponde ao conjunto de sintomas físicos, mentais e emocionais, que devem ser devidamente modalizados para ressaltar o que é mais específico naquele paciente. O médico homeopata deve investigar as condições de vida, relacionamentos sociais, hábitos alimentares, qual a natureza e peculiaridade das queixas relatadas, entre outros. A partir do quadro da totalidade sintomatológica, procura selecionar os sintomas “raros, estranhos e peculiares”, também chamados de sintomas idiossincrásicos, e que por serem característicos daquele paciente vão auxiliar na escolha do medicamento.

Através dos sintomas relatados, o homeopata busca o que é “estranho por antagonismo com o que é próprio, aquilo que é raro dentre aqueles traços em comum, e investiga-se a peculiaridade como forma de alcançar aquilo que é exclusivo” (Luz, 1993, p. 29). O medicamento prescrito deve cobrir a maior parte dos sintomas do paciente.

Na segunda categoria estão os sintomas referentes à entidade anátomo-clínica, apresentados por grande parte dos pacientes que desenvolvem uma determinada patologia. Como exemplo tem-se a febre e tosse com expectoração das pneumonias, a dor precordial constrictiva do infarto, e assim por diante. Estes sintomas falam da doença enquanto entidade nosológica mas não individualizam o paciente, e portanto não devem ser priorizados para encontrar o medicamento homeopático adequado.

Diante da relevância da individualização na prática homeopática, Hahnemann (1921) ressaltou a necessidade de o médico observar e escutar os pacientes sem julgamento ou interpretação e anotar os sintomas subjetivos e objetivos exatamente como relatados pelos pacientes ou seus acompanhantes. A homeopatia, por ser centrada na terapêutica e não na diagnose, utiliza a narrativa do paciente como instrumento fundamental da consulta, exigindo que o médico homeopata se aperfeiçoe cada vez mais na arte de interrogar (Luz, 1993). Nesse contexto a relação médico-paciente é valorizada como um recurso terapêutico, que ajuda a compreender a singularidade do sujeito doente e curar ou aliviar o sofrimento.

A relação médico-paciente, conforme já referido, é um dos determinantes da resolutividade dos problemas de saúde. Grande parte da eficácia médica e resolutividade resulta da satisfação que os pacientes encontram durante o seu processo de tratamento (Ong, 1995; Luz, 1997), satisfação que, segundo esses autores, não se restringe ao aspecto técnico-científico da medicina mas inclui também a qualidade dos vínculos entre médicos e pacientes, a comunicação interpessoal e o modo como as relações serão estabelecidas. Nessa perspectiva, a relação médico-paciente é apontada como condição importante tanto para a cura como para os cuidados em saúde, e para ser eficaz deve focar o sujeito doente e não a doença (Cassell, 1982; Kirmayer, 1988; Ong, 1995; Luz, 1997).

No entanto, na prática clínica existe uma dicotomia no agir dos profissionais entre os que valorizam a doença e os que priorizam o sujeito doente, com conseqüente impacto na qualidade dessa relação.

Os profissionais de saúde inseridos na racionalidade do modelo biomédico têm como foco a doença, e assim priorizam o diagnóstico objetivo visando à construção de categorias diagnósticas. Os meios diagnósticos estão cada vez mais complexos e há um crescente investimento em aparelhagens de alta tecnologia, que além de encarecer o custo da medicina mantêm um distanciamento físico do paciente. Embora esses exames complementares tenham suas indicações, alguns autores criticam a incorporação dos mesmos como rotina médica, em detrimento da anamnese criteriosa (Foss & Rothenberg, 1987). Advertem ainda que a narrativa dos pacientes repleta de sentidos, significados e conteúdos subjetivos vem perdendo espaço para a objetividade da tecnologia científica (Foss & Rothenberg, 1987; Kirmayer, 1988; Luz, 1997).

Ao objetivar a doença e nomeá-la, não se leva em consideração que a doença do paciente não corresponde necessariamente à doença do médico (Canguilhem, 1978). Enquanto o paciente sofre e se sente doente, o médico o considera saudável se os resultados dos exames estão dentro do padrão da normalidade. Existe um desencontro entre os significados pessoais do adoecimento e a percepção dos médicos, o que leva alguns pacientes insatisfeitos a abandonarem o tratamento.

Essa dificuldade em compreender as queixas dos pacientes nos remete à discussão desenvolvida por Valla (1996) sobre “a crise de interpretação é nossa”. Para esse autor, os profissionais de saúde não compreendem o que a população fala ou sente, pois, muitas vezes, partem de idéias preconcebidas e acreditam deter a verdade e o conhecimento. Não se considera que o saber desses sujeitos, embora construído sob outra lógica, não é melhor nem pior que o saber dos profissionais de saúde, apenas diferente. Enquanto os profissionais detêm o conhecimento técnico para tratar e aliviar o sofrimento, os pacientes detêm o conhecimento dos seus sintomas, da sua história de vida, das suas necessidades, elementos fundamentais para o médico exercer o seu trabalho.

Ao não se admitir a existência de outro saber, além do técnico-científico, cria-se um hiato na relação profissional-paciente em que a opinião do profissional assume um caráter objetivo, correto e verdadeiro, e a percepção do paciente é desqualificada, por ser considerada subjetiva e imprecisa. Kirmayer (1988) argumenta que o dualismo presente na medicina moderna não é só entre o corpo e a mente, mas também entre o médico como conhecedor ativo e o paciente como aprendiz passivo. Esta postura afasta o paciente do profissional e impede que o mesmo se expresse livremente.

O distanciamento da relação médico-paciente também fica evidenciado nos ambulatórios dos serviços públicos, quando o mesmo paciente, ao longo do seu tratamento, é acompanhado por diferentes médicos (Camargo Jr., 1997). Isto ocorre, segundo esse autor, devido às características intrínsecas da própria racionalidade biomédica, que valoriza pouco as relações pessoais como recurso terapêutico, e prioriza diagnosticar e curar as patologias, em detrimento de curar e cuidar dos sujeitos doentes.

Neste contexto, Luz (1997) critica a objetividade e neutralidade da biomedicina e aponta para outros sistemas médicos, como a homeopatia, que consideram o aspecto simbólico e psicológico do adoecimento e incorporam a relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica, priorizando o sujeito doente e seu cuidado.

Na homeopatia, a relação médico-paciente é importante para compreender o sujeito doente dentro da especificidade do seu adoecimento. Ao colher a história biográfica, o médico precisa ter “paciência, conhecimento da natureza humana e

prudência na condução do interrogatório” (Hahnemann, 1921, p. 182), além de deixar o “paciente se expressar livremente e detalhar a história dos seus sofrimentos sem interrupção” (Hahnemann, 1921, p. 173).

Nessa abordagem, a relação médico-paciente se torna uma relação terapêutica, ao permitir ao paciente, durante a anamnese homeopática, falar de suas dores e angústias e assim entrar em maior contato com si próprio. O próprio termo anamnese, muito utilizado para se referir ao conjunto de informações que os profissionais de saúde recolhem do paciente no ato de interrogar sobre o processo de adoecimento, origina-se do grego *anámnesis*, e significa recordar, lembrar de algo esquecido (Leloup, 1998). É através da narrativa e da possibilidade de se expressar que o paciente recorda sua história biográfica, aquilo que motivou o adoecimento ou sofrimento. A oportunidade de reviver as histórias e experiências, com a ajuda dos profissionais, pode ser uma forma de reelaborá-las e dar um novo significado às mesmas (Cassell, 1982; Leloup, 1998).

Ao priorizar o sujeito doente como principal objetivo da intervenção terapêutica, os vínculos de intersubjetividade entre médicos e pacientes tendem a ser construídos através do respeito, da troca de informações e da reciprocidade (Ong *et al*, 1995). Por um lado, o profissional precisa ter disponibilidade e tempo para escutar e respeitar o relato e as queixas dos pacientes, além de informar-lhes sobre o processo de adoecimento e as possibilidades terapêuticas. Por outro, o paciente, ao se sentir compreendido e acolhido, terá confiança para expor o seu íntimo, falar de suas dúvidas e necessidades, saindo do papel de aprendiz passivo para um papel ativo, em que é capaz de se posicionar e optar por compartilhar ou não das decisões referentes ao seu tratamento. Esse tipo de relação médico-paciente incentiva a “busca de maior autonomia em face de seu processo de adoecimento, facilitando o processo de construção (ou de reconstrução) da própria saúde” (Luz, 1997, p. 32).

Nesse sentido, a relação médico-paciente é uma forma de apoio social, ao estimular os sujeitos a assumirem o controle da própria vida e decidirem sobre as questões referentes à sua saúde. Para alguns autores (Ong *et al*, 1995; Wortman & Conway, 1985), os benefícios da relação médico-paciente no estado de saúde e bem-estar, conforme relatado em alguns estudos, podem ser decorrentes do apoio social fornecido pelos médicos ou outros profissionais responsáveis pelos cuidados em saúde. Entre os vários tipos de apoio social, os mais evidenciados na relação médico-paciente são o apoio informativo e emocional.

O apoio informativo está presente ao se fazer perguntas ao paciente, fornecer-lhe informações, dar conselhos, discutir sobre o tratamento e prognóstico, esclarecer as dúvidas e questionamentos. Ong *et al*. (1995) assinalam que este aspecto da relação interpessoal, de caráter cognitivo, está mais direcionado para a cura e reflete a necessidade dos pacientes compreenderem o processo de adoecimento. E acrescentam que quanto menos informação os pacientes recebem dos médicos, maior tendência a desenvolver ansiedade, depressão e dificuldades para enfrentar os problemas de saúde.

Já o apoio emocional requer que o profissional escute atentamente o paciente, demonstre interesse pelos problemas, incentive a enfrentar as dificuldades, transmita confiança, toque o paciente e o chame pelo nome. Esse tipo de comportamento afetivo ou socioemocional reflete a necessidade dos pacientes de se sentirem compreendidos e está mais orientado para o cuidado (Ong *et al*, 1995).

Em geral, os pacientes não costumam perceber o apoio informativo e emocional como aspectos distintos do cuidado, pois ambos podem estar presentes quando o médico, ao fornecer informações sobre o adoecimento, esclarecer as dúvidas, o faz de modo afetivo e atencioso (Ong *et al*, 1995). Para esses autores, tanto o apoio informativo como o apoio emocional são importantes na relação médico-paciente e contribuem para a aderência ao tratamento, a satisfação dos pacientes e a sua recuperação, com benefícios à saúde física e mental. Além disso, sendo o apoio social uma relação de reciprocidade (Cohen & Syme, 1985; Pearlin, 1985; Valla, 1988), a relação médico-paciente também beneficia os médicos ou outros profissionais de saúde, que se sentem úteis por cuidar e acolher os pacientes e recompensados por exercerem sua vocação.

O cuidado começa ao acolher os pacientes e aceitar o sofrimento dos mesmos como real, mesmo que este não corresponde à percepção do médico (Kirmayer, 1988). Ao se discutir sobre os significados pessoais do adoecimento e sofrimento e os danos causados pelos mesmos, os pacientes vão entrando em contato com suas necessidades e demandas para que possam, aos poucos, modificar suas vidas e ambientes. Esse tipo de relação médico-paciente, entendida como uma forma de apoio social, visa a incentivar a autonomia dos pacientes em relação ao seu processo de saúde-doença, ao invés da dependência da enfermidade (Luz, 1997) ou da culpa pelo adoecimento (Canguilhem, 1978; Kirmayer, 1988).

A atitude de cuidado presente na homeopatia e no apoio social, entre outras práticas de saúde, aproxima o cuidador e o que recebe os cuidados, através da relação de interação, da troca e do diálogo. Estudos com populações carentes (Vasconcelos, 1998) apontam que o cuidado ao orientar as práticas de intervenção aproxima a equipe de saúde e a família, o que permite discutir a complexidade dos problemas de saúde não mais na dimensão biológica, mas sim nas suas dimensões psicossociais.

Segundo esse autor, nos contextos de miséria e precariedade marcados pelo adoecimento e sofrimento da população, o cuidado dos profissionais de saúde com os pacientes, embora muitas vezes não anule o sofrimento, pode aliviá-lo, ajudando os sujeitos a construir novas perspectivas para enfrentar os problemas. E acrescenta que “através do apoio familiar, os profissionais de saúde propiciam alguns novos suportes para que a família possa utilizar para recompor seu próprio caminho de vida” (Vasconcelos, 1998, p. 53), reforçando a importância das práticas centradas no modelo da rede social (Sluzki, 1997).

Essas práticas de cuidado retomam o papel dos sujeitos como atores principais das ações e intervenções em saúde (Cassell, 1982; Kirmayer, 1988; Luz, 1997; Vasconcelos, 1998; Ayres, 2001; Pinheiro, 2001). A homeopatia e o apoio social, ao compartilharem do modelo de saúde-doença-cuidado, integram os aspectos subjetivos e objetivos do adoecer humano, o que sugere que o pensamento do apoio social está mais próximo da racionalidade homeopática do que da racionalidade biomédica.

Do mesmo modo que a homeopatia ajuda a ressurgir o sujeito (Rosenbaum, 2000), o apoio social também o faz. Nesse sentido, ressurgir o sujeito pode ser entendido como cuidar da sua saúde e ajudá-lo a construir projetos de vida (Luz, 1997; Ayres, 2001), que o permitam dar novo sentido e significado às experiências, estimulando o potencial de criatividade e liberdade individual (Vasconcelos, 1998).

5. Apoio Social e o Modelo da Rede Social: a solidariedade como eixo de organização de novas práticas de atenção integral à saúde

A reorientação dos serviços públicos de saúde, a partir dos pressupostos da promoção, implica trabalhar com a concepção positiva de saúde (Almeida Filho, 2001). Para tanto, é preciso superar o modelo biomédico hegemônico, centrado na doença e na assistência médica curativa, e organizar os serviços de saúde e suas práticas, visando a atender as necessidades dos indivíduos (OMS, 1986). O resultado, assinala Buss (2000, p. 171), envolve “transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais”.

Partindo do princípio de que a constituição da demanda é um elemento importante a ser considerado na organização das práticas de atenção integral à saúde (Mendes, 1993; Pinheiro & Luz, 1999), um dos primeiros questionamentos é como lidar com a demanda crescente por problemas de natureza psicossocial. No Brasil, estima-se que a maior parte do atendimento médico ambulatorial da rede pública seja motivada por queixas de sofrimento difuso ou mal-estar difuso, decorrentes da “síndrome do isolamento e pobreza” que acomete grande parte da população (Luz, 2001).

As políticas de solidariedade e apoio mútuo, isto é, de apoio social, podem ser uma das poucas soluções para as classes populares (Valla, 1999) ou até mesmo para os vulneráveis e desfiliaados (Castel, 1993). Cabe portanto questionar se essas atividades de apoio social, organizadas a partir da sociedade civil, não estariam fornecendo subsídios para se repensar e redirecionar as práticas sanitárias no âmbito da promoção da saúde.

Dentro dessa abordagem, assim como a população se organiza criando estratégias de apoio social que beneficiam a saúde física e mental, os profissionais de saúde também podem fomentar o apoio social, ao incentivar a consolidação de redes sociais já existentes ou favorecer o desenvolvimento de novas redes (Minkler, 1985; Minkler, 1992; Sluzki, 1997). Nesse contexto, a homeopatia, entre outras práticas médicas, também contribui para intensificar o apoio social, ao estimular ações solidárias através do “agir positivamente” e do “agir social” (Machado & Pinheiro, 2002).

Tendo em vista que a socialização é um fator importante para os sujeitos acessarem os recursos de apoio social e desenvolverem habilidades pessoais, e considerando o impacto da rede social na saúde, Sluzki (1997) aponta para a viabilidade de se implementar o modelo da rede social na prática terapêutica. Esse modelo pode ser empregado tanto no nível individual como coletivo, com ênfase em aumentar o poder de decisão e autonomia dos pacientes e famílias ou população.

No nível individual, a partir das demandas e necessidades dos sujeitos, os profissionais iniciam o trabalho com a exploração e descrição da rede social, com objetivo de compreender os sujeitos no seu contexto e as suas relações com a família e outros vínculos. Esse mapeamento da rede social pessoal ajuda a torná-la visível para os profissionais e para os próprios pacientes, facilitando a identificação dos processos relacionados ao adoecimento e sofrimento, as variáveis psicossociais que podem estar contribuindo para desencadear os problemas de saúde e as que podem ser úteis para solucionar os conflitos (Sluzki, 1997). Além disso, auxilia na definição de estratégias e intervenções, de tal modo “que gerem uma experiência na qual os pacientes sejam agentes ativos em sua própria mudança” (Sluzki, 1997, p. 64).

Algumas dessas estratégias e intervenções podem incluir a desativação de determinadas redes sociais que estão sendo prejudiciais, ativar outras que se encontram inertes ou ajudar a reconectar os sujeitos isolados ou cujos vínculos são frágeis em contextos de maior densidade social, tais como os diversos grupos de apoio social, programas de terceira idade, atividades educativas, de lazer, entre outras. Tais condutas terapêuticas podem ser relevantes, tendo em vista que diversos pacientes que buscam constantemente atendimento nos ambulatórios dos serviços públicos vivem isolados ou têm uma rede social frágil e incapaz de atender às necessidades de apoio (Sluzki, 1997).

O apoio social recebido através dessas redes de solidariedade, em que um recebe *feedback* do outro, permite fortalecer a identidade e tornar os sujeitos mais confiantes, com sentimentos de estabilidade e controle sobre a própria vida, reduzindo assim os agravos físicos e psicológicos (Cohen & Syme, 1985; Wills, 1985). Além disso, a possibilidade de compartilhar experiências com outros, se sentir aceito e respeitado, cria um sentimento de pertencimento e identidade de grupo (Spiegel, 1997; Zimmerman, 1997), diminuindo a sensação de carência e isolamento.

As práticas de saúde centradas no modelo da rede, voltadas para o cuidado e atenção integral à saúde, são importantes porque grande parte da população vive imersa na cultura sem esperanças da pobreza (Sluzki, 1997). Os profissionais e instituições de saúde tendem a responsabilizar esses sujeitos, famílias e grupos sociais pelo seu adoecimento e sofrimento, por não terem acesso a recursos, não serem pró-ativos, tratando-os como desprovidos de poder e capacidade para controlar a si próprios e ao seu entorno (Valla, 1993). Esse processo de “culpabilização das vítimas”, segundo Valla (1993; 1996), está intimamente relacionado à desqualificação do saber popular, a desconsiderar que esses sujeitos têm idéias próprias e conhecimentos acumulados sobre a sociedade e os fatores determinantes dos agravos à saúde. Privá-los de participar e decidir sobre as questões referentes à sua saúde acentua a falta de esperança e de confiança em si próprio.

Em contrapartida, o modelo da rede social, baseado na visão sistêmica do sujeito e do processo de saúde-doença-cuidado, parte do pressuposto de que os sujeitos possuem competências e habilidades, não precisando dos profissionais para resolver seus problemas, mas sim de orientação e de suporte para tomar decisões e efetivar as mudanças (Sluzki, 1997). Os problemas são discutidos na perspectiva de se desenvolver estratégias e intervenções passíveis de serem executadas.

Já no nível coletivo, o modelo da rede social pode ser utilizado para implementar ações educativas e comunitárias, mobilizando redes sociais mais amplas, constituindo o que Dabas (1993 *apud* Sluzki, 1997) define como “rede de redes”. Ao ampliar e fortalecer as redes sociais, é possível intensificar recursos e capacidades crescentes dos sujeitos, favorecendo a participação em ações comunitárias e processos decisórios. Esse tipo de participação efetiva da população contribui para aumentar o nível de empoderamento individual e comunitário, e é um importante preditor da saúde e qualidade de vida (Minkler, 1985; Minkler, 1992).

Estudos evidenciam que o potencial de transformação das situações sociais pode ser reforçado através de práticas de saúde centradas no modelo da rede social (Minkler, 1992; Sluzki, 1997, Oliveira, 1998) e sugerem que a ação transformadora dos sujeitos não se dá somente pelo conhecimento, mas principalmente pelo fortalecimento das relações, pelo apoio e solidariedade. Nesse sentido, adverte Oliveira (1998), a informação e a capacitação técnica são conseqüências da rede social de apoio e, apesar

de informados, se os sujeitos não se sentirem apoiados e valorizados, vão procurar outros espaços onde possam obter esse apoio e estímulo.

Dessa forma, os profissionais envolvidos no trabalho com a população precisam ampliar o olhar e procurar compreender e valorizar a ação dos sujeitos, na busca de melhorias e enfrentamento dos problemas coletivos. Ampliar o olhar pode significar sair do foco das doenças e se centrar nos sujeitos e seu cuidado, além de buscar compreender seus limites e possibilidades de atuação, de acordo com os seus contextos de vida. Para tanto, é preciso respeitar a forma de pensar e agir da população, que em geral é bem diferente da lógica do pensamento acadêmico-científico (Valla, 1993; Valla, 1996; Vasconcelos, 1998).

Sluzki (1997) acrescenta que o modelo da rede social pode ser associado a diversas práticas terapêuticas para intensificar o apoio social e incentivar a presença mais ativa dos sujeitos, estando assim inserido nos pressupostos da promoção da saúde. A homeopatia é importante nesse contexto, pois trabalha com a visão sistêmica do sujeito no seu ambiente, além de fomentar o apoio social, através da relação médico-paciente, do cuidado e do estímulo à autonomia. Nesse sentido, pode incorporar o modelo da rede social na sua prática cotidiana, embora algumas estratégias de socialização já venham sendo desenvolvidas em alguns serviços públicos de saúde (Luz, 1997).

O modelo da rede social permite integrar as dimensões do individual-coletivo e do subjetivo-objetivo e provê uma ferramenta conceitual útil para organizar as experiências pessoais e coletivas e traçar as estratégias (Sluzki, 1997). Dependendo da complexidade dos problemas e das necessidades de saúde, pode ser necessária uma equipe de profissionais integrados em rede, o que por sua vez amplia o cuidado e o suporte para os pacientes e familiares.

6. Considerações Finais

Na conjuntura atual de desigualdade social, violência, precariedade do trabalho e das relações sociais, em que predominam na sociedade os valores de individualismo, competição e consumismo, os sujeitos vêm agravando os problemas de saúde e mantendo um sofrimento crônico. A complexidade dos problemas de saúde, com o aumento das doenças crônico-degenerativas, recrudescimento de doenças transmissíveis até então controladas, problemas de saúde mental e agravos de natureza psicossocial, evidenciam a necessidade de se entender a saúde numa perspectiva multifatorial e positiva, e não mais como ausência de doenças ou lesões corporais.

O aumento de demanda de atenção médica, o desequilíbrio da relação demanda-oferta nos serviços públicos, as dificuldades de acesso e os limites de resolutividade e cura do modelo médico hegemônico são alguns dos aspectos da crise da saúde. Nesse cenário, o apoio social é evidenciado como uma das estratégias e táticas da população para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde-doença, através de relações que envolvem o cuidado, a solidariedade e o apoio mútuo.

Essa crise da saúde é também uma crise da medicina moderna, não como produção de conhecimento, já que se investe cada vez mais em tecnologias de ponta e na ciência das doenças, mas no que diz respeito à “arte de curar ou cuidar dos sujeitos

doentes”, à compreensão e acolhimento do sofrimento, à relação médico-paciente e os aspectos subjetivos do adoecer humano, entre outros. Não se trata de desprezar a tecnologia científica e os avanços do conhecimento médico, mas sim perceber o limite do conhecimento racional e abrir espaço para que o afeto, a compaixão, a solidariedade e os diversos sentimentos relacionados ao cuidado façam partes da relação entre profissionais de saúde e paciente.

Diante da necessidade de se redefinir modelos de atenção à saúde e organizar suas práticas centradas no cuidado e acolhimento dos sujeitos e suas necessidades, é preciso rever a teoria de saúde-doença que sustenta tais práticas. Nesse sentido, as teorias da homeopatia e do apoio social são importantes, pois ajudam a repensar as práticas voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado, principalmente no contexto da promoção da saúde.

Assim como o apoio social é considerado um instrumento de ação importante no campo da promoção da saúde, a homeopatia também se insere nos pressupostos da promoção, pois aborda a saúde na sua positividade, estimula a autonomia e retoma o papel dos sujeitos como atores principais das ações e intervenções. Nessa abordagem, a homeopatia e o apoio social compartilham do modelo de saúde-doença-cuidado, ao ampliar a concepção de saúde-doença para além do viés biologicista e enfatizar os sujeitos na sua dimensão transformadora, como seres que constroem e reconstróem suas histórias ao longo da vida.

Do mesmo modo que a homeopatia vem sendo incorporada na reorganização do sistema de saúde, o conceito do apoio social pode ajudar a repensar e redirecionar as práticas sanitárias, a partir do modelo da rede social, de tal modo que as práticas de apoio social e homeopatia possam ser trabalhadas em conjunto. Esse modelo da rede social permite ampliar a compreensão das variáveis relacionadas ao processo de saúde-doença e definir estratégias e intervenções de atuação na rede. Ao fortalecermos a rede social externa e intensificarmos o apoio social, ajudamos a fortalecer o interno dos sujeitos, a autoconfiança, a identidade e o senso de controle diante das situações de vida.

Embora os homeopatas investiguem, durante a anamnese, as relações familiares, os vínculos sociais e a forma de agir dos sujeitos no mundo, é importante que passem a incorporar a dimensão da rede social dos pacientes na sua prática cotidiana. Assim, ao identificarem que os sujeitos vivem sós, demonstram dificuldades de se relacionar, passaram por processos de perdas, entre outros, devem estimulá-los a desenvolver atividades de socialização. Além disso, a possibilidade de ter profissionais de saúde integrados em rede amplia o acolhimento e o cuidado dos sujeitos doentes e seus familiares.

Ao longo do trabalho, identificamos diversas analogias entre o apoio social e a homeopatia, o que nos levou a concluir que o apoio social está mais próximo da racionalidade homeopática do que da racionalidade biomédica. A homeopatia e o apoio social, ao estimularem a autonomia e se centrarem no cuidado, remetem os sujeitos a um projeto de vida que lhes dá esperança, sentido de vida, fortalece os seus sonhos e desejos, e os tornam mais livres na sua totalidade. Nessa perspectiva, poderemos caminhar para práticas de saúde mais eficazes, que incluam a participação ativa dos sujeitos e integrem os seus direitos de cidadania e de qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. Holopatogênese: uma teoria geral de saúde-doença como base para a integralidade das práticas de saúde. IN: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, II., 2001, Rio de Janeiro. *Resumos....* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001, p. 1-29.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 63-72, 2001.

BARRIOS, P. C. Plan de salud personal: una vía para reapropiarnos de nuestros espacios internos. IN: CURSO NACIONAL TEORICO PRACTICO DE APLICACIÓN CLINICA Y SOCIAL DE LA PSICONEUROINMUNOLOGIA, II., Caracas, 1999. *Resumos...*, Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999, p. 159-174.

BERKMAN, L. F. The relationship of social network, and social support to morbidity and mortality. In: COHEN, S; SYME, L. (org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 241-262.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOURDIEU, P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BOWLING, A. La medida de las redes y el apoyo social. In: BOWLING, A. (org.). *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson, 1994, p. 135-165.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, p. 163-177, 2000.

CAMARGO Jr., K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

CAMARGO Jr., K. R. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 149).

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CARVALHO, A., I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, p. 104-121, 1996.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Medicine*, v. 104, p. 107-123, 1976.

CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, p. 639-645, 1982.

CASTEL, R.. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúde e Loucura 4*. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 21-48.

- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p. 113-126.
- COHEN, S.; SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: COHEN, S.; SYME, L. (org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 3-22.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 701-709, 1999.
- EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1986 (Publicación Científica, n. 557).
- FOSS, L.; ROTHENBERG, K. *The Second Medical Revolution*. From Biomedicine to Infomedicine. Boston: New Science Library, 1987.
- HAHNEMANN, S. *Organon of medicine*. New Delhi: B. Jain Publishers, 1921.
- KENT, J. T. *Lectures on homoeopathic philosophy*. New Delhi: B. Jain Publishers, 1954.
- KIRMAYER, L. J. Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. In: LOCK, M.; GORDON, D. (org.). *Biomedicine examined*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1988, p. 57-93.
- LALANDE, A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1991.
- LELOUP, J. Y. *O corpo e seus símbolos*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- LUZ, H. S. Racionalidades médicas: a medicina homeopática. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 64).
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social - razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
- LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p. 17-37.
- MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R. Percepções e práticas dos pacientes e homeopatas sobre o cuidado na atenção integral à saúde - um estudo de caso. In: SINAPIH - SIMPÓSIO NACIONAL DE PESQUISA HOMEOPÁTICA, 7. Rio de Janeiro, 2002. *Anais...* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
- MENDES, E. V., 1993. O processo de construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 49-65.

- MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 7-19, 2001.
- MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Education Quarterly*, n. 12, p. 303-313, 1985.
- MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *International Journal of Health Services*, v. 22, p. 303-316, 1992.
- OLIVEIRA, R. M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 69-78, 1998.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Promoción de la Salud: una antología*. 367-372, Washington, DC: OPS, 1986 (Publicación Científica, n. 557).
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaración de Sundsvall: entornos propicios para la salud. In: BUSS, P. (org.). *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de la salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: ENSP, 1991, p. 183-188.
- ONG, L. M. L.; HAES, J. C. J. M.; HOOS, A. M.; LAMMES, F. B. Doctor-patient communication; a review of the literature. *Social Science and Medicine*, v 40, p. 903-918, 1995.
- PEARLIN L. I. Social structure and process of social support. In: COHEN, S.; SYME, L. (org.). *Social Support and Health*. London: Academic Press, 1985, p. 43-60.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p. 65-112.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Modelos ideais x práticas eficazes: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 191).
- ROSENBAUM, P. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- SAMAJA, J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SPIEGEL, D. Apoio social: como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. (org.). *Equilíbrio mente e corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro: Campus, 1997, p. 283-298.
- TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1992 (Publicación Científica, n. 557).
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, p. 133-149, 2000.

- VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V.; STOTZ, E. N. (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 87-100.
- VALLA, V. V. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, n. 21, p. 177-190, 1996.
- VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. (org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, 1998, p. 151-179.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 15, p. 7-14, 1999.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 14, p. 39-57, 1998.
- ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D, E.; OSORIO, L. C. (org.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997(a), p. 25-31.
- WILLS, T. A. Supportive functions of interpersonal relationships. In: COHEN, S; SYME, L. (org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 61-82.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health and brain disorders. <http://www.who.int/en/> (acessado em 2001).
- WORTMAN, C. B.; CONWAY, T. L. The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In: COHEN, S; SYME, L. (org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 281-302.

Notas

¹ Médica homeopata, mestre em Ciências pela ENSP/FIOCRUZ, professora orientadora do curso Autogestão em Saúde da ENSP/FIOCRUZ - Educação à distância. Pesquisadora colaboradora no Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPQ - Racionalidades Médicas.

² Doutor em História pela USP, pesquisador titular do Departamento de Endemias, Ambiente e Sociedade da ENSP/FIOCRUZ.

³ Este trabalho é resultado da dissertação de mestrado defendida na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, intitulada *Apoio Social e a Concepção do Sujeito na sua Integração entre Corpo-Mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*, e que se encontra inserida na linha de pesquisa "Educação, Saúde e Cidadania", coordenada pelo professor Victor Valla.