

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E HOMEOPATIA: UMA PERSPECTIVA NA EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

Health Education and Homeopathy: an approach to Popular Education and Health

Graciela Esther Pagliaro¹

RESUMO

No campo da produção de conhecimento em saúde, as contribuições de outras racionalidades médicas que permitam uma visão mais integral do binômio saúde/ doença e que possibilitem pensar relações mais humanas com os usuários são importantes e devem ser consideradas. Este artigo discute esta questão através da prática de educação popular, utilizando como instrumento educativo o caso clínico homeopático discutido coletivamente. Para isso, são promovidas e analisadas três oficinas pedagógicas com diferentes atores sociais: responsáveis de crianças, educadoras de creche comunitária e médicos da ONG Homeopatia Ação Pelo Semelhante. Os discursos individuais expressos nas oficinas são sistematizados por grupos (responsáveis, educadoras e médicos) buscando a identificação/construção do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE et al., 2000). O caso clínico homeopático é analisado como um instrumento valioso no processo de aprendizagem, como um método passível de ser utilizado em educação popular e saúde, possibilitando problematizar e refletir sobre toda a complexidade presente na discussão sobre saúde. Os princípios da homeopatia são coerentes com os da educação popular e trabalhá-los nesta perspectiva favorece a autonomia e o autoconhecimento dos sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Homeopatia. Educação em Saúde. Participação Comunitária.

ABSTRACT

In the area of the production of knowledge about health, the contributions of other branches of medicine that allow a more integrated vision of the duality “health/disease” and that encourage more humane relationships with the users (clients), are important and should be considered. This paper approaches this subject through the practice of Popular Education*, using as its educational instrument the case of the homeopathic clinic discussed as a whole. To do this, three pedagogical workshops were organized and analyzed using different social actors: caregivers of children (parents or others with primary responsibility), teachers of community day care centers, and doctors of the NGO Homeopathic Action for Those like Us. The individual statements expressed in the workshops were systematically arranged by groups (parents/caregivers, teachers, doctors), in an attempt to identify/construct the “Discourse of the Collective Subject” - (Lefevre et al, 2000). The homeopathic clinical case serves as a valuable instrument in the learning process, i.e. a method which could be used in popular education and health, to help define the problem and think through the full complexity of the case presented within the discussion regarding health. The principles of homeopathy are compatible with those of popular education and working with them in this perspective fosters autonomy and self knowledge.

KEY WORDS: Homeopathy. Health Education. Consumer Participation.

¹ Trabalho baseado na dissertação de mestrado “Prática Homeopática e Educação Popular: Pauta Para Um Diálogo”, defendida em julho de 2004 pela autora, na Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, sob a orientação de Rosely Magalhães de Oliveira e Eduardo Navarro Stotz

² Médica homeopata; Mestre em Ciências da Saúde ENSP/Fiocruz; Técnica da Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro - Endereço: Rua das Laranjeiras 210/1407- Laranjeiras CEP22240-Rio de Janeiro-RJ - Telefone 21-22851964 E-mail : gracielpagliaro@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O ponto de partida de reflexão desta pesquisa se dá em 1999, quando um grupo de médicos homeopatas se reúne e funda uma organização não governamental (ONG), Homeopatia Ação pelo Semelhante (HAPS), com a finalidade de ampliar a inserção da homeopatia na saúde pública brasileira através da geração de dados que expressam as potencialidades desta forma de atenção.

Desde o início, no planejamento do que se objetivava construir, as ações educativas ocupavam, junto com o atendimento médico, um espaço onde se imaginava poder trabalhar a produção do conhecimento em saúde dentro de outra racionalidade médica, a homeopatia. A Educação em Saúde, como se conhece, está baseada em uma racionalidade, a biomédica. Este tipo de contribuição era desconhecido pelo grupo e não se encontraram referências em outros serviços em que a homeopatia era oferecida como opção terapêutica. O pressuposto básico era o de que trabalhar com outra racionalidade, a homeopatia, na qual se definem dimensões próprias desde a cosmologia (como um conjunto organizado e definido de visão de mundo) à terapêutica, passando pela morfologia humana (ou anatomia), dinâmica vital (ou fisiologia), doutrina médica (em que se considera o processo doença/cura e suas origens) e a diagnose (LUZ, 1993), abre uma possibilidade de produzir conhecimento em saúde pouco considerada dentro do campo da saúde pública. Pretendia-se, nesta perspectiva, que princípios norteadores de uma racionalidade médica, a homeopatia, fossem disponibilizados às pessoas envolvidas. Ao pensar em trabalhar com grupos de pais que mantinham seus filhos em tratamento homeopático na ONG HAPS, identificou-se a necessidade de desenvolver um processo educativo que não se reduzisse à relação médico/paciente, e que também representasse a racionalidade homeopática em toda a sua dimensão. Nesse cenário, nasce o estudo de casos clínicos coletivamente construídos que buscam ser representativos da comunidade em questão, e que traduzem a história de indivíduos (PAGLIARO, 2001).

Na prática da medicina homeopática, encontra-se a manifestação de um universo particular, desde a concepção de saúde/doença até a ação terapêutica. Valorizando o homem no seu aspecto integral e reconhecendo-o como sujeito de sua saúde, as consultas permitem o acolhimento de sua livre narrativa, estimulam o desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento do corpo e da mente, a auto-observação das alterações de saúde, assim como as inter-relações com o meio. Acredita-se, desta forma, favorecer o resgate do domínio e da autonomia do indivíduo sobre o seu próprio

corpo e a promoção de escolhas que orientem uma vida com menos sofrimento.

No presente trabalho, busca-se fazer uma reflexão sobre a prática de educação e saúde referenciada pela homeopatia e desenvolvida pela equipe desta ONG. A base pedagógica é a concepção freireana (baseada em Paulo Freire) de educação, compreendida como um processo social permanente, contínuo, entre indivíduos que apresentam saberes diferentes e relativos, desenvolvendo assim as potencialidades das pessoas, dando a oportunidade para que sejam eles mesmos os sujeitos de sua própria educação e da transformação das adversidades da realidade. Nega-se, portanto, a idéia exclusiva de promover a adaptação do indivíduo à sociedade, tão característica de modelos de educação e saúde baseados em teorias comportamentalistas. O objetivo central é identificar alguns pontos de encontro e de desencontro da educação popular (EP) e da prática homeopática quando se considera a construção de conhecimento em saúde. Como objetivos específicos estão: descrever, discutir e analisar as possibilidades educativas da prática clínica da homeopatia e conhecer as possibilidades de construção de conhecimento em saúde que permitam, a partir da discussão de casos clínicos homeopáticos, refletir sobre os aspectos sociais e biológicos das alterações de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, em que se descreve e se discute um caso clínico homeopático, através de oficinas educativas coletivas, com três grupos específicos, a saber: responsáveis de crianças de creche comunitária, educadoras da mesma creche e médicos da ONG HAPS. Aos três grupos se formulou a mesma questão após a apresentação do caso clínico.

Definimos aqui caso clínico como o registro da narrativa do sujeito frente ao médico, durante uma consulta, acrescido de observações do próprio médico. É a representação humanizada de alterações na saúde. É fácil deduzir que este instrumento de ensino-aprendizagem irá sempre traduzir a racionalidade médica que representa. Tradicionalmente, o estudo do caso clínico pertence ao universo das escolas e instituições médicas. Na homeopatia, o caso clínico é um instrumento de ensino-aprendizagem na formação e aperfeiçoamento de médicos e farmacêuticos homeopatas. Todo material de clínica médica que objetiva ser formador de médicos na especialidade, sejam estes livros, apostilas e etc. sempre contém casos clínicos. É a demonstração mais concreta da abrangência e dos limites desta medicina, assim como é um meio capaz de esclarecer em que se baseia e como se dá o tratamento homeopático.

O modelo utilizado nas oficinas pedagógicas da ONG HAPS só foi considerado adequado para o que se pretendia após a participação da comunidade. Dessa forma, pode-se afirmar que o modelo de caso clínico utilizado como ferramenta educativa é o produto de uma construção coletiva. O objeto em questão era as histórias reais das crianças que apresentavam recorrentemente escabiose e pediculose na creche comunitária.

A comunidade estudada está situada no Morro dos Cabritos, na zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Esta comunidade ocupa uma área de 138.714 m², com 1178 domicílios particulares e uma população de 5890 habitantes. A taxa de analfabetismo para as pessoas com mais de 15 anos de idade, ou seja, em idade ativa, é elevada: 12,2% (na Região Metropolitana do Rio de Janeiro é de aproximadamente 4%) e a renda domiciliar per capita para os maiores de 15 anos é de 133,66 reais (RIO DE JANEIRO, 2000).

As oficinas foram gravadas e transcritas, buscando captar as falas de cada indivíduo presente. Para a análise do conteúdo dos discursos, o material coletado foi organizado com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre et al. (2000), através de 3 das suas 4 figuras metodológicas: a idéia central (aquilo que permite traduzir o essencial do conteúdo discursivo dos sujeitos), as expressões-chave (transcrições literais de parte dos depoimentos, correspondem em geral às questões da pesquisa) e o discurso do sujeito coletivo (construção de um ou mais discursos que leve(m) em conta as figuras anteriores), abreviado aqui como DSC.

A análise deste trabalho pode ser dividida em três:

- Análise do conteúdo dos discursos dos grupos - realizada após a apresentação dos mesmos no capítulo reservado aos resultados. Aqui já vão sendo identificados dois conjuntos básicos de determinantes: individuais e coletivos.
- Análise comparativa entre os diferentes conteúdos dos discursos dos grupos - apresentada no capítulo da discussão e está sistematizada através de quadro comparativa dos discursos. Esta quadro e sua análise estão orientadas pela proposta dos mapas de associação de idéias propostos por Spink e Lima (2000).
- Análise do processo para um dos objetivos propostos - o caso clínico - também no capítulo reservado para a discussão.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos consta aqui a aprovação do projeto por um comitê de ética e o seguimento da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96.

O CASO CLÍNICO PROBLEMATIZADOR

Os Médicos da Ação pelo Semelhante foram chamados para examinar e tratar de uma criança na creche “Tia Sonia” que apresentava muita coceira na pele de todo o corpo e no cabelo. Chegando lá, o médico, seguindo a lógica da homeopatia, teve que conversar com a professora que fica com a criança, no sentido de construir uma história clínica.

“Francisco José, 3 anos, morador da comunidade dos Morros dos Cabritos. Mora com a mãe e a avó materna, que ajuda a cuidar dele e de mais um irmão mais velho. A mãe está grávida do quarto filho e cada um deles é filho de um pai diferente. No momento, tanto ela como a avó estão desempregadas e sobrevivem de alguns trocados dados pelos pais das crianças e de uma cesta doada por uma instituição de caridade. A casa onde moram tem três cômodos, água encanada e rede de esgotos. Até o segundo ano de sua vida, Chiquinho era muito bem cuidado. A partir daí parece que os responsáveis esqueceram que ele ainda precisa de muita atenção e cuidados e com frequência chega de manhã na creche com a mesma fralda que saiu no dia anterior, o que acarreta muita assadura. As roupas consideradas sujas na creche e que vão para casa para serem lavadas, retornam dois ou mais dias depois, sem qualquer sinal de terem visto água e/ou sabão. No outro dia as roupas sujas chegaram com um cheiro muito forte de álcool, parecia até que derramaram cachaça pura nelas. Há 2 semanas a criança vem se coçando na cabeça e no corpo inteiro”.

Quando o médico chegou próximo à criança, esta chorou muito assustada por estar na presença de um estranho e este, por sua vez, se surpreendeu ao ver o estado em que se encontrava a pele da criança. Era uma crosta só!

Segundo a professora, há dois meses Chiquinho começou com umas bolhinhas que coçavam demais, principalmente nas dobras do corpo, como axilas e virilhas. Ia chegando o fim do dia e piorava muito. Com o tempo, a coceira foi se espalhando e às bolinhas iniciais se somaram escoriações, por causa da coceira, e crostas como tentativa de cicatrização dos machucados. Para completar o drama de Chiquinho, a cabeça começou a coçar muito e as professoras acham que ele está com piolho. Logo que isso aconteceu foram atrás do irmão mais velho de 4 anos e, apesar de saberem que este menino dorme na mesma cama que Chiquinho, não encontraram um piolho sequer na sua cabeça. As professoras estão muito preocupadas com essa coceira toda, pois se começar a passar de uma criança para outra vai ser um inferno!

Tentando saber mais a respeito de Chiquinho, soube-se que ele é um menino muito medroso, assustado mesmo, que pouco se relaciona com os outros meninos e que, se deixar, fica num canto agarrado à sua chupeta e a uma fraldinha de estimação. Fala pouco, adora ser abraçado e beijado, o que tem acontecido muito pouco ultimamente... Demora a entrar na rodinha e nas brincadeiras em geral propostas pela professora.

Ao exame, o médico chegou à conclusão que Chiquinho está com escabiose (sarna) e pediculose (piolho) e deve ser tratado em casa, não podendo frequentar a creche enquanto isso.

RESULTADOS

A problematização ao caso clínico feita foi a mesma nos três grupos de atores investigados. No início, trabalhou-se com as dimensões do diagnóstico e da terapêutica, as mais significativas numa prática clínica. Aqui apresenta-se apenas a dimensão diagnóstica, para a qual foi formulada para os três grupos a pergunta: qual o problema de saúde de Chiquinho?

Na quadro 1 é possível observar uma diversidade que revela simultaneamente tensão e complementariedade na interpretação do caso clínico. Entende-se que a diversidade revelada pelo diagnóstico feito por estas pessoas é o produto da complexidade que significa entender um problema de saúde coletiva. Observa-se, ainda, a ausência da objetividade e da sistematização das idéias próprias do pensamento

científico. Aqui as idéias vêm, são ditas, posteriormente são processadas junto às experiências individuais e novamente reveladas ao grupo (CHAUI, 2002).

Um conjunto de interpretações aponta para uma determinação individual do problema, relacionando-o às carências da mãe/família, que inclui: falta de cuidados; falta de amor; falta de higiene; falta de motivação. Há uma tendência nesses discursos à culpabilização das vítimas, entendidas estas como a mãe e a avó de Chiquinho (“A professora fala porque a mãe e a avó não cuidam; Quer ter vida normal como se não tivesse filho...; ... a criança na creche, sem fralda, sem cuidado). A culpabilização da vítima é, segundo Valla (1993a), um dos efeitos mais perniciosos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil. A individualização da culpa resulta na explicação de uma

Quadro 1 - Síntese do conteúdo dos discursos dos responsáveis de crianças de creche sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES-CHAVE
Falta de higiene	Falta de higiene traz doenças... Pode ser pobre mas não precisa ser porca...É porca!
Falta de amor	...mas a falta de amor traz muitas doenças
Falta de cuidado	A professora fala porque a mãe e avó não cuidam... a criança na creche, sem fralda, sem cuidado... Quanto mais cedo melhor, olhar e cuidar pelos filhos
Falta de assistência médica	Falta de médico
Falta educação para a mãe	Essa mãe precisa de educação
As mães que precisam de ajuda não vêm à reunião	Tem que chamar as que precisam, mas elas não querem, não vêm...
A constituição da criança	Tem crianças com tendência a assadura... A constituição diferente faz com que os irmãos... um tenha sarna e piolho e o outro não
A pobreza	A pessoa não tem dinheiro... Nem todas as pessoas têm as mesmas facilidades... Mas o problema é a falta de condições
A mudança dos tempos	Os tempos mudaram, a cabeça está muito avoadada, antigamente se pensava em estudar. Hoje em dia é diferente... as coisas mudaram... Os jovens de hoje são muito descansados...
A ocupação das mães	Mães que trabalham
O número de filhos/ O desejo de acertar com um homem	Essa mãe não pode usar camisinha? São 4 filhos! Tem muitos filhos com pais diferentes porque querem acertar com um homem
Falta de motivação	Não tem motivação para ser mãe! Apatia em casa
É como se não tivesse filhos	Quer ter vida normal como se não tivesse filho.
A televisão	A televisão estragou a família... A televisão é responsável por tudo que está acontecendo... Não compre TV, estragou com tudo, com a família.
A globalização	...essa tal de globalização...
O álcool	O álcool é causador de muitos problemas na família.
A falta de uma associação de moradores forte	Não tem associação de moradores forte
O nervosismo dos pais leva à violência	Pais nervosos batem, espancam os filhos
A morte como liberdade para as drogas	Depois que se envolve com drogas só se livra quando morre
O contágio fácil na comunidade	Numa comunidade uma pega, outra pega.

prática coletiva. Uma das justificativas para a culpabilização das vítimas é a desqualificação do saber popular em prol sempre do saber técnico/científico. Esta atitude, típica dos tempos atuais onde se eximem as responsabilidades coletivas, estatais, para considerar que a culpa está no próprio indivíduo, aparece no discurso entre pares. É a assimilação do discurso dominante, no momento em que se analisa uma família que está em condições mais precárias do que os que estão na construção do discurso. Outro aspecto que deve ser salientado aqui é a demarcação que foi considerada necessária fazer entre famílias, como a de Chiquinho, e as das pessoas que estavam presentes na reunião (pais de família em situação especial de risco, em geral, não freqüentam reuniões). Houve uma grande quantidade de relatos individuais, pessoais, que por motivos metodológicos foram retirados da tabulação dos discursos, o que foi interpretado como uma necessidade de diferenciação entre os presentes e o caso.

Observa-se em algumas falas a necessidade de desvincular a pobreza da sujeira (“Pode ser pobre, mas não precisa ser porca...”). Vários relatos individuais de vida foram feitos aqui (“sou pobre, mas sou limpinha”; “na minha casa sempre fomos pobres, até fralda de lençol eu fiz para os meus filhos”), onde se fazia questão de se ressaltar a limpeza e a higiene, apesar da pobreza e mesmo miséria. Isso também aparece na reunião com as educadoras quando fomos procurar material para a construção do caso clínico. Questionamos algumas vezes a razão para a falta de higiene, já que não havia relação com a pobreza, e sempre apareceu a família e a falta de educação, esta última entendida como falta de informação. À educação têm sido atribuídas responsabilidades sociais que, na essência, pertencem ao campo da economia e política.

Embora exista a compreensão da importância das reuniões educativas, as pessoas reconhecem a existência da falta de motivação, da apatia, como origem da dificuldade de participação das pessoas que mais se beneficiariam (“Tem que chamar as que precisam, mas elas não querem, não vêm... Não têm motivação para ser mãe! Apatia em casa”). Valla (1993b) aponta para o fato de que muitas vezes as classes populares protegem-se daquilo que os educadores populares denominam “processos de conscientização”, por perceberem intuitivamente que esse processo pode vir a exigir muito deles, quando já se encontram próximos da exaustão. Oliveira (2000, p.163-164), discutindo esta questão, diz: ... é mais seguro arriscar tendo como referência o conhecimento construído pela experiência de vida e a rede de relações que oferecem suporte social, do que arriscar tendo como referência a informação do estranho, que ape-

sar de afirmar que o reconhece como legítimo produtores de conhecimento, sequer se sabe se estará presente quando o “círculo pegar fogo”.

Outro conjunto traz uma interpretação relativa às condições coletivas, uma determinação coletiva, da sociedade. Associa-se à: falta de assistência médica, falta de educação, pobreza e falta de uma associação de moradores forte. A precariedade das condições de vida das classes populares, expondo o corpo de seus membros a constantes agressões, leva a um estado de emergência sanitária permanente. É bastante conhecida para estas pessoas a realidade de quem nada tem. A década de 90, marcada pela proposta “neoliberal” que se desenvolve na América Latina, agrava a questão dos serviços básicos das cidades, na medida em que privilegia o gasto da verba pública na infra-estrutura industrial privada em detrimento do prejuízo do consumo coletivo público; flexibiliza as relações de trabalho; agrava a crise econômica e o desemprego. Nesse contexto torna-se necessária a organização da sociedade civil no sentido de pressionar os governos para garantir o investimento adequado nos serviços básicos necessários (VALLA, 1993a). Aponta-se para a questão da iniquidade social (“Nem todas as pessoas têm as mesmas facilidades...”). No entanto, estas determinações coletivas geralmente surgem como desencadeantes/explicações para o âmbito individual da determinação, ou seja, falta educação (ou melhor, informação) para que a mãe ou a avó desempenhem seu papel como cuidadoras.

É interessante salientar o valor e atribuição dada aqui à organização social local. Apesar das queixas à inoperância da associação de moradores, coisa muito falada no dia a dia das consultas e das atividades educativas percebe-se o reconhecimento e a importância da organização social local para a resolução dos problemas. É comum ouvirmos críticas à associação de moradores local, tais como: privilégio de melhoramentos em áreas onde se localizam as residências dos dirigentes, procurar a população por interesses pessoais etc. Nesse sentido, valoriza-se a fala de uma líder comunitária que aponta para o valor das creches comunitárias como espaços de aglutinação e reflexão das famílias.

Antes de passar para o segundo grupo, dois discursos que traduzem o espírito solidário e as expectativas de uma vida normal devem ser realçados: “Tem muitos filhos com pais diferentes porque querem acertar com um homem” e “As pessoas querem ter vida normal com os filhos”. O primeiro é uma justificativa para o número de filhos considerado excessivo. Porém, ao invés das pessoas criticarem as outras, elas buscam entender que esse possa ser

um movimento de querer “dar certo” com um homem, isso porque provavelmente assim o vivem, elas próprias, parentes ou vizinhos. O segundo demonstra que, apesar de serem “porcas”, “descuidadas com seus filhos”, as mães como as de Chiquinho querem ter uma vida normal. Neste período de experiência com comunidades, tanto no espaço das consultas como por meio das reuniões educativas, pode-se constatar que a solidariedade espontânea entre as pessoas de uma mesma comunidade é muito freqüente e se expressa de diversas formas: através de ações concretas como doar comida, roupa, etc., ajuda no cuidado das crianças e nos afazeres domésticos na ausência dos responsáveis ou ainda, como expressa aqui, na torcida interna pela felicidade do outro.

Na quadro 2 chama a atenção o aumento do tamanho das falas em relação à dos responsáveis. Atribui-se isso ao fato das educadoras, embora residentes na comunidade, ao contrário das mães que falaram muito de histórias pessoais, estarem imbuídas aqui do papel institucional o qual representavam e, assim, se detiveram na análise do caso em si.

A primeira e mais importante conclusão que se pode ter após os discursos das educadoras sobre diagnóstico e terapêutica é que a inexistente qualificação delas, no exercício da educação das crianças na creche, apontada em algum momento pela direção e coordenação da creche, é falsa. Suas falas são de quem compreende a complexidade do problema de Chiquinho e de quem sabe apontar soluções viáveis e muito solidárias: “precisamos agir; nossa formação tem limite; precisamos da ajuda de atores externos; é importante que a ação seja construída coletivamente; é preciso que a ação seja articulada com outras instituições sociais; ações educativas com os pais fazem parte deste plano de ação”.

O primeiro conjunto de discursos, também presente nos conteúdos de discursos dos responsáveis, é o da determinação individual do problema. A mãe de Chiquinho tem responsabilidade, assim como a família. Outro determinante individual está no nível da alteração psicológica, na depressão.

O segundo grupo de determinantes, também presente no conteúdo dos discursos dos pais, está localizado nas questões coletivas, sociais e econômicas: o alcoolismo, a miséria e o desemprego.

O terceiro grupo de determinantes está na ordem da religiosidade, da falta de Deus (“Quando a pessoa não tem estímulo para cuidar do filho, falta Deus no coração, é isso!”). A solidariedade e a sensação de estar sendo cuidado ou protegido é uma das razões apontadas por Valla

(2001) do grande crescimento das igrejas evangélicas, onde as pessoas estariam buscando segurança e redes solidárias no meio de um cotidiano cheio de inseguranças, violências e incertezas.

Novamente, a primeira observação que se pode fazer é sobre o tamanho dos discursos. Na realidade, há um aumento progressivo dos mesmos, dos elaborados pelos médicos. Inicialmente, constituindo o grupo das questões individuais, estão a individualidade, a psora, o sofrimento e o comprometimento da vitalidade. É importante ressaltar a importância dada ao conceito de individualidade: “.. tem um passo que passa pela individualidade, a homeopatia vive disso”. Segundo Rosenbaum (2000), dentro da episteme homeopática, o individual pode ser visto como método, como centro da razão terapêutica. Observa-se uma concepção de individualidade que, por momentos, se desvincula das experiências de vida (“Estes dados do Chiquinho não necessariamente são compulsórios do estado de abandono... o tempo todo, quando adoecemos, os fatores externos vão desencadear aspectos específicos, mas individuais e, embora seja uma criança num estado de abandono, desproteção total, vai despertar um estado individual que numa outra situação já existe em potencial. Sempre o que vai aparecer vai ser da própria criança...”).

A psora é um conceito estritamente ligado ao aspecto individual. É a suscetibilidade individual da manifestação de fenômenos associados às alterações de saúde. Chiquinho representa a imagem viva da psora na medida em que todas as suas manifestações traduzem sensibilidade. O comprometimento da vitalidade acompanha o mesmo raciocínio (“... tem um comprometimento da vitalidade que permite isso enquanto o irmão tem uma vitalidade que não permite que a infecção tome conta dele dessa forma...”). Hahnemann (1979) define psora como a causa fundamental e real de todas as outras inúmeras formas de enfermidades que compõem a nosografia médica, desde a histeria, úlceras e câncer, até as dores de todas as classes. Representa o estado de suscetibilidade individual, que predispõe o organismo a fenômenos patológicos específicos, particulares daquele indivíduo.

Como consequência da exposição do princípio homeopático da individualidade, outro discurso fala da relatividade do conceito de contágio: “essas condições de contaminação não são tão absolutas, uma prova disso é o irmão, que dorme na mesma cama e não tem piolho... Existem outros fatores que não só o contato que influem na manifestação da enfermidade... A segunda coisa é mostrar à coletividade a relatividade do conceito de contágio”.

Quadro 2 - Síntese do conteúdo dos discursos das educadoras de creche sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES-CHAVE
Falta de higiene da mãe	Falta de higiene, a roupa vai para casa suja... Há falta de higiene... Tem gente que trabalha, estuda tem filho, tem cachorro, tudo mais e dá conta; vai dando um jeitinho e consegue; acho que tudo isso é sujeira mesmo, relaxada, porca...
Dificuldade de a mãe dar conta de tudo/ estar sobrecarregada	Há muita dificuldade da mãe dar conta de tudo... Até o segundo ano de vida era bem cuidado, com outros filhos o problema fica muito grande; não que justifique, mas... ela deve estar nervosa, atribulada, tantos filhos e agora grávida! A mãe está sobrecarregada com uma gravidez e começou a não dar muita atenção à essa criança e deixou todos os detalhes tomar conta da vida e da mente dela... a mãe não teria percebido que essa doença estava dentro da família por que ela estava muito sobrecarregada; ela além de ter muitos filhos...
Por causa da situação financeira	Pela situação financeira da mãe isso está acontecendo... ; a miséria também ajuda a situação, muitas vezes a criança não foi sempre maltratada... por falta de dinheiro
Por provável problema psicológico da mãe/	Pode ter tido problema psicológico com o primeiro filho, filhos de pais diferentes, parceiros diferentes... ela não está com condições psicológicas de cuidar dessa criança sozinha...
Por instabilidade da família	Vários relacionamentos não é vida estável, é vida “rotativa”, também pode trazer um monte de problemas para ela...
Por descuido da mãe	A mãe não pode esquecer do filho, ela tem que fazer de tudo para cuidar do filho; ela pode pedir ajuda a outros lugares para comprar sabão, sabonete; agora deixar o filho com roupas imundas, sujas... Sobrecarregada que não desse para cuidar da roupa da criança? Deixasse cachaça na roupa, essa coisa toda? Isso não justifica! Acho que bebe e isso tudo tem influência, mas deixar o filho de lado...
Por falta de conscientização da mãe	Há uma falta de conscientização da mãe mesmo... O problema é a mãe, a consequência vai pra criança...
Por falta de uma família organizada	Cada filho com homem diferente, isso é coisa de família que foi passando... A família não ajuda e isso acarreta muito problema; sem família a pessoa não cresce; a pessoa quer ter filho antes de tudo, antes de se formar como pessoa, isso a família é que dá, a família bem organizada ajuda muito, deve estar acontecendo algum problema agora que deixando a criança de lado... O piolho é uma coisa que está no mundo em geral e deve estar em toda a família. ; quando ele chegou a esta família ela já estava tomada de vários detalhes, muita coisa acontecendo até chegar a ponto do piolho...
Por falta de responsabilidade da mãe	Nenhuma criança pede para vir ao mundo, desde o momento que você põe no mundo deve arcar com a responsabilidade...
Por causa do alcoolismo	Ela é dependente (álcool), não está no seu estado normal, não tem como cuidar; ninguém com álcool no sangue e no seu organismo pode cuidar do seu filho direito, trabalhar direito ou cuidar da sua casa direito; não encontram saídas aí entram no vício, depois que entram no vício acabam... ela além de ter muitos filhos, deve ser dependente de álcool... o relaxamento por causado álcool e da dependência dela.
Por falta de emprego	Falta de emprego
Por depressão	Será que ela não está com depressão? Muitas coisas atordoando a mente dessa mulher e vendo acontecer isso com os filhos...
Ela não está assim porque quer	Na percepção que ninguém está assim porque quer, que todos queremos ser felizes...

Quadro 3 - Síntese do conteúdo dos discursos dos médicos da ONG HAPS sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES-CHAVE
Estado de abandono/descuido/ postergação	Um certo status de abandono, de postergação de atenção, de cuidados, dadas às condições em que a criança chega à creche, a família e com respeito a ele vem sendo deixado em segundo plano
Problemática de vida da sobrevivência	...é provável que essa mãe esteja tão envolvida com a problemática de vida, que o cuidado com os filhos seja coisa secundária, envolvida com uma problemática de vida da sobrevivência que pode não estar envolvida com o cuidado dos filhos, e quanto às crianças possam representar parte da problemática que ela não queira lidar
Características da criança/ individualidade	O lado da criança de ser medrosa, assustada, ser recolhida, necessitada de atenção de carinho... primeiro a questão da individualização, ou seja, dentro deste contexto esta criança sofre e dessa maneira específica e precisa de cuidados específicos...mas apontar isso como um exemplo da individualização... a doença como expressão individual...não acho que esses dados sejam compulsórios do estado de abandono não; eu acho que essa criança poderia ter um comportamento diferente, não precisaria ser especificamente assustado, medroso, recolhido a um canto, acredito que isso revela um pouco dele...afinal das contas o tempo todo quando adoecemos os fatores externos vão desencadear aspectos específicos, mas individuais e, embora seja uma criança num estado de abandono, desproteção total, vai despertar um estado individual que numa outra situação já existe em potencial, sempre o que vai aparecer vai ser da própria criança, os sintomas vão ser sempre daquela individualidade que foi agredida por algum fator externo, os sintomas que aparecerem serão sempre daquela individualidade presente...tem um passo que passa pela individualidade, a homeopatia vive disso... Acho importante essa diferenciação dos casos, piolho não é todo igual, sarna não é todo igual, tem a sarna naquele contexto, a sarna e o piolho naquela criança e isso é fundamental
Expressão do sofrimento da criança	Retomando a questão de apontar para a expressão do sofrimento da criança, talvez seja uma situação que a mãe pode dizer que não é pelos cuidados, já que o outro não está assim...tentar nessa questão, apontar o sofrimento como o da individualidade mesmo, no sentido do sofrimento, ela está sofrendo mais do que os outros... Acho que é válido o ressaltar do sofrimento; eu trato todo mundo igual, mas será que as pessoas sendo diferentes não requerem cuidados diferentes? Não privilegio ninguém...mas apontar para que talvez esse precise mais mesmo...as pessoas são diferentes, precisa mais mesmo e apontar isso com um dado da doença, o sofrimento..
Estado de carência extrema	O estado que se encontra é muito extremo, o estado de carência...
Psora	...a imagem construída desta criança para mim é a imagem típica da psora e de tudo que está no entorno provocando a psora...é como ele está, é uma descrição psórica, não dá para saber que psora é... a noção de que isso é a representação de um quadro psórico de sofrimento...
Obstáculos à cura	O entorno é o que Hahnemann define de obstáculos à cura
Comprometimento da vitalidade	Uma criança acometida de sarna, de uma maneira geral como essa, tem um comprometimento da vitalidade que permite isso enquanto o irmão tem uma vitalidade que não permite que a infecção tome conta dele dessa forma
Problema social	Não podemos devolver a criança para a casa sem que a casa se modifique, se existe um problema social evidente...
A ONG não trata de todas as crianças da creche/ comunidade...	A gente não pode perder de vista que a gente não trata de todas crianças, uma minoria e isso talvez faça parte do problema que a gente tem...
As condições de contaminação não são absolutas	Essas condições de contaminação não são tão absolutas, uma prova disso é o irmão, dorme na mesma cama e não tem piolho...existem outros fatores que não só o contato que influem na manifestação da enfermidade...a segunda coisa é mostrar à coletividade a relatividade do conceito de contágio

A constatação do abandono, do descuido da criança, vem neste conjunto de discursos imediatamente justificada na luta pela sobrevivência (“... ele vem sendo deixado em segundo plano... é provável que essa mãe esteja tão envolvida com a problemática de vida que o cuidado com os filhos seja coisa secundária, envolvida com uma problemática de vida da sobrevivência que pode não estar envolvida com o cuidado dos filhos”), no problema social da família (“O estado que se encontra é muito extremo, o estado de carência...”). São os obstáculos à cura que, segundo Hahnemann (1979), deveriam ser removidos. No seu *Organon of medicine* afirma que a única missão do médico é curar de forma rápida, suave e permanente os pacientes (HAHNEMANN, 1979). Para isso indica a necessidade de se investigar e conhecer o que existe de curável no paciente e o que existe de curativo nas substâncias medicamentosas. Mais adiante, o mesmo autor aponta para outros fatores que estariam fora do campo do tratamento medicamentoso, mas que nem por isso deveriam merecer menos atenção na prática médica. É o que denominou de obstáculos à cura, aos quais o médico deveria dedicar uma investigação cuidadosa. Fazem parte dos exemplos listados, erros e ou excessos alimentares, falta de higiene, sedentarismo ou excesso de atividades físicas, condições precárias de moradia, necessidades materiais na vida, etc. Recomenda que sejam evitadas ou removidas o mais rápido possível, pois podem tornar inviável o tratamento homeopático. Não está descrita a forma como isto deveria acontecer.

DISCUSSÃO

Na perspectiva da EP, diferente das ciências sociais através da qual se vai à realidade para ver, analisar e entender por meio de referenciais específicos, a ida até as experiências vividas no cotidiano das classes populares, objetiva mudanças, soluções para problemas vividos e entendidos por todos os atores envolvidos. Através de sua metodologia participativa e problematizadora, é possível conhecer o que as pessoas conhecem e entendem sobre os seus problemas, como também construir coletivamente soluções que podem estar centradas em ações assistenciais, de apoio social, educativas, de participação política, etc. O diagnóstico, na prática clínica, necessita ser conhecido em toda a sua complexidade e acreditar que se possa entendê-lo exclusivamente com conhecimento técnico pode significar uma ilusão de que se está cuidando da saúde das pessoas.

A formação médica, apesar de esforços variados que a questionam e promovem propostas de mudanças, ainda é uma formação que privilegia a tecnologia em detrimento das considerações humanísticas e sociais. Os médicos,

independente da racionalidade a qual estejam vinculados, apesar de saberem da importância do contexto social na situação de saúde das pessoas, apresentam, na maioria das vezes, dificuldades para articular o raciocínio em situações complexas de saúde, em que se faz necessário integrar saberes distintos, saber científico e saber popular, sendo de suma importância a perspicácia e a criatividade.

As condutas terapêuticas, ditadas nos livros e ensinadas nas faculdades de medicina, estão colocadas sempre para uma realidade não complexa, quase que linear, que pouco prevê as dificuldades de existência em que vivem a maioria das populações. Nesse sentido, os profissionais devem considerar a necessidade de estender sua formação enquanto atuam. Exemplificando com a questão exposta nesta pesquisa, quando é recomendada, no caso da escabiose, a troca diária da roupa de cama ou, na pediculose, que crianças durmam isoladas de outras, não se considera que estas recomendações possam ser impossíveis de serem seguidas. As pessoas consideradas têm tantas roupas de cama quantas seriam necessárias? As crianças destes grupos populares costumam (ou podem) dormir sozinhas em camas individuais?

É necessário pensar que condutas alternativas, complementares devem ser construídas e saber que essa construção só pode se dar quando se conhecem as condições de vida, a estrutura cultural específica com quem se trabalha e ainda, principalmente, considerar que estas condutas, prescrições ou “saídas” só serão viáveis e legítimas se construídas coletivamente, junto com as comunidades. Vasconcelos (1999) aponta para a diferença entre cientistas sociais e os profissionais de saúde e diz que, para estes últimos, o aprofundamento do conhecimento se dá em grande parte durante o processo de intervenção. Para Vasconcelos (2003), nos países latinos americanos, os profissionais de saúde tendem a ter uma cultura que enfatiza o papel do profissional no processo de tratamento e cura em detrimento de dispositivos de cuidados mais horizontalizados, centrados na perspectiva do empowerment, na auto e/ou co-gestão dos serviços e no suporte mútuo. A possibilidade de transformar significados individuais em experiências coletivas através do cuidado, da escuta, do suporte à dor deveria ser base às práticas profissionais e serviços de saúde.

Ao trabalhar com comunidades é muito comum se ter a idéia de que os problemas de saúde podem ser resolvidos, ou diminuídos, se a comunidade se organiza “melhor” e se conseguirmos que ela participe, saia de sua “apatia” e atente para o que lhe é apresentado. Ou seja, a idéia é que existem soluções prontas e que elas são elaboradas por nós, os técnicos, mesmo antes que se conheçam as características daquelas pessoas, suas necessidades e seus

desejos. Há uma negligência, e até mesmo um desrespeito, com as possibilidades e iniciativas daquelas pessoas em detrimento de um valor dado a fórmulas reconhecidas e divulgadas no saber oficial. Segundo Wong Un (2002), é muito comum ver os profissionais de saúde converterem processos complexos, ricos em tradições culturais de saber e sabedoria em blocos sólidos, rígidos, impossibilitando o olhar da conexão fundamental que temos entre todos, o sentimento de comunidade.

A formação do médico homeopata, em função da racionalidade em questão, acrescenta algumas particularidades importantes de serem consideradas. A construção do princípio de individualidade e de suscetibilidade particular do sujeito, assim como o de totalidade dos sintomas (abordagem clínica integralizante sobre o discurso ou narrativa dos pacientes) implica necessariamente uma investigação e uma escuta ampla e livre de preconceitos. Isso quer dizer que tudo aquilo que o usuário traz, que é vivido e/ou compreendido por ele como sendo o mal estar que o leva ao médico, é não só ouvido como, principalmente, considerado tanto na avaliação diagnóstica como na terapêutica. Desta forma não causa estranheza (e é até valorizado) ao médico homeopata o conjunto de dimensões que compõem a queixa do usuário, para o qual falar e saber que está de fato sendo ouvido são de extremo valor. No trabalho clínico com as classes populares, estas dimensões são sempre muito observadas, ao contrário de outras classes sociais, onde a informação biomédica e psicológica facilita interpretações que suprimem as observações espontâneas. Assim é muito fácil para um usuário de classe popular dizer que a sua dor, por exemplo, se relaciona com determinada fase lunar ou que ela só aparece quando está com determinado estado de humor. O exercício contínuo deste tipo de prática possibilita ao profissional a compreensão da lógica de saúde (abrangência do conceito do complexo saúde/doença e os mecanismos pelos quais se manifesta) que têm as classes populares, facilitando, com isto, a articulação dos diversos saberes, e ao usuário uma experiência de valorização daquilo que faz parte dos seus conhecimentos, o que estimula a auto-estima e o autoconhecimento do corpo e da mente na relação com o mundo. Entretanto, mesmo com esta possibilidade, é muito difícil escapar das estratégias conhecidas. Neste trabalho, por exemplo, o discurso dos médicos homeopatas ainda reproduz um modelo de transmissão de conhecimento que seria considerado, dentro da ótica “freireana”, uma concepção de educação bancária. Embora tendo a possibilidade de conhecer através das características próprias de sua prática a complexidade contida na questão da saúde, não conseguem escapar do modelo higienista que

espera transformar os indivíduos ignorantes com hábitos e comportamentos não saudáveis. E se, por um lado, o homeopata acolhe toda a narrativa do usuário/paciente, por outro, no passo seguinte, ele o amolda à racionalidade homeopática, o que muitas vezes significa uma interpretação própria. E ainda, posteriormente, quando se promove o retorno das questões processadas dentro da lógica do médico, de forma alguma se objetiva a construção conjunta do diagnóstico ou da terapêutica. Estas são prerrogativas do médico, assim como na biomedicina.

A educação popular, através de sua metodologia participativa, em que comparecem distintos saberes, favorece a elaboração e a apropriação de um saber-instrumento que formula e encaminha propostas. Para isso, é necessário que, conjuntamente, se reconheçam os problemas e as questões que merecem ser respondidas e solucionadas (COSTA, 1977). Para Vasconcelos, (1999) a Educação Popular e Saúde (EPS) inova na medida em que, ao buscar relacionar problemas específicos com o contexto político e econômico geral, não separa as dimensões materiais dos problemas sociais da cultura e saber. Freire (2002), no seu primeiro livro “Educação e atualidade brasileira”, com um texto que continua bastante atual, aponta para o saber democrático como o único capaz de se incorporar ao homem de forma existencial e experimental. Este deve ter a consciência de sua responsabilidade social e política vivendo, participando, atuando. O autor reafirma a força democratizadora do diálogo, onde o sujeito rejeita posições quietistas e se faz participante.

A experiência desenvolvida na ONG HAPS pode favorecer a demonstração da educação popular e saúde como uma possibilidade de melhor instrumentalizar os profissionais de saúde. Afirma-se isso com base na constatação da capacidade deste tipo de prática ampliar a discussão das questões subjetivas, simbólicas, envolvidas no plano da saúde e na possibilidade de conhecer as condições objetivas de vida das pessoas, facilitando uma ação que redimensione a prática homeopática para além das expectativas que não estão colocadas quando não se consideram os obstáculos à cura. Durante uma das discussões médicas realizadas, avaliávamos os resultados clínicos obtidos com as crianças da campanha “Adote a saúde de uma criança” e constatávamos que, embora tivéssemos conseguido melhoras importantes nas questões referentes aos quadros clínicos das crianças, o mesmo não acontecia com os sintomas mentais (FONSECA *et al.*, 2004). Não foi difícil constatar que condições sociais que envolviam depressão, violência comunitária e doméstica, dependências químicas dentro das famílias e na comunidade como um todo, estavam na

base da explicação desta questão. Existem dificuldades para uma avaliação que considere as diversas realidades a que estão submetidas as pessoas. Penso que se coloca a urgência dessa discussão para a episteme homeopática. A escuta de tantos determinantes, condicionantes, desencadeantes e agravantes relacionados com o adoecer e com as queixas trazidas pelos pacientes permite o contato com o universo complexo do campo da saúde. O caso clínico é o um dos registros destas observações.

ANÁLISE COMPARATIVA DAS IDÉIAS CENTRAIS DOS DISCURSOS SOBRE O DIAGNÓSTICO CONFORME OS ATORES SOCIAIS

Os conteúdos dos discursos são discutidos através de algumas questões mais gerais que perpassam todos eles e que permitem fornecer material de avaliação da aplicação do caso clínico. Os dois grandes grupos que orientam a discussão comparativa são os níveis individuais e coletivos dos determinantes deste problema. Para orientar a análise do material empírico, foi construída uma quadro (quadro 4) para que se possa ter idéia dos diversos DSC-discursos dos responsáveis, das educadoras e dos médicos-e que, visualizados desta maneira, permite uma análise comparativa.

Como se pode observar na quadro 4, as questões sócio-econômicas estão mais diversificadas nos responsáveis, atores sociais menos comprometidos institucionalmente dos três e mais próximos da realidade de Chiquinho. Fala-

se da assistência médica, psicológica, mas também se faz referência à organização social local. Fala-se de drogas, de álcool e pobreza. As educadoras fazem referência à pobreza, miséria, mas também ao desemprego e ao alcoolismo. E os médicos comentam as questões sociais associadas à solução, à cura. Minayo (1988) aponta que o conhecimento etiológico dentro da cultura popular é holístico e ecológico, englobando todas as dimensões da vida em sociedade quais sejam: natural, psicossocial, sócio-econômico e sobrenatural.

As questões consideradas conjunturais presentes no discurso dos responsáveis foram separadas das individuais e sócio econômicas, pois podem afetar os indivíduos e/ou a sociedade como um todo. Para educadoras e responsáveis, pessoas da mesma comunidade, mas com papéis distintos neste momento, os problemas de saúde têm natureza afetivo-relacional-social, enquanto para os médicos os mesmos problemas são próprios de um tipo social de doente e do próprio indivíduo. Para estes últimos, o objeto de identificação e de intervenção está centrado nos sinais e sintomas apresentados, enquanto que, para os outros atores, este mesmo objeto é a experiência de vida e suas relações afetivo-sociais. A resposta seguinte à identificação do objeto é, para os médicos, a classificação ou sistematização do conjunto de sinais e sintomas observados. Para as responsáveis e educadoras, a resposta é a analogia ou “bricolage”. No quadro 5, busca-se sintetizar esta observação do diagnóstico relacionando o tipo de conhecimento com o objeto de identificação e a resposta conseqüente.

Quadro 4 - Quadro Comparativo dos DSC sobre o Diagnóstico

EDUCADORAS	RESPONSÁVEIS	MÉDICOS
Questões individuais: responsabilidade da mãe/ responsabilidade da família/ problema psicológico/ depressão	Questões Individuais: Falta de cuidados/ Falta de amor/ Falta de higiene/ É como se não tivesse filho/ A constituição da criança/ A falta de motivação/ As mães que precisam de ajuda não vêm à reunião/ A violência produto do nervosismo dos pais / O número de filhos/ O desejo de acertar com um homem	Questões Individuais: individualidade/ psora/ sofrimento/ comprometimento da vitalidade
Questões sócio-econômicas: Alcoolismo/ Desemprego/Miséria/Falta de dinheiro	Questões sócio-econômicas: Pobreza/ Falta de assistência médica/ Falta de educação/ O contágio fácil na comunidade/ Álcool/ A morte como liberdade para as drogas/ A falta de uma associação de moradores forte	Questões sócio-econômicas: Estado de abandono/ postergação/estado de carência extrema/ Problemática de vida da sobrevivência/ Problema social/ obstáculos à cura
	Questões conjunturais: A globalização/ Tempos mudaram/ A televisão	
Falta de Deus/Religiosidade		

Quadro 5 - Tipo de conhecimento produzido por diferentes atores sociais sobre o diagnóstico de Chiquinho

TIPO DE CONHECIMENTO	OBJETO DE IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA
Técnico-científico	Sinais/Sintomas	Classificação
Senso comum	Experiência de vida e Relações Afetivo-Sociais	Analogia (“bricolage”)

As questões individuais nos médicos estão centradas na criança, no paciente, enquanto que, nas educadoras e nas responsáveis, elas estão divididas entre a mãe, a criança e a família. O pai não é responsabilizado, nem lembrado por nenhum dos três grupos. Está nos moldes de nossa cultura o papel da mulher como cuidadora, de sua família, dos vizinhos e amigos. Uma discussão que sustenta cultura versus natureza baseia a origem deste atributo (KING, 1997). Cuidar implica algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos, é corresponder às necessidades particulares, concretas, físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais dos outros. Em nossa sociedade, as estruturas privadas que envolvem “cuidar de” localizam-se especialmente na família e o cuidar é uma atividade regida pelo gênero, tanto no âmbito do mercado, como na vida privada. Os papéis tradicionais de gênero implicam que os homens tenham “cuidados com” e as mulheres “cuidem de” (TRONTO, 1997). O aumento da heterogeneidade dos tipos de núcleo familiar nos arranjos brasileiros aponta para uma redução dos arranjos de núcleo composto (casal) e aumento de núcleo simples constituído por uma mulher, principalmente (MEDEIROS; OSORIO, 2002).

Na saúde pública, a abordagem do nível “coletivo” é central. Ela surge dentro do panorama das grandes epidemias que assolavam vastas camadas da população, onde as ações planejadas visavam dar atenção a muita gente. O estudo e desenvolvimento da epidemiologia expressam isso. O conceito de individualidade é fundamental na teoria e prática homeopáticas. No trabalho desenvolvido por Samuel Hahnemann (1982), criador da homeopatia, pode-se ver como este conceito foi evoluindo, desde uma individualidade captada de uma imagem estática das pessoas que atendia (no início da sua vida profissional como médico homeopatia, tendia a olhar o paciente de uma maneira fotográfica retratando apenas o quadro do transtorno presente naquele momento específico da consulta), a uma construção dinâmica, onde se considera uma totalidade biográfica, para além das representações patológicas do presente e passado. O sujeito hahnemanniano conserva o sentido aristotélico do termo, e a proposta é considerar a homeopatia como uma medicina do sujeito (ROSENBAUM, 2000). Entretanto, numa perspectiva sociológica como a proposta por Elias (1994), a individualidade que o ser humano desenvolve é

o produto de todo um processo onde se considera a constituição natural de cada um e a estrutura pré-existente de relações onde este ser cresce e se desenvolve. Seu destino é específico de cada sociedade. A interdependência das funções individuais em sociedades complexas faz com que os atos individuais se vinculem ininterruptamente formando longas cadeias de atos. Assim cada pessoa é prisioneira ao viver em permanente dependência funcional de outras (ELIAS, 1994). Para Morin (1999), quanto mais autônomo é um sistema vivo, tanto mais ele é dependente em relação a um ecossistema, e a individualidade humana é ao mesmo tempo o que há de mais emancipado e de mais dependente em relação à sociedade.

A teoria sobre sistemas complexos tem apresentado possibilidades e conseqüências positivas quando aplicadas ao campo da saúde. Morin (2003) afirma que a ambição da complexidade é prestar conta das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, categorias cognitivas e tipos de conhecimento e que, ao aspirar a multidimensionalidade, o pensamento complexo comporta em seu interior um princípio de incompletude e incerteza. Neste sentido, a parte está no todo, mas também o todo está na parte.

DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO COMO INSTRUMENTO

O caso clínico, como instrumento de problematização, é sempre muito bem recebido, principalmente quando fica claro que nós não temos as respostas e que o desejo e a técnica sejam encontrados por meio das discussões e interações. A idéia de construir o caso com as pessoas interessadas tem sido uma experiência nova e com muitas possibilidades. Construir coletivamente é ter o olhar de quem conhece e vive a realidade sobre a qual se está problematizando, além de ser um meio de conhecer as necessidades locais de saúde. A abordagem educativa, a partir de situações problema, é coerente e bastante comum na abordagem da EP. Considerando que se está no campo da saúde e que o trabalho educativo estaria privilegiando os usuários de homeopatia, a adoção deste instrumento visou problematizar sobre o material em comum entre profissionais médicos e pacientes/usuários, as histórias clínicas homeopáticas. Estas contêm narrativas das queixas clínicas

orgânicas e/ou emocionais trazidas e associadas a toda a complexidade da vida e com relações entre si tipo causa-efeito, de agravação ou melhoria. Embora exista uma necessidade técnica de adequar o material trazido pelos pacientes à racionalidade correspondente, há espaço para relatar e registrar um discurso livre. É o *relato espontâneo* da homeopatia.

A experiência desenvolvida ao longo destes anos, utilizando e problematizando através deste instrumento, tem nos levado à conclusão de que diversos objetivos podem ser alcançados por meio dele. As narrativas dos pacientes suportam vários tipos de recortes de acordo com a proposta colocada, sendo apresentado nas oficinas apenas um conjunto de trechos para efeito da reflexão proposta. O caso de Chiquinho não era um caso para formação ou aprimoramento do médico homeopata. Por essa razão, os médicos reconhecem nos seus discursos que não conseguiriam prescrever com os dados apresentados. O tipo de caso clínico deve caminhar em sintonia com os objetivos de cada oficina. Por outro lado, os objetivos devem refletir as necessidades globais e locais que representam aspectos específicos da comunidade considerada e que, ao serem problematizados, podem vir a definir propostas concretas. Por fim, deve estar declarada a intenção da metodologia da construção coletiva do conhecimento, o que significa técnicos comprometidos com a escuta e a relevância ao saber popular.

Os casos clínicos, a partir de uma determinada idade dos pacientes/usuários, costumam ser apresentados através de depoimentos na primeira pessoa. Da mesma forma que aponta Vasconcelos (2003) com relação ao campo da saúde mental, através do registro de narrativas é possível a apropriação de experiências dramáticas de vida, dando um novo sentido a elas em um conjunto mais compreensível de eventos, sentimentos e sensações integrados em um todo. Observa-se, ainda, a possibilidade de que outros educandos tenham contato entre si e aprendam individual e coletivamente a partir daqueles que têm outra experiência no processo de lidar com a doença naquele contexto social. É uma afirmação da experiência subjetiva humana e de seu papel como sujeito, em detrimento da autoridade e narrativas de profissionais e especialistas que contam a história com o seu olhar. E, ainda, uma estratégia de mostrar como as representações sociais culturais e institucionais modelam a experiência de estar doente, denunciando os conflitos e as estruturas de poder entre usuários e as culturas institucionais de assistência, marcadas pela polarização entre passividade (dos pacientes) e atividade (pelos profissionais).

A suscetibilidade que acompanha o ser individual, reconhecida pelas pessoas nas nossas oficinas (*“a constituição*

de Chiquinho diferente daquele descrita no irmão”), permite não só estabelecer parâmetros que favoreçam uma boa prescrição, quando esta se torna necessária, como também fazer prognósticos que previnam alterações mais graves de saúde. Quando os médicos falam no desenvolvimento de instrumentos que favoreçam, por parte das responsáveis e/ou educadoras, o reconhecimento da vitalidade/ gravidade vital das crianças de certa maneira se está referindo à individualidade e a suscetibilidade. Trabalhar com estes conceitos, básicos para uma racionalidade médica vitalista, favorece uma abordagem biológica que poderia facilmente ser utilizada pelas pessoas da comunidade e que, de certa maneira, contribuiria para identificação do grau de comprometimento da saúde dos envolvidos.

O caso clínico, através das narrativas apresentadas, tem uma grande importância como revelador de processos individuais e coletivos, subjetivos e objetivos que permitem produzir conhecimento entre pacientes/usuários/educandos, assim como formar profissionais mais sensíveis na medida em que os coloca frente a situações não experimentadas por eles. Como registro das queixas relatadas sob o olhar de quem as vive e as observa, conhece, teme, traz por um lado a diversidade e complexidade dos fatores associados ao binômio saúde/doença, apresenta a determinação multicausal presente na saúde, assim como é um instrumento que permite que, através dos contextos biológicos, sociais e emocionais estampados, se conheçam representações dos atores envolvidos. É possível ainda saber como as pessoas “dão conta” das adversidades e com isso aprender mais sobre a saúde das populações. É possível, ainda, ao problematizar questões que representam demandas coletivas, encontrar soluções conjuntas que expressem a construção de um conhecimento através do saber popular e o do saber técnico.

Com relação especificamente ao caso de Chiquinho, algumas considerações se fazem necessárias. O caso foi construído a partir do olhar das educadoras, mas não junto com elas. Isso fez com que se privilegiasse uma história dramática, talvez extrema, com relação ao problema demandado e não uma história representativa do que é mais comum. Como foi dito anteriormente, as mães/avós fizeram muitas referências às suas histórias pessoais. É provável que esta tenha sido a forma encontrada de dizer “nós não somos como a mãe de Chiquinho”. Este caso foi tomado em detrimento das histórias mais comuns de escabiose e pediculose, inicialmente porque foram casos como este que as educadoras trouxeram na nossa reunião. Pode-se pensar que elas tenham trazido justamente porque seriam considerados os mais difíceis de serem tratados, os mais

rebeldes às orientações de higiene levadas por elas no dia a dia da creche e por serem estes os que mais demandariam ações conjuntas e articuladas. Posteriormente, também se considerou que este tipo de caso seria rico para a discussão da complexidade de aspectos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo da produção de conhecimento em saúde, as contribuições de outras racionalidades médicas que permitam uma visão mais integral do binômio saúde/doença e que possibilitem pensar relações mais humanas com os pacientes/usuários são importantes e devem ser consideradas. Todas as práticas que se desenvolvem na área da educação em saúde estão assentadas sobre um conhecimento específico que permeia, desde a concepção do conceito de saúde, até as terapêuticas aplicadas. Tentamos trabalhar nesta pesquisa com a idéia de que existe outra abordagem, a racionalidade homeopática, que além de trazer contribuições no diagnóstico dos transtornos de saúde é capaz de problematizar e provocar reflexões sobre toda a complexidade presente na discussão sobre saúde.

A realização de um trabalho deste tipo, que se desenvolveu sobre uma demanda real e local, gerou resultados e alcançou objetivos que vão muito além do que se pretendia e propunha inicialmente. É possível realizar hoje, após todo este processo, mesmo que de forma indireta, uma avaliação do trabalho educativo, dos profissionais, das relações ONG/creche e da própria instituição. Além disso, estão apontadas direções dentro do campo da formação médica com e a partir da EPS.

Avalia-se que a EPS esteve presente em todas as oficinas desde o momento em que se valorizou o diagnóstico trazido pelas pessoas e na medida em que posteriormente se optou por encontrar soluções que contemplassem as opiniões, idéias trazidas por todos os participantes. Entretanto, se perdermos de vista o caráter processual da EP, corremos o risco de afirmar que esta só se deu no fim da oficina com as educadoras quando após a apresentação e reflexão sobre o caso clínico, se sistematizaram ações para mudanças.

A maioria das pessoas deste grupo social desconhecia a homeopatia e tem sido interessante saber de que forma o nosso trabalho tem chegado e tem sido transmitido a elas. Assim, muitos chegam lá sem saber exatamente o que vão encontrar. São pessoas que vêm acostumadas a consultas médicas rápidas, restritas às queixas do momento. Ao perceberem que suas consultas 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.

Nossos laços afetivos com essas pessoas vêm sendo construídos naturalmente através destes encontros. Além disso, o trabalho desenvolvido através das atividades de EPS vem permitindo uma aproximação com a comunidade para além dos consultórios, o que favorece o estreitamento das relações afetivas e o conhecimento das necessidades. Nesse aspecto, pode-se falar da limitação da relação médico paciente mesmo considerando as particularidades desta dentro da homeopatia.

A experiência da população na sua relação com os governos, técnicos e outros agentes de mediação, e também com os grupos locais de poder, indica que é preciso muito mais que informações técnicas para a construção de caminhos para a solução dos problemas (OLIVEIRA, 2000). A população fala e, ao falar, diz coisas cujos significados, pelo que apontam os dicionários, são entendidos, mas que não se compreendem os valores e muito menos os fatos sociais que levaram as pessoas a dizerem o que dizem. Não há teoria que no nível sócio-cultural possa dar conta desta lógica. É apenas no convívio e na escuta em que circulam razão e emoção, técnicas e afetos, Oliveira (1998), que se possibilita a descoberta e a produção conjunta de uma significação nova.

REFERÊNCIAS

- CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2002. 404 p.
- COSTA B. B. Para analisar uma prática de EP. **Educação popular CEI**. Rio de Janeiro: Tempo e Presença, 1977, supl.17, p. 2-25.
- ELIAS, N. **A Sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 201 p.
- FONSECA, A. et al. Avaliação dos Resultados do Tratamento Homeopático de Crianças do Morro dos Cabritos-Rio de Janeiro. **Revista de Homeopatia/APH**, São Paulo, v. 69, n. 1-4, p. 39-62, 2004.

- FREIRE, P. **Educação e atualidade brasileira**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2002. 121 p.
- HAHNEMANN, S. **Organon of medicine**. 6th ed. New Delhi: Jain Publishing, 1979. 314 p.
- HAHNEMANN, S. **The chronic diseases, their peculiar nature and their homoeopathic cure**. New Delhi: Jain Publishing, 1982. 269 p.
- KING, Y. Curando as feridas: feminismo, ecologia e dualismo natureza/cultura. In: JAGGAR A.M.; BORDO S. R. (Org.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Ventos, 1997. p. 127-153.
- MEDEIROS, M.; OSORIO, R. Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998. **Textos para discussão - IPEA**, Brasília, n. 886, p.1-21, jun. 2002.
- LEFÈVRE, F. et al. **O Discurso do sujeito coletivo - uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 138 p.
- LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Série Estudos Em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 62, p.1-32, out. 1993.
- MINAYO, M. C. S. Saúde - Doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p.363-381, dez. 1988.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 344p.
- MORIN, E. **O paradigma perdido: a natureza humana**. 6. ed. Portugal: Publicações Europa-América, 1999. 222p.
- OLIVEIRA, R. M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 2, p. S69-S78, 1998.
- OLIVEIRA, R. M. **A Produção de conhecimento em saúde em escala local: repensando a relação entre investigação científica e a experiência dos grupos populares**. 2000. 221 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.
- PAGLIARO, G., E. **Caso clínico e anamnese homeopáticas na construção de uma prática de educação popular em saúde**. 2001. 65 f. Monografia (Especialização em Educação em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. **Plano de ação social integrada simplificado: comunidade morro dos cabritos**. Rio de Janeiro, jun. 2000. 13 p.
- ROSENBAUM, P. **Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 212 p.
- SPINK M. J. P.; LIMA H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.
- TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR A. M.; BORDO S. R. (Org.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Ventos, 1997. p.187-203.
- VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços de educação e saúde. In: VALLA V. V.; STOTZ E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993a. p. 87-100.
- VALLA, V. V. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras In: VALLA V. V.; STOTZ E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993b. p. 101-112
- VALLA, V. V. **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. 144 p.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003, 382 p.
- WONGUM, J. A. **Visões de comunidade na saúde: comunalidade, interexistência, e experiência poética**. 2002. 153 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

Submissão: dezembro de 2007

Aprovação: maio de 2008
