

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS, AMBIENTE E
SOCIEDADE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**APOIO SOCIAL E A CONCEPÇÃO DO SUJEITO NA SUA INTEGRAÇÃO
ENTRE CORPO-MENTE: UMA ARTICULAÇÃO DE CONCEITOS NO
CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA.**

ALDA LACERDA

Orientador: Prof. Dr. VICTOR VICENT VALLA

Rio de Janeiro

2002

Esta dissertação é dedicada à minha mãe Aura,
por me incentivar a realizar os meus desejos e
pelo seu constante carinho, cuidado e atenção.

Agradecimentos

Agradeço a rede de solidariedade dos meus pais, parentes e amigos, e as pessoas mais próximas que contribuíram emocionalmente e intelectualmente.

As amigas Cecília e Mirna pela ajuda nos momentos de dúvidas e questionamento, pelos insights e pelo empréstimo de livros que me foram muito úteis.

À amiga Claudia pela sua preocupação e pelos constantes telefonemas para me dar força e apoio.

Ao amigo Paulo pelo incentivo, pela confiança e por ter se interessado em ler o trabalho e dar a sua opinião.

Quero fazer um agradecimento especial ao meu orientador e amigo Victor Valla, pela oportunidade de ter sido sua orientanda, ter compartilhado momentos de conhecimento que muito me ajudaram e pela confiança e valorização do meu trabalho. E também por ter me introduzido a um tema tão novo e ao mesmo tempo tão antigo que é o apoio social, e que sem dúvida será relevante na minha prática clínica cotidiana.

Não posso deixar de agradecer aos meus pacientes, fontes de inspiração, e que me estimulam a aprofundar o conhecimento, rever a minha prática médica e pensar em formas mais humanizadas de atendimento.

Agradeço também a todos que, de uma forma ou de outra contribuíram para este trabalho.

RESUMO

O apoio social é uma das estratégias da população para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde-doença, principalmente diante dos limites dos serviços públicos de saúde em termos de acesso, resolutividade e cura. Partindo do pressuposto de que o apoio social beneficia a saúde física e mental porque acolhe e cuida dos sujeitos como uma totalidade de corpo-mente, o presente estudo tem como objetivo geral articular a teoria do apoio social com a concepção de totalidade do sujeito no campo da saúde pública. Os objetivos específicos são, em primeiro lugar, identificar as analogias entre apoio social e os conceitos homeopáticos de saúde-doença, individualização e suscetibilidade; e em segundo lugar, ampliar a discussão do apoio social e totalidade do sujeito no contexto da promoção da saúde.

A metodologia foi fundamentada na pesquisa bibliográfica, utilizando os conceitos homeopáticos como referencial teórico para pensar no sujeito enquanto totalidade. Os resultados sugerem que a homeopatia e o apoio social são práticas de cuidado centradas na totalidade do sujeito e abordam o conceito de saúde na sua positividade, estando inseridos nos pressupostos da promoção da saúde. Foi evidenciada uma aproximação entre a teoria do apoio social e os conceitos homeopáticos, em que ambos estimulam a autonomia dos sujeitos e os remetem a um projeto de saúde.

No contexto da promoção os conceitos do apoio social ajudam a repensar as práticas sanitárias a partir do modelo da rede social, como uma proposta para atender as demandas e necessidades dos sujeitos e enfatizar o cuidado e a atenção integral à saúde.

Palavras chaves: *Apoio Social; Homeopatia; Saúde Pública; Promoção da Saúde*

ABSTRACT

Social support is one of the strategies of the population to face the complexity of health-disease problems, mainly if one considers the public health services limitations, in terms of access, solubility and cure. From the presumption that social support is beneficial to both mind and physical health, because it encompasses human beings in its totality body-mind, the present study has as general objective to articulate the social support theory with a subject's totality in the field of public health. The specific objectives are, primarily, to identify the analogies between social support and the homeopathic concepts of health-disease, individualization and susceptibility. Secondly, the objective is to broaden the discussion of social support and a subject's totality in the context of health promotion.

The methodology employed was a revision of literature, using the homeopathic concepts as a theoretical reference to think the subject within its totality. The results suggest that homeopathy and social support are assistance procedures centered in the subject's totality and approaching the concept of health in its positiveness, therefore being in accordance with the presumptions of health promotion.

Proximity between the social support theory and the homeopathic concepts was evident, that both stimulate the subject's autonomy and drive them to a health project.

Within the context of promotion, the concepts of social support help to rethink the sanitary practices, starting from the model of social network, as a suggestion to satisfy the subjects' demands and needs and to emphasize an integral health care.

Key words: *Social Support; Homeopathy; Public Health; Health Promotion*

“Que um dia eu esteja pronto e amadurecido no
no grande meio-dia, pronto e amadurecido
tal qual o bronze ardente, a nuvem prenhe,
pronto para mim próprio e para o querer
mais secreto,
um arco no ardor de sua flecha, uma flecha
no ardor de seu astro”.

Friederich Nietzsche

SUMÁRIO

| | Página |
|---|--------|
| Introdução: | 01 |
| | |
| Capítulo I - Apoio Social: Uma Estratégia de Resistência da População aos Problemas de Saúde-Doença | |
| 1.1 - Apoio social como proposta de enfrentamento | 09 |
| 1.2 - Estresse e estressores..... | 14 |
| 1.3 - Funções ou tipos de apoio social..... | 18 |
| 1.4 - O cuidado como proposta aliviar o sofrimento | 20 |
| 1.5 - Rede social | 23 |
| 1.6 - Rede social como instrumento analítico do apoio social | 25 |
| 1.7 - A Rede social na prática clínica cotidiana | 27 |
| | |
| Capítulo II - A Homeopatia e o Apoio Social | |
| 2.1 - A origem do dualismo: influências do pensamento cartesiano..... | 30 |
| 2.2 - A medicina científica moderna como o modo de produção de verdades..... | 31 |
| 2.3 - Contextualizando a homeopatia | 32 |
| 2.4 - A visão homeopática do processo de saúde e doença | 35 |
| 2.5 - O sujeito e a individualização | 41 |
| 2.6 - Suscetibilidade | 50 |
| | |
| Capítulo III - O Apoio social no Contexto da Promoção da Saúde | |
| 3.1 - Contextualizando a promoção da saúde | 57 |
| 3.2 - Saúde pública: prevenção das doenças ou promoção da saúde? | 60 |
| 3.3 - Apoio social como um exemplo de ação comunitária | 64 |
| 3.4 - Apoio social e a totalidade corpo-mente..... | 65 |
| 3.5 - Apoio social como proposta para se repensar as práticas de saúde através do modelo da rede social | 67 |
| 3.6 - Epidemiologia e promoção da saúde..... | 73 |
| 3.7 - Saúde e autonomia | 75 |
| | |
| Considerações Finais | 79 |
| | |
| Referências Bibliográficas | 83 |

INTRODUÇÃO

“Contemplando as formas existentes no céu, pode-se compreender o tempo e suas diferentes exigências. Contemplando as formas existentes na sociedade humana, pode-se estruturar o mundo”.

I Ching

O campo da saúde vem sofrendo transformações importantes, nas últimas décadas, em decorrência da nova conjuntura social determinada pelo processo de globalização (Castel, 1993). Os resultados dessa política do capitalismo globalizado têm sido a distribuição desigual de renda, a precarização das condições de trabalho, o aumento do desemprego, a retração das redes sociais, entre outros, intensificando a pobreza, a exclusão e as desigualdades sociais (Castel, 1993; Bourdieu, 1998). Esses fatores sócio-econômicos e políticos contribuem para o adoecimento da população, e resultam no aumento da demanda de atenção médica e a conseqüente crise na estrutura de atendimento da saúde pública (Valla, 1999; Luz, 2001). Nesse contexto, configura-se 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 em busca de obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

Estes 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 de saúde. A demanda, acrescenta Cecilio (2001:116), *“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 por exemplo a busca de soluções para melhorar as precárias condições de vida, para os conflitos familiares, entre outros.

No entanto, esta 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). Esta autora aponta para a importância de se transcender a dicotomia entre estas duas categorias e avaliá-las de modo integrado, pois uma mantém relação dinâmica de interação com a outra na medida que derivam de uma ação entre sujeitos.

A partir dessa relação dinâmica que se estabelece entre demanda e oferta dos serviços, vamos contextualizar alguns aspectos da crise da saúde que se relacionam a duas questões específicas, o acesso e a resolutividade, as quais apontam para o apoio social como prática de saúde que emerge nesse cenário e se processa no cotidiano da população.

No que concerne ao acesso é possível identificar elementos importantes que contribuem para as desigualdades existentes no uso dos serviços de saúde (Travassos, 2000). Apesar do 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, estaremos nos referindo a dois aspectos básicos: a busca do atendimento e a utilização dos serviços de saúde propriamente dito.

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, aonde nem sempre existem serviços de saúde próximos, elas encontrarão dificuldades no acesso. Essas dificuldades se devem à distância da residência até a 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 em 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 refere-se ao conjunto de normas e regras estabelecidas nas instituições para ordenamento da demanda, a qual atribuem-se as seguintes classificações: demanda espontânea, demanda programada através do agendamento prévio de consultas ou demanda referenciada mediante encaminhamento feito por outros profissionais (Pinheiro, 2001). Segundo a autora fica evidenciado que essa forma de organização impõem obstáculos institucionais, e ainda que se trabalhe com agendamento prévio demora-se muito tempo para conseguir marcar consultas de primeira vez ou de retorno.

Nesse contexto, os usuários precisam 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 desses 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). Esse tempo gasto pode significar para uns faltar ou chegar atrasado no trabalho e para outros ter que se ausentar por um longo período de casa, o que nem sempre é viável.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, pelo fato do 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 está aquém das necessidades. Essa situação se agrava devido à baixa remuneração e às precárias condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde, levando-os muitas vezes a deixar o serviço público (Valla, 1999).

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 a oferta restrita e a demanda crescente. A opção que resta ao conjunto da população é recorrer direto 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 um 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 (2001:83), 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 origem dessa 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 a falta de paciência dos médicos em ouvir as queixas e relato dos pacientes.

Além disso, um outro determinante da resolutividade, e que por sua vez também influencia a relação médico-paciente, refere-se à natureza contraditória dos problemas de saúde apresentados pelos usuários e as soluções oferecidas pelo modelo de atenção à saúde pautado na biomedicina¹. Neste modelo, 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 (Luz, 1988; Camargo Jr., 1992). Assim sendo, 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 (Ong et al., 1995; Luz, 1997; Pinheiro, 2001).

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 (Cassel, 1976; OMS, 1986; OMS, 1991; OMS, 1992). Na conjuntura atual de precariedade do trabalho e fragilidade das relações sociais (Castel, 1993; Bourdieu, 1998), uma parcela crescente da população vem manifestando sinais de adoecimento a se expressar através de um conjunto de sintomas como ansiedade, angústia, depressão, tristeza, síndrome do pânico, entre outros, denominados por alguns autores de “sofrimento difuso” (Valla, 1999) ou “mal estar difuso” (Luz, 2001). Estes sintomas 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., 1997).

O sofrimento desses pacientes é muitas vezes relativizado por alguns profissionais de saúde que acreditam não se tratar de algo mais sério, pois nenhuma

¹ O termo biomedicina ou modelo biomédico é utilizado para se referir à medicina científica moderna que orienta a maior parte das práticas de saúde dos serviços.

doença objetiva foi de fato evidenciada. No entanto, essas questões assumem um caráter relevante para a saúde pública, conforme apontado por diversos autores (Arrossi, 1994; Camargo Jr., 1998; Valla, 1998a; Valla, 2000) e evidenciado na fala de Luz:

Um grande mal-estar psicossocial está em curso, produzindo sintomas e síndromes indefinidas, muitas vezes não identificáveis pela medicina, sendo responsável pela perda de milhões de horas de trabalho em todo o mundo. Configura uma grave crise sanitária (Luz, 2001:26).

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, a população vem indicando 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, e muitas delas se inserem na categoria de apoio social, tais como os grupos de auto-ajuda, trabalhos desenvolvidos em organizações não governamentais, grupos religiosos, associações comunitárias, atividades sociais, educativas, de lazer, entre outros.

O apoio social compreende os diversos recursos emocionais, informativos e instrumentais que os sujeitos recebem através das relações sociais sistemáticas, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade social como os grupos e redes sociais. A relação entre apoio social e as condições gerais de saúde e qualidade de vida tem sido demonstrada através dos estudos teóricos e empíricos realizados nas distintas áreas do conhecimento (Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985; Minkler, 1985; Valla, 1988a; Berkman, 1985).

No campo da saúde pública, 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 físico e mental (Buck, 1985; Epp 1986; OMS, 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, é apontada como uma estratégia para se enfrentar a complexidade dos problemas de saúde-doença, ao analisar a saúde sob uma perspectiva multifatorial e positiva (OMS, 1986; OMS, 1988; OMS, 1991; OMS, 1992).

A Carta de Ottawa (OMS, 1986), resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ressalta que a saúde não é mais ausência de doença, mas sim um produto de diversos fatores que incluem a paz, boas condições de trabalho, moradia, saneamento, alimentação, educação, renda, cuidados em saúde, equidade, justiça social, entre outros. Dentro dessa abordagem, desloca-se o foco do modelo de atenção à saúde centrado na doença para um modelo de saúde-doença-cuidado a incluir as dimensões psicossociais, econômicas, culturais e políticas.

A teoria do apoio social se fundamenta na relação entre apoio social, sentido de controle e o estado de saúde dos sujeitos, e aponta para a integração entre corpo e mente no processo saúde-doença (Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985; Barrios, 1999; Valla, 1999). Tendo em vista a relevância do apoio social para a saúde física e mental e a carência de literatura nacional, julgamos importante aprofundar a discussão do apoio social segundo a unidade de corpo-mente.

O presente trabalho se insere na linha de pesquisa sobre “Educação, Saúde e Cidadania” sob a coordenação do professor Victor Valla. A escolha do tema “as categorias de apoio social como práticas de saúde que emergem no cotidiano da população e a concepção do sujeito como totalidade de corpo-mente” está diretamente relacionada ao meu interesse no campo da saúde pública, principalmente no que concerne ao meu trabalho como profissional de saúde, como médica homeopática. Procuramos articular a discussão do apoio social e corpo-mente com intenção de integrar a dimensão coletiva e individual do processo saúde-doença, pois, em geral, os trabalhos tendem a optar por uma destas dimensões e excluir a outra.

Alguns questionamentos foram surgindo ao longo da construção do projeto e em seguida da dissertação, tais como: A partir de que referencial teórico pensar a totalidade corpo-mente? Será possível entender o adoecimento e sofrimento humano tratando o corpo separado da mente? Estaria de fato o apoio social inserido no paradigma da totalidade? Se a homeopatia é uma medicina holística haveria alguma aproximação com a teoria do apoio social? Como articular a discussão do apoio social e a totalidade corpo-mente no campo da saúde pública?

A partir dessas problematizações decidimos por um trabalho teórico que tem o seguinte objeto de estudo: O apoio social é uma prática de saúde voltada para a totalidade do sujeito?

O objetivo geral é articular a teoria do apoio social com a concepção de totalidade do sujeito no campo da saúde pública. Os objetivos específicos são, em

primeiro lugar, identificar as analogias entre apoio social e os conceitos homeopáticos de saúde-doença, individualização e suscetibilidade; e em segundo lugar, ampliar a discussão do apoio social e totalidade do sujeito no contexto da promoção da saúde.

Partimos de dois pressupostos. O primeiro é que para compreender a natureza do sofrimento e adoecimento dos sujeitos é preciso transcender a dualidade corpo-mente e cuidar desses sujeitos como uma totalidade de corpo-mente. E o segundo é que as diversas atividades e práticas de apoio social são benéficas à saúde física e mental porque acolhem os sujeitos e grupos sociais na sua totalidade de corpo-mente, integrando a mente e o corpo como dimensões inseparáveis do ser humano.

A definição de corpo que utilizamos se refere ao corpo físico, a parte material da constituição do ser, já o conceito de mente é mais abrangente, e inclui tanto a mente racional como a mente emocional (Goleman, 1996). A mente racional corresponde aos pensamentos, ao intelecto e está ligada portanto ao sistema cognitivo, e a mente emocional engloba as emoções, sentimentos e intuições. Quando falamos de unidade de corpo-mente ou totalidade de corpo-mente estamos referindo que a mente e o corpo constituem partes integradas do ser humano (Boff, 2000).

O presente trabalho é de natureza teórico-conceitual, cuja metodologia é fundamentada na pesquisa bibliográfica (Vergara, 1998). A nossa ênfase é discutir o apoio social enquanto prática de saúde que pode ser incorporada nos serviços públicos. Visando aprofundar a discussão do apoio social fizemos uma revisão da literatura a partir dos trabalhos iniciais de John Cassel (1974; 1976) até os trabalhos mais recentes de Victor Valla (1998a; 1999; 2000), incluindo outros autores que priorizam a discussão do apoio social e seu impacto na saúde.

Cassel (1976) será também um referencial para a discussão do estresse e dos eventos estressantes, e Eric Cassel (1982) nos ajuda a pensar no tema do sofrimento como um problema de saúde que não pode ser desprezado pelos profissionais.

Quanto à totalidade de corpo-mente, optamos pela homeopatia como referencial teórico por ser centrar na abordagem holística do sujeito e por fazer parte das práticas terapêuticas de diversos serviços públicos de saúde. Além do mais, a homeopatia se insere em um modelo de racionalidade médica diferente da biomedicina (Luz, 1988; Luz, 1997), o que permite discutir o dualismo corpo-mente presente na medicina contemporânea.

O presente trabalho estrutura-se em três capítulos, seguidos das considerações finais.

No capítulo I, aprofundamos a discussão do apoio social como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde-doença e evidenciamos o cuidado como proposta para lidar com o sofrimento da população. Abordamos ainda a rede social como instrumento analítico para avaliar o apoio social e como ferramenta clínica a ser incorporada nas práticas de saúde.

No segundo capítulo utilizamos os conceitos homeopáticos de saúde-doença, individualização e suscetibilidade para pensar na totalidade dos sujeitos. Buscamos identificar as analogias entre o apoio social e cada um desses conceitos.

No terceiro capítulo contextualizamos o conceito atual de promoção da saúde e situamos o apoio social nessa discussão. Retomamos a articulação do apoio e homeopatia nesse contexto. Discutimos também a proposta de reorientar as práticas sanitárias através do modelo da rede social.

Por fim, apresentamos as considerações finais onde realizamos uma síntese de algumas questões abordadas ao longo do trabalho.

CAPÍTULO I

APOIO SOCIAL: UMA ESTRATÉGIA DE RESISTÊNCIA DA POPULAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE-DOENÇA

“Se nós vivemos em uma sociedade onde há muita injustiça, a nossa saúde pode não apenas ser perturbada mas pode tornar-se realmente doente, psicológica e afetivamente”.

Jean-Yves Leloup

1.1 - Apoio social como proposta de enfrentamento

A discussão do apoio social tem origem no pensamento acadêmico através de grupos progressistas norte-americanos e aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde-doença via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos. Essa discussão ganha espaço a partir da década de 80, com uma diversidade de produções científicas sobre este tema.

Os trabalhos iniciais sobre apoio social e saúde foram desenvolvidos pelo epidemiologista John Cassel (1974; 1976), ao compilar evidências de que o isolamento e a ruptura dos vínculos sociais aumentavam a vulnerabilidade dos sujeitos ao adoecimento em geral. Esta ruptura dos vínculos pode ser desencadeada por diversos fatores ambientais, principalmente os fatores psicossociais associados a mudanças inesperadas de vida, tais como separações, adoecimentos na família, morte de entes queridos, desemprego, migração, entre outros, influenciando as condições gerais de saúde e qualidade de vida.

Em contrapartida, prossegue Cassel (1976), 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. A hipótese deste autor é que o apoio social tamponaria os efeitos deletérios do estresse no organismo, além de aumentar a imunidade corporal e a resistência orgânica, evitando o adoecimento físico e psicológico.

Em seguida, o psiquiatra social Gerald Caplan, baseado nos escritos de Cassel, descreveu o apoio social como capaz de fornecer *feedback* durante os eventos

estressantes, “*ajudando o indivíduo a mobilizar seus recursos psicológicos e controlar os seus problemas emocionais*” (Caplan, 1974 apud Gottlieb, 1985:9).

Existem diferentes definições de apoio social na literatura e algumas destas usam, indevidamente, conceitos afins como sinônimos, como por exemplo os de apoio social e rede social (Gottlieb, 1985; Hall & Wellman, 1985; Hupcey, 1998). A seguir faremos a distinção entre estes dois conceitos.

No presente trabalho adotaremos a definição que Valla (1998a) vem utilizando em seus estudos, que aborda o apoio social como um processo e aponta para a discussão dos vínculos sociais e laços de solidariedade. O apoio social é definido como

Qualquer informação, falada ou não, e/ ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (Valla,1998a:156).

Essa definição chama atenção para uma questão importante, a de considerar o apoio social como uma relação de troca e de envolvimento entre quem provê e quem recebe o apoio. Embora a reciprocidade não seja necessariamente do mesmo tipo de apoio, é uma condição fundamental para que de fato o apoio social aconteça (Pearlin,1985; Hupcey, 1998). Nesse sentido, o apoio social pode ser entendido como um processo ativo em 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. Desse modo, o apoio social pode ser fornecido através do contato entre sujeitos que não necessariamente fazem parte de uma rede, como por exemplo a relação entre médicos e pacientes, ou pelos membros da rede social.

Estes dois conceitos embora distintos estão intimamente relacionados, pois a rede social faz parte do contexto mais amplo do apoio social e vem sendo muito utilizada nos estudos sobre apoio social e saúde (House & Kahn, 1985). Mais adiante retomaremos essa discussão.

O conceito de apoio social ampliou a compreensão do processo de saúde-doença para além das doenças e suas causas, e incluiu a relação entre sujeito e ambiente como

determinante das condições gerais de saúde. No ambiente coexistem diferentes fatores psicossociais, uns atuam como estímulos nocivos capazes de desorganizar o tecido social, enquanto outros, como o apoio social, protegem a saúde física e mental (Cassel, 1974; Cassel, 1976).

A partir dessa abordagem, Cohen & Syme (1985) atribuem algumas razões que explicariam o crescente interesse sobre o tema do apoio social e saúde. Em primeiro lugar, o conceito do apoio social fornece novo aporte teórico para a discussão do papel dos fatores psicossociais no processo de saúde-doença, ao identificar que estes fatores podem afetar a saúde e bem-estar ao romper com as relações sociais existentes. Nesse sentido, o conceito de apoio social ajuda a integrar as diversas teorias psicossociais existentes na literatura e propicia um trabalho interdisciplinar com a antropologia, epidemiologia, planejamento ambiental, gerontologia, educação em saúde, psicologia, sociologia e medicina (Cohen & Syme, 1985). Essas teorias psicossociais, por sua vez, apontam para o papel das emoções no adoecimento e cura e a necessidade de superar a divisão entre corpo e mente (Cohen & Syme, 1985; Luz, 1997).

Em segundo lugar, o conceito do apoio social ajuda a repensar a etiologia de algumas doenças, principalmente as crônico-degenerativas e as de origem não infecciosas, que não poderiam ser explicadas somente pelo contágio com microorganismos. E mesmo na etiologia infecciosa, os fatores ambientais que tornam os sujeitos ou grupos sociais mais ou menos vulneráveis aos agentes infecciosos devem ser levados em consideração, tendo em vista que muitos mantêm a infecção em estado de latência por um longo período e em função de determinados eventos estressantes diminuem a resistência orgânica com conseqüente adoecimento (Cassel, 1976).

A terceira razão está relacionada aos benefícios do apoio social na promoção da saúde e nos programas de prevenção de doença, reabilitação e tratamento. Através da troca, do apoio mútuo e da solidariedade, o apoio social contribui para fortalecer a auto-estima, desenvolver uma maior percepção de si próprio e do seu entorno e favorecer mudanças emocionais e comportamentais (Cohen & Syme, 1985).

Além das razões citadas, as estratégias e táticas de apoio social que acontecem no cotidiano da população como forma de enfrentamento dos problemas de saúde-doença, principalmente diante da dificuldade de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde (Valla, 1998a; Valla, 1999), também justificariam o crescente interesse pelo tema. Essa discussão é importante no contexto atual da promoção da saúde, ao se pensar em práticas sanitárias voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado à saúde e que incluam a participação ativa dos sujeitos (OMS, 1986).

Ao se evidenciar os benefícios do apoio social à saúde, Valla (1998a) argumenta que apesar da teoria do apoio social ter sido introduzida na saúde pública através de grupos progressistas norte-americanos como proposta de enfrentamento dos problemas de saúde daquele país, seu valor independe da conjuntura específica de crise e pode ser adaptado aos diferentes contextos. Nesse sentido, propõe uma releitura do apoio social à luz da realidade política, econômica e social brasileira como subsídio para se discutir a crise do sistema de saúde em lidar com a complexidade dos problemas de saúde-doença da população.

A população, conforme já referido, vive sob tensão ou ameaça pelo risco eminente de desemprego, dificuldades de inserção no mercado de trabalho, precárias condições de vida, tendo como resultado os agravos de natureza social, entre os quais se destacam o aumento da violência, uso de drogas e os problemas de saúde mental. Segundo Bourdieu (1998), embora a precariedade do trabalho afete diretamente uma parte da população, os seus efeitos, tais como insegurança generalizada, fragilidade diante das situações de vida, instabilidade do presente e incerteza no futuro, atingem praticamente todos os indivíduos, e com frequência desestruturam a relação deles com o mundo. Além da carência de recursos materiais, adverte Castel (1993), a problemática social contribui para o enfraquecimento dos vínculos interpessoais e a labilidade do tecido relacional, com conseqüente retraimento das redes sociais.

Para este autor, uma grande parcela da população encontra-se, em relação ao espaço social, numa zona de vulnerabilidade determinada pelo duplo processo de precariedade no trabalho e fragilidade das redes sociais. Essa zona de vulnerabilidade, entendida como um processo dinâmico, está em expansão e o seu limite extremo é a desfiliação, que inclui tanto a ruptura em relação à ordem de produção como a ruptura dos vínculos sociais. *“Ao final do processo, a precariedade econômica torna-se privação e a fragilidade relacional torna-se isolamento”* (Castel, 1993:23).

Nesse contexto de privação e isolamento, a população vem buscando outros caminhos para ajudar a resolver os problemas de saúde e aliviar o sofrimento através das diversas atividades e práticas de saúde presentes na atualidade, tais como os grupos de apoio social, o tai-chi-chuan, yoga, meditação, shiatsu, entre outras. Esta diversidade de práticas, relacionadas a saberes tradicionais ou atuais, aponta para a emergência de novas racionalidades e a legitimação de outras formas de conhecimentos além do modelo biomédico (Carvalho, 1996; Luz, 2001).

Muitas destas atividades, no entanto, ainda não estão disponíveis nos serviços públicos de saúde, sendo viáveis apenas para a classe média ou alta devido ao custo

financeiro. Desse modo, embora o apoio social seja benéfico para os indivíduos, independente da classe social, ele pode ser identificado como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde das classes populares que tem um acesso restrito às práticas terapêuticas em saúde.

Essa conjuntura de precariedade das relações de trabalho e das relações sociais (Castel, 1993; Bourdieu, 1998) afeta diretamente o campo da saúde e aponta para a complexidade do quadro epidemiológico e sanitário emergente nas últimas décadas. Por um lado, há o aumento das doenças crônico-degenerativas e dos agravos de natureza social, e por outro o recrudescimento de doenças transmissíveis endêmicas até então controladas. Diversos autores (Carvalho, 1996; Valla, 1998a; Buss, 2000; Sabroza, 2001) ressaltam a necessidade de trabalhar com enfoque interdisciplinar e considerar os determinantes sociais, culturais e ambientais no processo de saúde-doença, inclusive em relação às doenças infecciosas, saindo do viés biologicista como modelo explicativo do adoecer humano.

Cabe lembrar que o modelo de conhecimento da medicina moderna, a biomedicina, se constrói a partir da compreensão dos mecanismos biológicos do corpo (Foss & Rothenberg, 1987; Camargo Jr., 1992). Esse modelo médico, acrescenta Luz (1988) tem como objeto a descrição, classificação e busca das doenças no corpo humano, além da identificação das lesões anátomo-patológicas enquanto sedes das doenças. Seus pressupostos se fundamentam na centralidade da doença e na divisão corpo-mente, acreditando que o conhecimento do corpo possa ser feito através de suas partes isoladas (Foss & Rothenberg, 1987).

Diante da complexidade do processo de saúde-doença da atualidade, esse modelo hegemônico que se mostrou eficaz para resolver alguns problemas de saúde, como por exemplo as doenças infecciosas, apresenta seus sinais de esgotamento, conforme evidenciado na fala de Carvalho (1996:105):

Na área da saúde pública (...) são visíveis os sinais de uma crise em que o discurso sanitário vigente, caudatário do modelo biomédico, e as práticas a ele conexas parecem incapazes de enfrentar eficazmente a complexidade do quadro epidemiológico e sanitário emergente neste final de século.

Não obstante as dificuldades relacionadas ao acesso discutidas anteriormente, a resolutividade dos problemas de saúde assume um caráter relevante e evidencia o limite

do modelo biomédico em lidar com questões que ultrapassem o campo biológico e incluam as emoções, os sentimentos, a subjetividade e singularidade nos fenômenos de adoecimento e cura (Cassel, 1982; Camargo Jr., 1992; Luz, 1997). A demanda de atenção médica por agravos psicossociais, tais como o sofrimento difuso ou mal estar difuso, cresce nos ambulatórios dos serviços públicos, porém, como essas queixas nem sempre são reconhecidas como problemas de saúde tem-se muito pouco a oferecer a esses pacientes além da medicação sintomática. Nessa perspectiva, resolver problemas de saúde talvez ultrapasse a questão do acesso, o que leva Valla (1999) a questionar se as condições de acesso estivessem garantidas e o sistema de saúde no Brasil funcionando satisfatoriamente se seria possível atender às demandas e necessidades da população.

A população em geral vive uma falta de perspectiva diante das condições adversas de vida. A saúde depende, entre outros fatores, do sentido que cada um dá a sua existência (Leloup, 1997; Cassell, 1982). Dentro dessa abordagem, o apoio social pode estar contribuindo para a saúde física e psicológica ao cuidar dos sujeitos ajudando-os a encontrar coerência para a própria vida e sair do isolamento e do vazio existencial em que se encontram.

Através das atividades e práticas de apoio social, os sujeitos compartilham problemas e soluções e se sentem mais confiantes para enfrentar as dificuldades do cotidiano e com maior autonomia diante da vida (Cohen & Syme, 1985; Minkler, 1985; Wills, 1985; Valla, 1999). Segundo Minkler (1992) o apoio social está intimamente relacionado ao conceito de empoderamento (*empowerment*), que é o processo através do qual indivíduos, comunidades e organizações ganham controle sobre seus destinos e assim se tornam capazes de atuar efetivamente mudando suas vidas e ambientes.

1.2 - Estresse e estressores

A importância do ambiente em manter e promover a saúde da população vem sendo discutida há algumas décadas, e a política de ambientes saudáveis faz parte das estratégias de saúde recomendada por órgãos governamentais (OMS, 1986; OMS, 1988; OMS, 1991). Enquanto um ambiente saudável favorece o desenvolvimento dos recursos e habilidades pessoais, um ambiente hostil interfere diretamente na saúde e qualidade de vida e aumenta a probabilidade da população desenvolver enfermidades físicas e mentais (Cassel, 1976).

Ao considerar o papel do ambiente social na saúde alguns autores (Cassel, 1976; Rodrigues & Gasparini, 1992) advertem para o uso indevido do conceito de estresse,

amplamente utilizado como sendo a “causa” de todos os males. Alguns transtornos de saúde desencadeados por problemas psicossociais acabam sendo generalizados como estresse pelos profissionais de saúde, porém as circunstâncias que desencadearam os problemas nem sempre são avaliadas. Por entender que o estresse não é a causa mas sim a consequência da exposição aos fatores ambientais, Cassel (1976) ressalta a necessidade de fazer a distinção conceitual entre os termos estresse e estressores, em geral empregados como sinônimos. Como essas questões permeiam a discussão do apoio social, julgamos importante clarear o sentido que estamos atribuindo a estes termos.

O conceito de estresse foi empregado pela primeira vez na medicina por Hans Selye em 1936 para se referir a “*um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para a adaptação*” (Selye, 1947 apud Rodrigues & Gasparini, 1992:98). Segundo os trabalhos de Selye & Wolf (1973 apud Cassel, 1976), essas reações orgânicas são alterações neuro-endócrinas em resposta aos estímulos nocivos físicos e psicológicos. Desse modo, prosseguem os autores, o estresse é um estado dinâmico dentro do organismo e não um componente do ambiente.

Sempre que o organismo necessita se adaptar a algum tipo de situação na vida, seja um evento desconhecido ou que gere ansiedade, algumas reações leves de estresse, tais como taquicardia, aumento da frequência respiratória, sudorese, entre outras, podem surgir e desaparecer em seguida, sem configurar um quadro de adoecimento. No entanto, em vigência de determinados estímulos nocivos, essas reações de estresse se tornam excessivas ou crônicas com alterações permanentes da produção de substâncias endócrinas e neuro-hormônios, propiciando o adoecimento até a falência do organismo e morte (Rodrigues & Gasparini, 1992; Deitos et al., 1996).

Nesse trabalho passaremos a utilizar, conforme preconizado por Cassel (1976), o termo estressor para se referir às circunstâncias ou estímulos nocivos do ambiente capazes de desencadear reações de estresse no organismo, e o termo estresse para as alterações orgânicas que ocorrem em função desses estressores físicos, sociais ou psicológicos.

Em diversos momentos na prática clínica em que os profissionais buscam encontrar a origem de determinados problemas de saúde, tanto físicos como emocionais, e aparentemente não encontram respostas, é importante voltar o olhar para os possíveis fatores ambientais que possam estar desencadeando o processo. Determinadas circunstâncias ou eventos de vida, associados a mudanças imprevisíveis ou à

desorganização social, são estressores psicossociais que aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento em geral.

Essa desorganização do tecido social, produto de diversos fatores, tais como a perda de um companheiro ou de um outro relacionamento significativo, desemprego, precárias condições sócio-econômicas, urbanização, migração, entre outros, ocasiona a desestruturação dos relacionamentos interpessoais, a dificuldade de constituir vínculos e a retração das redes sociais, até o limite extremo do isolamento social (Castel, 1993). Quanto mais os vínculos sociais se desfazem maior a probabilidade de adoecimento, o que leva Cassel (1974) a levantar a hipótese de que em lugares de alta densidade populacional a maior tendência ao adoecimento não se deve ao aumento da densidade em si, mas sim a desorganização social causada pela mesma.

Apesar da desorganização social estar presente no cotidiano da população o seu impacto nas condições de saúde não é o mesmo entre os sujeitos, e enquanto uns adoecem ao vivenciar algumas situações estressantes outros se mantêm saudáveis. Essas diferentes respostas dependem, entre outros, do grau de desordem causado nos relacionamentos sociais significativos e da capacidade dos sujeitos em lidar com as circunstâncias sociais (Cassel, 1974; Cassel, 1976), indicando que a carência de contatos sociais acrescida à sensação de não ter o controle da própria vida têm uma forte influência no processo de saúde-doença.

Hinkle (1973 apud Cassel, 1976) acrescenta que os sujeitos percebem e reagem de modo distinto aos eventos em função das características individuais e dos significados atribuídos às situações vivenciadas. Assim, determinados eventos de vida percebidos como estressores para alguns sujeitos podem não ter a mesma representação para outros. É nesse sentido que o apoio social ao ajudar a rever as situações de vida e dar um novo significado às mesmas pode ser benéfico à saúde e bem-estar (Cohen & Syme, 1985).

Esses estressores psicossociais, por sua vez, quando interferem nas condições gerais de saúde propiciam uma variedade de doenças, inclusive as doenças infecciosas, não sendo portanto específicos para um determinado tipo de problema (Cassel, 1974; Cassel, 1976; Gottlieb, 1985). Cassel (1976) cita estudos nos quais indivíduos à margem da sociedade e privados de contatos sociais significativos manifestaram uma diversidade de problemas de saúde, tais como tuberculose, alcoolismo, suicídio, esquizofrenia, entre outros. E conclui que os estressores psicossociais não têm um papel etiológico específico pois atuam de modo indireto no organismo alterando as secreções neuro-

endócrinas, e como resultado diminuem a imunidade corporal e aumentam da suscetibilidade generalizada.

O apoio social é apontado como uma das estratégias capaz de proteger os sujeitos e grupos sociais dos agravos físicos e emocionais causado pelos eventos de vida estressantes (Cassel, 1976; Gottlieb, 1985; Minkler, 1992). Embora os mecanismos específicos pelos quais o apoio social influencia a saúde ainda não tenham sido elucidados, duas hipóteses básicas vêm sendo consideradas: a hipótese *Buffering* e a hipótese de efeito direto.

Na hipótese *Buffering* o apoio social exerce seu papel protetor em vigência dos eventos estressantes. O apoio social atuaria moderando os estressores psicossociais ou tamponando os efeitos patogênicos do estresse no organismo (Cassel, 1974; Cassel, 1976). Esse efeito *buffer* (efeito tampão) é identificado nos estudos em que se avaliam os recursos de apoio social disponíveis e que podem ser acessados a qualquer momento durante situações de crise (Cohen & Syme, 1985).

Na hipótese de efeito direto o apoio social beneficia o estado de saúde independente dos eventos estressantes. O apoio social contribuiria para reforçar a autoestima e a sensação de controle da própria vida, o que resulta em efeitos positivos sobre o estado de saúde e bem-estar (Cohen & Syme, 1985; Minkler, 1985). Por outro lado, a escassez dos vínculos sociais e uma decrescente oportunidade de participar das tomadas de decisões contribuem para diminuir o sentido de controle, afetando a morbidade e mortalidade (Minkler, 1992). Em geral, o efeito direto é observado ao se analisar o grau de integração dos sujeitos dentro da rede social.

No início das pesquisas sobre apoio social e saúde acreditava-se que apenas um desses mecanismos de ação do apoio social estivesse correto, porém estudos posteriores (Kessler & McLeod, 1985) evidenciaram que essas hipóteses não são excludentes e ambos os mecanismos podem estar presentes e associados nas mesmas circunstâncias sociais. Segundo Cohen & Syme (1985), comparar os efeitos *buffer* e direto não ajudarão a compreender a ação do apoio social a prevenir o adoecimento e/ou promover a saúde, e sugerem que os estudos empíricos avaliem mais especificamente cada uma dessas hipóteses e enfatizem a influência dos vários tipos de apoio social no comportamento e nas emoções dos sujeitos e grupos sociais.

1.3 - Funções ou tipos de apoio social²

Ao pensar no apoio social como um processo recíproco, existe uma relação de troca a gerar efeitos positivos entre quem provê, ou seja, a fonte, e quem recebe os recursos de apoio social. As fontes de apoio podem variar ao longo da vida de acordo com as circunstâncias vivenciadas, e incluem desde os relacionamentos interpessoais com cônjuge, amigos, familiares e vizinhos até as relações com membros da rede social, com grupos e comunidades. O tipo predominante de relação e vínculo que se estabelece entre os sujeitos determinará as funções do apoio social que estarão sendo mobilizadas.

Os diferentes tipos ou funções de apoio social descritos na literatura podem ser agrupados em 03 categorias gerais, o apoio emocional, o apoio informativo e o apoio instrumental (Schulz & Rau, 1985; Wills, 1985). Pressupõe-se que cada uma dessas funções possa influenciar o estado de saúde de modo particular e independente, sendo útil diferenciá-las nos estudos empíricos (Cohen & Syme, 1985; House & Kahn, 1985; Wills, 1985).

O apoio emocional refere-se a um processo de ajuda que gera uma atitude emocional positiva e reforça a estima e a confiança dos sujeitos, provavelmente por se sentirem acolhidos, cuidados, valorizados e respeitados pelos outros (Wills, 1985). A possibilidade de falar das experiências pessoais, principalmente nos trabalhos em grupo, favorece aos sujeitos se identificarem com os demais e perceberem que os seus problemas e sofrimento também podem ser compartilhados com outras pessoas. Apesar de cada um viver o adoecimento e sofrimento de modo singular, o sentimento de pertencer a um grupo, de encontrar ressonância com as dores dos outros, auxilia na recuperação dos problemas de saúde (Sluzki, 1997; Spiegel, 1997).

Esse tipo de apoio é muito encontrado nas amizades íntimas, nas relações familiares próximas, nos grupos religiosos, nos diversos grupos de auto-ajuda, em determinadas relações entre profissionais de saúde e pacientes, entre outros. Wills (1985) ressalta a importância do apoio emocional na vigência de estressores psicossociais, pois o fortalecimento da auto-estima possibilita enfrentar melhor às situações estressantes e resolver os conflitos. Nessas situações acrescenta, o apoio emocional atuaria principalmente como um efeito *buffer*.

Pelo fato dos estudos demonstrarem uma forte correlação do apoio emocional com a saúde física e mental (Gottlieb, 1985; House & Kahn, 1985), esses autores

² Na literatura, os termos tipos ou funções do apoio social são utilizados como sinônimos.

recomendam priorizar a medida do apoio emocional, principalmente quando o tempo for limitado ou a avaliação completa de todos os tipos de apoio não for viável.

Quanto ao apoio informativo está presente ao se fornecer informações, conselhos e orientações que possam ajudar os sujeitos a solucionar os problemas e adquirir maior conhecimento sobre os cuidados em saúde. Este tipo de apoio é importante em situações estressantes em que se necessita de orientação e ajuda para esclarecer expectativas, resolver os conflitos e tomar decisões. Na vigência dos estressores o apoio informativo atuaria primariamente como um processo *buffering* (Wills, 1985).

Apesar da distinção teórica entre os apoios informativo e emocional, estudos empíricos (Wills, 1985; Sherbourne & Stewart, 1991) demonstram a inter-relação entre esses dois tipos de apoio sendo muitas vezes difícil analisá-los como dimensões completamente independentes.

Já o apoio instrumental, também definido como apoio tangível ou material, compreende diversas atividades, desde a ajuda física como cuidar de crianças, auxiliar nos trabalhos domésticos e realizar algumas tarefas para os indivíduos que estão fisicamente incapacitados, até a ajuda financeira ou material. Este tipo de apoio é relevante para a população de baixa renda que vive sobrecarregada de tarefas e não tem como pagar por suas necessidades instrumentais (Wills, 1985). As redes sociais, nestas condições, podem fornecer uma importante ajuda, sendo portanto uma fonte de apoio a ser considerada. Esse autor sugere a possibilidade do apoio instrumental atuar na saúde física e psicológica tanto através do efeito direto como do efeito *buffer*.

As necessidades de diferentes tipos de apoio social além de variar ao longo do ciclo de vida se modificam em função da situação vivenciada, do significado atribuído à mesma e do contexto sócio-econômico (Cohen & Syme, 1985; Pearlin, 1985; Schulz & Rau, 1985). Assim, uma fonte de apoio importante em determinados períodos, como por exemplo a relação entre casais, pode se tornar uma fonte de conflito nos casos de divórcio e separação. Nessas situações de conflito das relações mais próximas, os grupos de apoio ou as redes sociais são fundamentais pois ampliam os vínculos sociais e possibilitam o acesso ao apoio emocional, informativo ou instrumental através de outras fontes.

1.4 - O cuidado como proposta para aliviar o sofrimento

“A minha saúde depende do sentido que eu dou à minha vida. Posso estar doente, posso sofrer, mas se minha vida tem sentido, eu posso transformar este sentimento”.

Jean-Yves Leloup

O processo saúde-doença inclui tanto a dimensão coletiva, já que a saúde dos sujeitos é influenciada pela saúde do contexto no qual estão inseridos (OMS, 1986; OMS, 1988; OMS, 1991), como a dimensão individual, pois o sofrimento e o adoecimento embora possam ser compartilhados com outras pessoas são experiências pessoais e singulares (Cassell, 1982; Luz, 1997; Sluzki, 1997; Leloup, 1998). E, apesar de ser na medicina que estes sujeitos, a priori, buscam alívio ou cura dos seus sofrimentos, os profissionais de saúde não são preparados para lidar com estas questões, tendo em vista que o tema do sofrimento ainda é pouco discutido na própria formação acadêmica.

O sofrimento³ físico, psíquico e espiritual pode ser definido como “*um estado de angústia severa*” (Cassell, 1982:640), e pode incluir tanto a dor física decorrente de determinadas patologias como outras “dores” que se expressam através da tristeza, raiva, medos, ansiedade, entre outros, referidos anteriormente como sofrimento difuso (Valla, 1999). Essa última categoria de sintomas pode estar presente quando os sujeitos se sentem fragilizados pela doença e assustados diante da ameaça da morte, ou nos que não têm doença orgânica mas se sentem adoecidos e sofrem devido às adversidades da vida.

Segundo Cassell (1982), o sofrimento geralmente está relacionado a situações que os sujeitos percebem como uma ameaça à própria integridade e temem que alguma destruição no futuro possa vir a ocorrer. Esta forma de entender o sofrimento se aproxima dos escritos de Winnicott, em 1963, sobre o medo do colapso⁴ da estrutura de *self*, em que os sujeitos diante da ameaça do colapso, do medo de desestruturação, vivem o sofrimento sob a forma de estados de angústia e pânico (Winnicott, 1974). Este medo do colapso, prossegue o autor, embora vivido como uma ameaça iminente, é decorrente do medo de entrar em contato com as perdas sofridas no passado, nos estágios primitivos de desenvolvimento emocional, e que ainda não puderam de fato ser

³ Sofrer origina-se do latim *suffere* que significa suportar a dor física ou moral.

⁴ O autor utiliza o termo colapso para descrever uma falha na organização de uma defesa do ego.

experienciadas. E, essas experiências de perda e sofrimento precisam ser identificadas para que possam então ser transformadas.

No entanto, a origem do sofrimento nem sempre é facilmente evidenciada e o que os profissionais de saúde acreditam ser a fonte do sofrimento pode não corresponder à percepção dos sujeitos. O sofrimento pode ser desencadeado pela perda dos papéis sociais e dos relacionamentos, pelos eventos estressantes de vida, pelos efeitos das doenças, tais como os danos físicos, morais, emocionais e sociais, entre outros, e em geral costuma ser aliviado quando a situação que o desencadeou é identificada e pode ser controlada (Winnicott, 1974; Cassell, 1982). Dessa maneira, para o profissional identificar o sofrimento e ajudar os sujeitos é preciso escutá-los, saber o que sentem e temem e validar os seus relatos.

Não obstante o sofrimento ser experienciado pelos sujeitos, a biomedicina procura objetivá-lo e restringi-lo à dimensão corporal (Cassell, 1982; Luz, 1988; Camargo Jr., 1992; Luz, 1997). Em consequência, algumas intervenções médicas se tornam fontes de sofrimento ou agravam os problemas já existentes, como por exemplo o resultado de alguns tratamentos, entre os quais a quimioterapia, a radioterapia, a mastectomia, entre outros, que além de destruir as células cancerosas provoca danos físicos, emocionais e morais nos indivíduos expostos (Cassell, 1982). Esses pacientes temem não conseguir retornar as atividades do cotidiano, porém, as questões subjetivas são relativizadas e os esforços se voltam para a cura das doenças orgânicas e das lesões corporais.

Este modelo médico não leva em conta que *“ser doente pode representar para o homem viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra”* (Canguilhem, 1978:64), que o exclui das atividades e papéis sociais que desempenhava, o faz sentir impotente, aumenta os seus medos e inseguranças e ameaça a sua própria integridade. Segundo Cassel (1982), o desconhecimento da natureza do sofrimento é decorrente do dualismo corpo-mente que não leva em consideração que o sofrimento é experienciado pelos sujeitos em toda a sua totalidade, em todas as suas dimensões, e não apenas pelo seu corpo. E acrescenta que *“não é possível tratar as doenças como algo que acontece somente no corpo sem o risco de prejudicar a pessoa”* (Cassell, 1982:640).

A partir dessa perspectiva, diversos autores (Cassell, 1982; Foss & Rothenberg, 1987; Kirmayer, 1988; Leloup, 1997; Barrios, 1999; Valla, 1999) apontam que para compreender a natureza do sofrimento e aliviá-lo é preciso superar a dicotomia existente na teoria e prática médica entre mente-corpo e subjetividade-objetividade e se centrar no

sujeito humano sofredor e seu cuidado. Ao integrar essas dimensões no modelo de saúde-doença, saímos da centralidade da doença para uma abordagem mais ampla a incluir os sujeitos e seus contextos. Desloca-se assim o foco de intervenção das práticas de saúde do curar as patologias para cuidar os sujeitos doentes.

O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas sim uma atitude de respeito, de preocupação e de responsabilização para com o próximo (Boff, 2000). Cuidar é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, e compreende o acolhimento, a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida. Se por um lado, o cuidado, seja dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de cuidado, ou seja, o descaso, o abandono, pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo processo de adoecimento (Cassell, 1982; Boff, 2000).

O cuidado pode ter um papel importante diante do aumento de demanda de atenção médica decorrente do sofrimento difuso ou mal estar difuso. A biomedicina ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar as doenças fez com que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado dos sujeitos doentes (Foss & Rothenberg, 1987; Luz, 1997; Vasconcelos, 1998). Estes autores acrescentam que mais do que um diagnóstico, os pacientes desejam se sentir cuidados e atendidos em suas demandas e necessidades.

Vasconcelos (1998) durante o estudo com populações carentes constatou que alguns problemas de saúde das famílias eram muito complexos para serem curados, mas não para serem cuidados. Essas famílias precisavam de cuidado e atenção especial da equipe de saúde para ajudar a solucionar os problemas e sofrimento, o que o leva a afirmar que embora muitas vezes não seja possível curar os sujeitos não se deve renunciar a tratar ou cuidar dos mesmos, e dar-lhes o apoio social necessário no momento de crise.

O sofrimento, no entanto, acaba levando os indivíduos a perder a esperança na própria existência e a desacreditar que as situações possam se modificar. Encontrar um sentido para a própria vida e passar a ter o controle da situação torna os sujeitos capazes de transformar ou pelo menos aliviar o sofrimento, independente da sua causa (Cassell, 1982; Leloup, 1997). O apoio social, através dos grupos de apoio ou das redes sociais, está centrado no cuidado dos sujeitos e pode ajudá-los a ressignificar as experiências que causam sofrimento e atribuir-lhes um novo sentido (Cohen & Syme, 1985). Através do apoio mútuo e do cuidado, as pessoas se interagem e se sentem seguras e confiantes para compartilhar os problemas e expressar os seus sentimentos.

A dimensão do cuidado ao orientar as ações de saúde propicia uma relação mais humanizada e solidária entre profissionais de saúde e pacientes. Diversos autores (Luz, 1997; Vasconcellos, 1998; Ayres, 2001) apontam que a atitude de cuidar do outro, além de fazer parte das práticas de saúde, deve orientar as reflexões e intervenções no campo da saúde. Essa atitude de cuidar do outro, ressalta Ayres (2001:71), *“é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente”*.

Essa abordagem vai ao encontro de outros autores (Cassell, 1982; Foss & Rothenberg, 1987; Kirmayer, 1988; Leloup, 1997; Barrios, 1999) que sugerem que a atitude de cuidar da saúde do outro se dirige ao sujeito em sua totalidade de corpo e mente, e não se restringe portanto a tratar do corpo físico enquanto organismo biológico. Nesse sentido, se o apoio social inclui a dimensão do cuidado, não se poderia inferir que as práticas e atividade de apoio social se voltam para os sujeitos na sua totalidade, integrando assim o corpo e a mente?

1.5 - Rede social

A discussão da rede social tem crescido no meio acadêmico e faz-se pertinente na conjuntura atual de individualismo e isolamento, na qual predominam as famílias monoparentais, crescem os desempregados de longa duração, aumentam as situações de dissociação familiar, entre outros, com conseqüente retraimento das redes e empobrecimento do apoio social (Castel, 1993).

Conforme referido anteriormente, a rede social é relevante no contexto do apoio social e está diretamente relacionada aos estudos teóricos e empíricos sobre apoio social e saúde. É através da análise da rede social pessoal e das redes que se estabelecem entre grupos e comunidades que se torna possível predizer o acesso dos sujeitos aos recursos de apoio social (emocional, informativo, instrumental) disponíveis.

No presente trabalho, vamos abordar a rede social como instrumento de análise do apoio social (Hall & Welman, 1985) e como ferramenta clínica a ser utilizada nas práticas de saúde através do modelo da rede social (Minkler, 1992; Sluzki, 1997). Iniciaremos com a contextualização da rede e sua discussão conceitual.

O conceito de rede, embora incorporado pelas ciências sociais desde a década de 40, vem sendo atualmente muito utilizado nas diversas áreas do conhecimento, tanto

como conceito teórico ou metodológico como para se referir a determinado tipo de relação ou prática social (Scherer-Warren, 1999).

Rede é um “*entrelaçamento de fios, cordas (...) com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido*” (Holanda, 1995:1466). Apesar de existirem diferentes tipos de rede, tais como rede de informação, rede organizacional, rede política, rede de movimento, rede social, entre outras, todas estão associadas a uma imagem de teia, malha, conexões, fios que se entrelaçam (Barnes, 1987).

A discussão da rede social nasce na antropologia social, e tem como objetivo a “*análise e descrição daqueles processos sociais que envolvem conexões que transpassam os limites de grupos e categorias*” (Barnes, 1987:163). O conceito de rede social foi sendo desenvolvido por diversos autores, sendo Barnes em 1954 e Bott em 1957 um dos primeiros antropólogos a utilizar a idéia de rede social em seus trabalhos de campo. Barnes (1987) analisou as relações de parentesco e amizade em uma comunidade de pescadores na Noruega, e evidenciou a importância de outros vínculos extra-familiares na vida cotidiana. Bott (1971), por sua vez, desenvolveu um estudo sobre rede social e família em que propõe metodologias pioneiras para analisar as características estruturais da rede e os seus conteúdos.

O conceito de rede social pode ser empregado em diferentes tipos de situações e contextos sociais e tem sido utilizado nos estudos de movimentos sociais para analisar as redes não governamentais ou redes movimentalistas, nas quais os “*atores coletivos, portadores de identidades diversas, se articulam formando as redes, com base em conexões preexistentes*” (Doimo, 1993 apud Scherer-Warren, 1999:25). Essa rede entre os atores sociais intensifica os recursos de apoio e gera ações coletivas que propiciam uma maior participação dos sujeitos nas tomadas de decisão e na reivindicação dos seus direitos e necessidades básicas (Valla, 2000).

A rede social também é útil na descrição e análise de processos políticos (Barnes, 1987), ajudando a pensar o modo como se configura a sociedade atual em vigência do processo de globalização e seus efeitos nas condições de vida e saúde da população. Nesse sentido, o conceito de rede social permitir discutir, no nível macro, as ações políticas e os recursos sociais, financeiros, de saúde, entre outros, que a sociedade disponibiliza para os seus cidadãos, e, no nível micro, através da rede social pessoal, os recursos e fluxos de informação que serão mobilizados para os indivíduos, grupos e comunidades através dos relacionamentos sociais (Pearlin, 1985).

Segundo este autor, como “*existe uma distribuição desigual de riqueza, poder e status nas sociedades, a extensão e os recursos da rede serão desigualmente*

distribuídos também” (Pearlin, 1985:44). Assim, as classes populares, e até mesmo uma parcela da classe média, terão um alcance e acesso restrito aos recursos da rede, configurando os vulneráveis e desfilados do sistema social (Castel, 1993). Estas questões são importantes no estudo de apoio social pois afetam diretamente a saúde, e estes sujeitos precisarão ter acesso a outras fontes de recursos. No entanto, não vamos discutir a análise macro-social, as ações políticas e o papel do Estado pois fogem ao escopo deste trabalho.

1.6 - Rede social como instrumento analítico do apoio social

Os sujeitos através da constante interação com familiares, amigos, vizinhos, membros da igreja ou das associações comunitárias, entre outros, vão constituindo a sua identidade e construindo e reconstruindo a sua rede social pessoal ao longo da vida. Sluzki (1997:42) entende a rede social pessoal como a “*soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade*”. A rede social pessoal, prossegue o autor, contribui para o reconhecimento do sujeito e sua auto-imagem.

Com o desenvolvimento da metodologia de rede, os pesquisadores vêm, cada vez mais, empregando a análise da rede social como instrumento para avaliar o apoio social e seu impacto na saúde (Gottlieb, 1985; Hall & Wellman, 1985; House & Kahn, 1985). Os sujeitos estão expostos a diferentes tipos de situações estressantes na sua vida diária, e a forma como a sua rede social pessoal está estruturada vai influenciar diretamente os recursos de apoio social que fluem através da rede e os ajudam a lidar com as oportunidades e contingências do sistema social (Hall & Wellman, 1985; Pearlin, 1985).

A análise da rede social pessoal, através de uma amostra de indivíduos focais ou informantes, busca identificar as características estruturais da rede, tais como a composição, densidade, tamanho, entre outros, e as características dos relacionamentos como a qualidade dos vínculos sociais, os tipos de apoio que estão sendo mobilizados e a percepção dos sujeitos em relação ao apoio social disponível.

Embora as investigações a respeito da rede e do apoio social sejam relevantes para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde existem algumas inconsistências nos estudos epidemiológicos, como por exemplo a utilização de distintas medidas de rede e apoio social muitas vezes sem referência ao conceito teórico utilizado, dificultando a comparação dos resultados (Berkman, 1985; House & Kahn,

1985; Dalgard & Haheim, 1998). Não obstante a saúde individual ou coletiva depender, entre outros, dos fatores constitucionais e dos determinantes sociais e psicológicos, alguns estudos ainda priorizam a análise de fatores de risco biológicos e hábitos relacionados à saúde em detrimento do ambiente psicossocial (Gottlieb, 1985; Chor et al., 2001).

Para minimizar esses problemas, pesquisadores (Sherbourne & Stewart, 1991; Bowling, 1994) vêm buscando padronizar as medidas e sugerem a utilização de questionários multidimensionais, ou seja, que incluam vários itens para se avaliar as diferentes dimensões do apoio social, previamente testados com validade e confiabilidade aprovados. Hall & Wellman (1985) ressaltam que o apoio social precisa ser avaliado como um conjunto de recursos que pode fluir através das relações interpessoais e da rede social e não como uma característica inerente desses vínculos, haja vista que nem todo o relacionamento fornece apoio aos sujeitos.

A importância da rede social e saúde foi relatada inicialmente no estudo de Durkheim em 1897, ao evidenciar uma maior probabilidade de suicídio em indivíduos isolados socialmente quando comparados com os que tinham uma rede social mais ampla e integrada (Sluzki, 1997).

Os primeiros estudos sobre apoio social e saúde foram desenvolvidos pelos epidemiologistas a partir da década de 70, e como eram estudos retrospectivos que não tinham com o objetivo inicial a rede dos indivíduos, as medidas empregadas não eram específicas para a análise da rede social (Berkman, 1985). Em seguida, estudos de coorte prospectivo foram desenvolvidos, demonstrando que a pobreza das relações sociais é um fator de risco para a saúde comparáveis ao fumo, obesidade e hipertensão arterial (Sluzki, 1997).

Uma das investigações prospectivas consideradas de grande relevância foi realizada com uma amostra de 6928 adultos residentes na Califórnia, avaliando-se diversos aspectos da rede social pessoal e com *follow-up* de nove anos (Berkman & Syme, 1979). A rede social demonstrou uma capacidade preditiva de sobrevivência, indicando que a diminuição da rede social e o enfraquecimento dos vínculos sociais estavam associados ao aumento das taxas de mortalidade geral em ambos os sexos, independente de outras variáveis como o estado inicial de saúde, o nível sócio-econômico, consumo de álcool, uso de cigarro e utilização dos serviços de saúde.

Investigações posteriores⁵ confirmaram a relação inversa entre indicadores de rede e apoio social e risco de mortalidade por neoplasias e doenças coronarianas (Dalgard & Haheim, 1998, Vogt et al., 1992). Por sua vez, a percepção do apoio social disponível em grupos de idosos (Blazer, 1992) e a participação social em grupos organizados e associações comunitárias (Minkler, 1985; Minkler, 1992; Dalgard & Haheim, 1998) também diminuem os riscos de morbidade e mortalidade geral.

Além da forte relação com a redução da mortalidade, as variáveis da rede e apoio social estão associados ao aumento da sobrevida após diagnósticos de câncer e doença coronariana (Dalgard & Haheim, 1998), neoplasia e acidente vascular cerebral (Vogt et al, 1992) e câncer de mama (Spiegel, 1997).

Esta última pesquisa (Spiegel, 1997) foi desenvolvida com mulheres com diagnóstico de câncer de mama avançado que participavam sistematicamente de grupos terapêuticos de apoio. Evidenciou-se uma sobrevida média de dezoito meses a mais em comparação às mulheres com mesmo diagnóstico e submetidas a tratamentos médicos análogos. Este autor atribuiu os resultados positivos ao intenso apoio social proporcionado a estas mulheres, e acrescenta que além do aumento da sobrevida houve um melhora significativa na qualidade de vida, com diminuição da ansiedade, depressão e dor.

Outros estudos (Schulz & Rau, 1985) evidenciaram o papel do apoio social como mediador dos eventos estressante e seus benefícios à saúde mental. Além dos estudos epidemiológicos, a importância dos relacionamentos a fomentar o apoio social e diminuir o impacto dos eventos estressantes também foi demonstrada em pesquisas clínicas e experimentais (Cassel, 1976). Sluzki (1997) cita estudos no qual pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio tiveram uma recuperação mais rápida e completa na presença dos familiares do que os pacientes mantidos isolados no CTI, evidenciando as implicações clínicas da correlação entre rede social e saúde.

1.7 - A rede social na prática clínica cotidiana

O processo de formação e manutenção de uma rede é dinâmico, pois as redes podem se formar e se desfazer com uma certa rapidez, principalmente diante de situações críticas como problemas de saúde, migração, desemprego, separação, entre outros. Na vigência dessas situações estressantes, em que os sujeitos encontram-se

⁵ Berkman (1985) fez uma revisão de diversos estudos correlacionando rede social e saúde.

isolados, marginalizados, com baixa de auto-estima e uma falta de perspectiva na vida, é importante uma rede social forte capaz de acolhê-los e fornecer o apoio social necessário para enfrentar as adversidades (Castel, 1993; Sluzki, 1997).

Se por um lado a rede e o apoio social podem afetar a saúde e sua promoção, acelerar na recuperação das enfermidades, aumentar a sobrevida e estimular o autocuidado (Cohen & Syme, 1985), por outro, as condições de saúde também podem interferir diretamente na rede social pessoal (Sluzki, 1997). Os sujeitos saudáveis mantêm a sua rede através de contatos sistemáticos e da reciprocidade, enquanto algumas enfermidades crônicas debilitam os enfermos e reduzem a sua mobilidade com impacto negativo na sua rede social, pois estes sujeitos doentes além de se sentirem incapazes de ajudar os outros começam a se isolar dos seus contatos. Os outros membros da rede também costumam se afastar, diminuindo as conexões sociais e laços de solidariedade até a extinção da rede pessoal, fazendo com que o enfermo e sua família sejam privados do apoio social justamente em um período crítico de suas vidas.

Em contrapartida, as doenças crônicas também podem gerar novas redes, principalmente as redes formais de instituições, dos serviços de saúde, dos grupos de apoio social, entre outros, reunindo pessoas que se identificam por compartilhar problemas semelhantes (Sluzki, 1997; Spiegel, 1997). Essas redes são importantes por sua capacidade de fornecer apoio emocional e informativo aos sujeitos doentes e sua família.

Devido a forte correlação entre rede social e saúde e suas implicações clínicas, Sluzki (1997), baseado na visão sistêmica da terapia familiar, ressalta a importância do modelo da rede social ser incorporado na prática clínica cotidiana dos diversos profissionais de saúde, de modo a complementar o trabalho desses profissionais. A valorização da rede social pessoal é relevante no contexto clínico ao inserir o sujeito no seu ambiente social, contribuindo assim para ampliar a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença

Apesar da rede social ser a base de algumas atividades preventivas e terapêuticas no campo saúde, tais como os grupos de idosos, grupos de auto-ajuda para pacientes e familiares, o hospital-dia, a visita domiciliar, programas de saúde mental, entre outros, não significa que as dimensões da rede social dos indivíduos esteja sendo considerada (Sluzki, 1997). Trabalhar com o modelo da rede social no contexto clínico, prossegue o autor, significa utilizá-lo como uma ferramenta clínica para a compreensão do processo de adoecimento e sofrimento e como suporte para definir as intervenções terapêuticas.

Durante as consultas, os profissionais de saúde e o sujeito e/ou seus familiares traçam o mapa da rede social pessoal buscando identificar os processos relacionados ao adoecimento, quais as variáveis psicossociais podem estar contribuindo para desencadear os problemas de saúde e as que podem ser úteis para solucionar os conflitos. Dependendo da complexidade dos problemas de saúde e da formação dos profissionais pode ser necessário uma equipe de saúde para trabalhar com o modelo da rede social e dar o suporte necessário para os pacientes e seus familiares.

A partir das informações obtidas com a análise da rede, os profissionais de saúde podem atuar com fins terapêuticos e desenvolver estratégias para integrar os pacientes em redes de socialização, tais como os grupos de apoio social, ou até mesmo ajudá-los a desativar determinadas redes que estão sendo prejudiciais, como a dos usuários de drogas que mantém contatos sociais que reforçam e estimulam a adição. Estas condutas terapêuticas podem ser relevantes tendo em vista que grande parte dos pacientes que busca constantemente atendimento nos ambulatórios dos serviços públicos vive isolada ou tem uma rede social frágil e incapaz de atender as necessidades de apoio (Sluzki, 1997).

Dessa forma, incorporar o modelo da rede social na prática clínica diária pode ser útil, principalmente no contexto atual em que os valores da sociedade estimulam a competição e o individualismo excludente com conseqüente adoecimento (Castel, 1993; Luz, 2001). Além disso, a abordagem de rede e apoio social ao discutir os sujeitos no seu contexto sai do modelo centrado na doença e se volta para a dimensão do sujeito na sua totalidade (Sluzki, 1997).

CAPÍTULO II

A HOMEOPATIA E O APOIO SOCIAL

2.1 - A origem do dualismo: influências do pensamento cartesiano

Pensamos ser importante fazer uma breve contextualização histórica para situar a discussão de corpo e mente e identificar a origem dessa dualidade ainda presente nos dias atuais. Escolhemos como marco teórico o período cartesiano, classicamente conhecido pelo dualismo entre a razão e a emoção ou entre o corpo e a mente, e que ainda nos dias atuais “*continua a influenciar as ciências e as humanidades no mundo ocidental*” (Damásio, 1996:278).

O século XVI, no ocidente, é marcado por profundas transformações de ordem política, econômica e religiosa, e por mudanças na forma de conceber o mundo. Até o final da Idade Média o poder dominante era o da visão cristã, a explicar o mundo através da concepção de um Deus transcendente. Após esse período houve uma ruptura desta concepção teísta, isto é, da doutrina que admitia a existência pessoal de um Deus e sua ação providencial no mundo, e tem início a modernidade (século XVII-XIX), a privilegiar os interesses materiais e terrenos.

A déia de modernidade está relacionada à ruptura com a tradição, à oposição a autoridade da fé pela razão humana e ao individualismo, e as principais correntes formadoras do pensamento moderno foram o racionalismo, representado pela filosofia de René Descartes (1596-1649), e o empirismo representado por Francis Bacon (1561-1626). Luz (1988) assinala a oscilação entre estas duas correntes a influenciar as teorias científicas e a própria prática científica como o modo de produção de verdades.

Descartes ressaltou a relevância do pensamento, do indivíduo pensante, e através da frase “penso, logo existo”, infere que a única certeza é a existência de algo que pensa (*res cogitans*). Ao buscar fundamentar o conhecimento científico através de uma verdade inquestionável, estabeleceu a evidência do cogito (pensamento) e privilegiou a certeza da razão em detrimento dos sentimentos e emoções. Assim, tudo que for além do pensamento é objeto de dúvida, como por exemplo afirmar a existência do corpo, pois sendo este material está presente no mundo externo sobre o qual não se podia ter

qualquer certeza (Marcondes, 1998). Nesse contexto, prossegue o autor, origina-se o dualismo razão-emoção ou mente-corpo presente no período cartesiano.

A filosofia do dualismo dividiu o mundo em duas esferas, uma objetiva, relacionada às questões materiais e que passou a ser controlada pela ciência, e outra subjetiva, da mente, que se tornou domínio da religião, libertando assim a investigação científica do controle da igreja (Goswami et al., 1998). O homem foi fragmentado, separado em corpo e mente, e decomposto em suas partes, excluindo-se a subjetividade e as dimensões consideradas não científicas (Crema, 1995).

Apesar da mudança da visão religiosa dominante da igreja para o extremo da objetividade, da razão e determinismo, o processo histórico não se dá de uma forma linear, existem descontinuidades e rupturas importantes, e num mesmo período coexistem diferentes correntes ideológicas e teorias, embora algumas sejam predominantes (Luz, 1988; Marcondes, 1998).

2.2 - A medicina científica moderna como o modo de produção de verdades

A medicina moderna teve início com a descoberta da anatomia patológica por Morgagni (1682-1771) no final do séc. XVIII e no início do séc. XIX, e os anatomopatologistas acreditavam que o conhecimento das partes internas do corpo seria suficiente para explicar as funções do organismo vivo e compreender os fenômenos mórbidos (Foss & Rothenberg, 1987). A medicina que se origina a partir da anátomo-clínica é portanto uma medicina do corpo, das lesões e das doenças (Luz, 1988; Camargo Jr., 1992).

Luz (1988) aponta que a medicina moderna ao se fundamentar na descrição, classificação e identificação das doenças e lesões no corpo e dos achados anátomo-patológicos torna-se uma ciência das doenças em detrimento da arte de curar sujeitos doentes. Conseqüentemente, o saber médico também se volta para o corpo com uma visão fragmentada, a dividi-lo em partes, em órgãos e sistemas, e a esquecer da totalidade do sujeito.

A segunda metade do século XIX foi marcada por dois grandes avanços, o desenvolvimento da fisiologia com Claude Bernard e o descobrimento da teoria do germe por Pasteur. A teoria Pasteuriana propiciou a descoberta da “causa” das doenças, e conferiu à medicina um caráter científico, de detentora da verdade (Canguilhem, 1978). A partir desse momento, a etiologia das doenças ficou principalmente relacionada à idéia de contágio, seguindo portanto a lógica da biologia, e as teorias e

conceitos que iam contra o caráter reducionista da anatomia patológica e da fisiologia mecânica, como por exemplo o vitalismo, não encontraram mais espaços de legitimação (Luz, 1988).

A saúde é entendida como ausência de patologia, e é a partir do patológico que se ensina a saúde (Canguilhem, 1978). Na graduação médica os alunos geralmente iniciam o aprendizado através de disciplinas como a anatomia e histologia a reforçar a idéia de órgãos, tecidos, de partes isoladas, e cada vez mais se formam especialistas que fragmentam o corpo e esquecem da totalidade do sujeito. Com a centralidade da doença, a medicina se afastou do sujeito e seu sofrimento e excluiu outros determinantes do adoecimento como os fatores psicológicos e sociais (Cassell, 1982; Camargo Jr., 1992; Luz, 1997).

Para pensar na unidade corpo-mente, ou seja, na totalidade do sujeito, vamos enfatizar três conceitos básicos na homeopatia, a concepção de saúde-doença, a individualidade e a suscetibilidade, com a proposta de articular cada um desses conceitos com a discussão do apoio social. Iniciaremos reportando algumas considerações do médico alemão Samuel Hahnemann (1755-1843), o criador da homeopatia⁶, para situar a construção do sistema médico homeopático.

2.3 - Contextualizando a homeopatia

Ao longo de sua obra, Hahnemann (1805; 1921) faz uma severa crítica ao tratamento agressivo utilizado na época⁷ baseado em uma terapêutica medicamentosa que ao invés de aliviar contribuía para agravar os enfermos, e ao total desconhecimento, por parte dos médicos, da natureza medicamentosa e sua ação terapêutica. Insatisfeito com a medicina praticada decide abandonar a atividade clínica para se dedicar à investigação científica e à tradução de textos médicos.

Em 1790, ao traduzir a matéria médica de Cullen sobre as propriedades medicinais da casca de chinchona (*china officinalis*), medicamento usado para curar a febre intermitente (malária), constatou que indivíduos sadios ao ingerir ocasionalmente esta substância relatavam sintomas semelhantes aos da malária, e decidiu experimentá-la. Durante o uso da china surgiam sintomas característicos da malária e ao suspender a substância os sintomas desapareciam.

⁶ Homeopatia vem do grego *homoios* (semelhante) e *pathos* (doente).

⁷ O tratamento era baseado em flebotomias, sangrias, purgantes, e um excesso de mistura de diversas substâncias medicamentosas.

Dentro de um grande rigor técnico começou a experimentar algumas substâncias mais usadas na época e observar os efeitos que produziam no seu organismo, e, posteriormente, a experimentação se estendeu para outros indivíduos sadios. Desse modo, a experimentação se torna um dos fundamentos do conhecimento médico homeopático.

A partir de então, Hahnemann retornou a prática clínica e passou a prescrever os medicamentos que, através da experimentação no homem são, haviam produzido um conjunto de sintomas análogos aos da entidade clínica que o paciente apresentava. Os medicamentos foram inicialmente utilizados nas doses habituais preconizadas, no entanto, os pacientes se curavam das doenças mas ocorria uma intensa agravação dos seus sintomas originais. Esta constatação foi atribuída à quantidade de dose utilizada, levando-o a reduzir as doses e diluí-las com intenção de minimizar os seus efeitos.

As doses diluídas diminuía as agravações dos pacientes, porém, a diluição chegava a um ponto em que a substância perdia o poder curativo. Passou então a acrescentar uma série de succussões, ou seja, sacudia vigorosamente a substância já diluída, tornando as diluições seguintes mais potentes e menos tóxicas. A este processo de diluição mais succussão chamou de dinamização⁸.

No início, como a experimentação era realizada com doses subtóxicas, os sintomas que os indivíduos relatavam eram referentes ao quadro da patologia ou entidade clínica. Ao utilizar as doses mínimas (quantidade reduzida) e diluídas, os experimentadores passaram a relatar sintomas não mais restritos à doenças físicas ou alterações dos órgãos, mas sim sintomas gerais como os desejos alimentares, sono, sensações, medos, emoções, etc. Essa compreensão é importante para entender o conceito de doença desenvolvido por Hahnemann, e que abordaremos adiante.

Nesse contexto, Hahnemann (1921) elaborou um sistema médico, a homeopatia, apoiado na lei ou princípio da similitude⁹, que significa que a substância medicamentosa capaz de curar o doente é aquela que tem a capacidade de produzir sintomas análogos no indivíduo sadio durante o processo de experimentação. Essa concepção de tratamento e cura era oposta à medicina que se praticava na época, cujo tratamento era baseado no princípio do contrário e direcionado a causa material da doença.

⁸ A dinamização libera o poder medicinal latente que se encontra presente no interior das substâncias, tornando-as mais potentes (Hahnemann, 1921 parágrafo 269).

⁹ É conhecido como *similia similibus curentur*, ou seja, semelhante cura semelhante. Alguns médicos e pesquisadores, entre eles Hipócrates e Paracelso, utilizaram o princípio da similitude como recurso terapêutico (Rosenbaum, 2000).

Luz (1993:16) assinala que através da aplicação sistemática do princípio da similitude, Hahnemann evidenciou a “unicidade do indivíduo, isto é, sua concepção de totalidade unitária do organismo, e também trouxe como proposição a unicidade da enfermidade individual”.

Embora o modelo mecanicista e dualista da racionalidade científica fosse dominante na medicina, o vitalismo teve uma forte influência na construção do sistema médico homeopático (Luz, 1988). Esta autora refere que

o vitalismo homeopático não se apresenta como um sistema explicativo das doenças e suas causas, mas como um sistema racional e experimentalista da *arte de curar doentes*. O indivíduo doente, é o ponto de partida clínico e o objeto epistemológico básico do sistema homeopático. (...) Trata-se de outra *racionalidade médica* (Luz, 1988:122)

Hahnemann (1921) enfatizava a cura suave e efetiva do sujeito doente, o que se tornou viável a partir do momento que passou a receitar as substâncias dinamizadas, diminuindo assim a agravação dos sintomas originais. Essa preocupação com o modo de curar fica evidenciada em uma das suas obras mais importante: O *Organon* da arte de curar.

O ideal mais elevado de cura é restabelecer a saúde de modo rápido, suave e permanente, ou eliminar e destruir a doença em toda a sua extensão, pelo caminho mais curto, mais seguro, e menos prejudicial, apoiando-se em princípios facilmente compreensíveis (Hahnemann, 1921:92 - parágrafo 1)

Esses princípios que Hahnemann se refere são as premissas que irão sustentar o sistema homeopático: princípio da similitude, experimentação no homem são, diluição e dinamização, e que ainda norteiam a prática homeopática nos dias atuais.

2.4 - A visão homeopática do processo de saúde e doença

“Sem dúvida, pode ser que o princípio vital explique pouca coisa, mas pelo menos é uma etiqueta pregada em nossa ignorância, para que oportunamente nos lembremos dela, quando o mecanicismo nos convida a ignorar essa ignorância”.

Henri Bérgeon

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, diferenciando 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).

Kent (1849-1916)¹⁰ ao dar continuidade aos trabalhos de Hahnemann trouxe dois conceitos importantes a ampliar a compreensão do processo de saúde-doença: a vontade que se refere aos desejos mais profundos do ser humano e o entendimento que significa a capacidade de pensar, a compreensão e o intelecto. “*A combinação destes dois princípios constituem o homem, produzem vida e atividade, e causam todas as coisas do corpo (...). O homem é a vontade e entendimento e a habitação que ele ocupa é o seu corpo*” (Kent, 1954:22). Para este autor, o desequilíbrio da vontade ou do entendimento leva a um desequilíbrio na energia vital, e este desequilíbrio vital se expressa através de sinais e sintomas.

O quadro sintomatológico representa a manifestação do desequilíbrio mais profundo e revela a natureza interior do sujeito. 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). Assim, os sujeitos ao sentirem tristeza, ansiedade, insônia ou outros sintomas denominados de sofrimento difuso (Valla, 1999), ainda que não tenham alterações orgânicas, já são considerados enfermos para a

¹⁰ James Tyler Kent deu continuidade aos trabalhos de Hahnemann e foi um dos divulgadores da homeopatia nos Estados Unidos. Seu trabalho sobre filosofia homeopática é uma importante referência nos estudos da homeopatia.

homeopatia, tendo em vista o conceito de doença não estar relacionado à entidade patológica mas sim ao desequilíbrio do princípio vital imaterial.

Por outro lado, eventos tais como câncer, pneumonia, hipertensão arterial, entre outros, não constituem a doença em si mas sim os seus resultados. Estes eventos mórbidos são um conjunto de sinais e sintomas a expressarem o desequilíbrio interno dos sujeitos doentes.

Os conceitos de saúde e doença são portanto 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 (OMS, 1986).

Os sintomas, independentes de configurarem ou não uma entidade patológica, são relevantes para compreender o processo de adoecimento e determinar a escolha do medicamento mais indicado com vistas a curar os sujeitos doentes, conforme o parágrafo 7 do Organon:

(...) Os sintomas devem ser o meio pelo qual a doença pede e aponta para o medicamento apropriado para curá-la. Além disso, a totalidade de sintomas, cuja imagem exterior é a expressão da essência interna da doença, isto é, da energia vital afetada (...) deve ser a principal preocupação do médico, a única coisa que deve ser removida por meio de sua arte, para que a doença seja curada e transformada em saúde (Hahnemann, 1921:96).

Curar a doença, entendida como desequilíbrio da energia vital, significa curar o sujeito na sua totalidade e não apenas acabar com os sintomas nosológicos (Hahnemann, 1921; Kent 1954). Segundo estes autores, ao curar o sujeito conseqüentemente cura-se a patologia, porém, ao eliminar os sintomas com medicações sintomáticas, ao invés de se obter a cura estaria suprimindo os sintomas e agravando o processo de adoecimento e sofrimento.

A definição de cura para homeopatia também é distinta da biomedicina, para a qual 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 de saúde é a crescente medicalização como única forma terapêutica, já que cada paciente ao ser atendido nesses serviços, incluindo as crianças da puericultura, retorna para casa com uma receita contendo vários medicamentos para atuar em distintas partes do corpo. Considerando que diversos problemas de saúde são desencadeados por estressores psicossociais já referidos anteriormente, o que está sendo feito, em muitos casos, é medicar os problemas de vida.

Os estressores psicossociais são importantes para a saúde pública ao contribuírem para o adoecimento de uma parcela crescente da população, resultando no aumento da demanda de atenção médica nos serviços públicos. No entanto, como estes problemas de saúde costumam se manifestar por síndromes indefinidas ou por um quadro sintomatológico com predomínio de sintomas emocionais e mentais são de difíceis compreensão e resolutividade no modelo biomédico. Essa dificuldade em lidar com os sintomas difusos e inespecíficos podem ser explicadas, em parte, pela própria formação acadêmica que tem o enfoque de objetivar a doença e excluir o sujeito e seu sofrimento (Canguilhem, 1978; Foss & Rothenberg, 1987; Luz, 1988; Camargo Jr., 1992)

Com 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 dos pacientes não são validadas por alguns médicos, que acreditam que esta área de atuação diz respeito à psicologia ou psiquiatria, e somente consideram os sujeitos doentes quando se tem 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 vários especialistas e a realização de um conjunto de exames complementares, visando 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, legitimando assim as necessidades físicas e bloqueando as necessidades afetivas pelo uso de determinados medicamentos. É nesse sentido que este

autor adverte que o uso abusivo de psicofármacos mantém 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 deve-se a ruptura dos vínculos sociais e a síndrome do isolamento e pobreza desencadeada pelas condições sócio-econômicas (Cassel, 1976; Castel, 1993; Valla, 1999; Luz, 2001).

Existe portanto um limite da racionalidade do modelo centrado no diagnóstico e tratamento a partir da patogênese em lidar com a complexidade do adoecimento humano (Foss & Rothenberg, 1987; Carvalho, 1996; Camargo Jr., 1997; Luz, 1997). Se por um lado este modelo hegemônico não consegue ser resolutivo aos agravos psicossociais, como o sofrimento difuso ou mal estar difuso, 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). Será que o tratamento que esses pacientes buscam é a substância medicamentosa ou um outro tipo de “remédio” que só seria possível caso houvesse uma 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, 1998a; 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 por exemplo as práticas de apoio social. O apoio social pode ser entendido como uma estratégia de resistência da população para *“romper com o isolamento causado pela cultura individualista que predomina na sociedade capitalista atual”* (Luz, 2001:28).

As várias formas de apoio social enquanto estratégias e táticas que acontecem no cotidiano da população apontam para a participação ativa dos sujeitos nas questões referentes ao controle da própria vida (Minkler, 1992; Valla, 1999). Através das relações de solidariedade, cooperação e apoio mútuo os sujeitos conseguem enfrentar melhor as situações estressantes e encontrar um sentido para a vida, com benefícios à saúde física e mental (Cohen & Syme, 1985). Dessa maneira o apoio social, conforme já abordado no capítulo anterior, permite ampliar a discussão do processo de saúde-doença e incluir a dimensão do cuidado na forma de lidar com o sofrimento dos sujeitos,

aproximando-se da visão do Samaja (2000) sobre a relação entre saúde, doença e cuidado.

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” (Samaja, 2000:41).

Assim como o apoio social, 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 no “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. Estes autores concluem que a homeopatia, ao aumentar a percepção de si e das dificuldades do próximo, propicia aos sujeitos, através do “agir positivamente” e do “agir social”, se tornarem 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, ao estimular ações solidárias através do “agir positivamente” e do “agir social” (Machado & Pinheiro, 2002) também fomenta o apoio social entre as pessoas.

Nesse contexto, tanto a homeopatia como o apoio social estão voltados para os sujeitos e podem estimular o desenvolvimento de habilidades pessoais para a saúde. Uma das habilidades relevantes para se lidar com as adversidades da vida é a resiliência, que significa a capacidade dos sujeitos de se recuperar dos sofrimentos e perdas e assim reconstruir a própria vida (Cassell, 1982). No entanto, ressalta este autor, esta capacidade é do sujeito enquanto totalidade de corpo-mente, pois é como um todo que

ele vai enfrentar e superar as dificuldades. Partindo desse ponto de vista, não se poderia pensar que o apoio social ao beneficiar a saúde física e mental tem o seu enfoque no ser humano integral?

Além disso, estudos empíricos demonstram que o apoio emocional é um forte preditor dos eventos de saúde (Gottlieb, 1985; House & Kahn, 1985), protegendo a saúde física e mental. Estas constatações sugerem que o equilíbrio emocional está diretamente ligado ao equilíbrio físico, indicando que a mente e o corpo estão diretamente relacionados. Nessa abordagem, as diversas atividades de apoio social não poderiam ser pensadas como atividades de saúde que acolhem os sujeitos na sua totalidade, e não separam o que é problema da mente ou do corpo como se fossem aspectos distintos?

Enquanto os indivíduos forem analisados como partes, órgãos, sintomas isolados, como um corpo separado de uma mente e não como uma totalidade, os profissionais de saúde serão de fato capazes de curar ou cuidar dos inúmeros doentes? Canguilhem (1978) critica falar em órgãos ou tecidos doentes quando é o organismo na sua totalidade que adoece. E acrescenta que os sintomas isolados não têm qualquer significado e precisam ser avaliados no contexto clínico.

A homeopatia também valoriza os sintomas no seu contexto, e trabalha com a totalidade sintomatológica dos pacientes. Os sintomas físicos, mentais e emocionais servem como um guia que possibilitará compreender o desequilíbrio interno dos sujeitos e conduzir ao tratamento mais adequado. Estes sintomas revelam um modo peculiar de adoecimento, e portanto, *“aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual”* (Canguilhem, 1978:65)

A homeopatia não trata apenas a tristeza, a ansiedade, a crise de asma ou a hipertensão arterial, mas sim o sujeito que ao adoecer manifesta os diversos sinais e sintomas. Ao contrário do pensamento da medicina moderna que trabalha com as categorias de saúde e doença como oposição entre normal e patológico (Canguilhem, 1978), e se centra na patologia como uma entidade à parte do sujeito doente, a homeopatia não separa a doença e o sujeito. Segundo Hahnemann (1921:102 - parágrafo 13), *“considerar a doença como algo separado de todo indivíduo, do organismo e da força vital que o anima (...) é um absurdo que só poderia ser imaginado por mentes materialistas”*.

O conjunto de sintomas mentais e emocionais denominados de sofrimento difuso ou mal estar difuso corresponde na visão homeopática *“a linguagem da natureza, que revela a natureza interna do homem doente”* (Kent, 1954:20), e portanto reflete a

singularidade do adoecer e o desequilíbrio do sujeito enquanto totalidade de corpo e mente. E, embora alguns sintomas se localizem em uma parte específica do corpo, como uma dor de estômago ou uma falta de ar, todo o organismo está adoecido (Canguilhem, 1978) pois a força vital está presente em todas as dimensões do ser (Hahnemann, 1921; Kent 1954). É nesse sentido que Boff (2000:143) assinala que a *“doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro”*.

2.5 - O sujeito e a individualização

A relevância de articular as dimensões subjetivas e objetivas nos modelos de explicação do processo saúde-doença, em vigência da complexidade sanitária, vem sendo apontada por diversos autores (Carvalho, 1996; Luz, 1997; Czeresnia, 1999; Pinheiro, 2001). 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 (1991:1067), 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 dever 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.

Ainda Lalande (1991:495) assinala que indivíduo, do latim *individuu*, pode ser *“algo materialmente indivisível, como por exemplo um átomo”*. Portanto, 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, 2000:124).

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 deverão 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 deverão ser devidamente modalizados para ressaltar o que é mais específico naquele paciente. O médico homeopata deve investigar sobre os medos, ansiedades, 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,1993:29). O medicamento prescrito deve cobrir a maior parte dos sintomas do paciente, de acordo com o princípio da similitude já referido anteriormente.

Na segunda categoria estão os sintomas referentes à entidade anatomo-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, a dor epigástrica característica da gastrite ou úlcera, 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 do 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 ao médico homeopata se aperfeiçoar 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 (Luz, 1993; Luz, 1997).

A relação médico-paciente, conforme já assinalado no presente trabalho, é um dos determinantes da resolutividade dos problemas de saúde (Ong, 1995; Camargo Jr., 1997; Luz, 1997; Pinheiro, 2001). 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 esta que, segundo estes 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 a construção de categorias diagnósticas (Luz, 1988; Camargo Jr., 1993). 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 mantém um distanciamento físico do paciente. Embora estes exames complementares tenham suas indicações, alguns autores criticam a incorporação dos mesmos como rotina médica, em detrimento

da anamnese criteriosa (Foss & Rothenberg, 1987), e advertem 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).

Segundo Canguilhem (1978), ao objetivar a doença e nomeá-la não se leva em consideração que a doença do paciente não corresponde necessariamente à doença do médico. 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 (Cassell, 1982), 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 (Foss & Rothenberg, 1987; Camargo Jr., 1998). Sullivan (1986 apud 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.

Essa atitude de valorizar apenas o saber científico também está presente nas orientações dos profissionais de saúde ao definir condutas, baseadas em fatores de risco e comportamentos saudáveis, sem perguntar aos pacientes se eles conseguem ou desejam se adequar aos novos regimes e regras. Conforme assinala Kirmayer (1988), os pacientes ao aceitarem o papel do doente e se submeterem ao tratamento sem questioná-lo são percebidos, por parte dos profissionais, como racionais e coerentes, porém, ao questionarem as condutas médicas e não seguirem exatamente as regras são definidos

como irracionais e culpados pelo insucesso do tratamento. 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 este 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.

Um outro exemplo de distanciamento que aponta para a deterioração da relação entre profissionais de saúde e pacientes é observado nos hospitais universitários, ao se identificar os pacientes internados pelo nome das patologias ou número do leito. Os estudantes e professores nem sempre sabem o nome dos pacientes, e discutem sobre o câncer do leito 01, o aneurisma do leito 02, e assim por diante, tratando a doença como uma entidade a parte do sujeito doente (Canguilhem, 1978; Foss & Rothenberg, 1987; Camargo Jr., 1992). Chamar os pacientes pelo nome é um dos pré-requisitos para se estabelecer a comunicação interpessoal (Ong, 1995), e ajuda a reforçar a identidade e auto-estima muitas vezes ameaçada pelo processo de adoecimento (Cassell, 1982; Wills, 1985).

Esta perda da relação médico-paciente se mantém durante os *rounds* clínicos, quando médicos e estudantes se reúnem no leito dos doentes para ouvir os “barulhos patológicos” do coração, identificar um sinal no corpo característico de uma determinada patologia ou palpar o abdome em busca de uma massa tumoral. O paciente é tratado de modo despersonalizado, como se estivesse ali exposto somente para ser um “*objeto de intervenção tecno-científica, despojado não apenas do seu corpo e de seu psiquismo, mas também de símbolos e significados pessoais e sociais investidos no seu adoecimento*” (Luz, 1997:29). Os estudantes, em processo de formação profissional, passam a incorporar este tipo de conduta no cotidiano.

Nesse 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, 1921:182), além de deixar o

“paciente se expressar livremente e detalhar a história dos seus sofrimentos sem interrupção” (Hahnemann,1921:173).

Nessa abordagem a relação médico-paciente torna-se uma relação terapêutica, ao possibilitar o 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 *anámnēsis*, e significa recordar, lembrar de algo esquecido (Leloup, 1998). É através da narrativa e da possibilidade de se expressar que o paciente recorda a sua história biográfica, o que motivou o adoecimento ou sofrimento, e 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 (Winnicott, 1974; Cassell, 1982; Leloup, 1998; Valadares, 1999a).

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, 1997:32).

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 Kaplan et al. (1989 apud Ong et al.,1995), 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. Da mesma forma, Wortman & Conway (1985) citam estudos de pacientes internados, cuja principal fonte de apoio social são os 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 (Ong, 1985; Sluzki, 1997).

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 implica no profissional escutar atentamente o paciente, demonstrar interesse pelos problemas, incentivar a enfrentar as dificuldades, transmitir confiança, tocar o paciente e chamá-lo pelo nome. Este tipo de comportamento afetivo ou sócio-emocional reflete a necessidade dos pacientes 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 estes 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 (Pearlin,1985; Hupcey, 1998; Valla, 1988a), 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 a sua vocação.

O cuidado destes pacientes se mantém durante o exame físico, sendo este muitas vezes um momento delicado da relação já que os mesmos podem se sentir expostos e invadidos ao serem examinados. Leloup (1998) adverte que o profissional de saúde ao tocar o corpo do paciente deve fazê-lo com respeito e atenção, pois ali estão impressos os registros de vida, as lembranças de dor, sofrimento, prazer e alegria. Como a memória dos acontecimentos vividos não existe apenas na mente mas no corpo todo, através do toque, do contato, ela pode ser reativada (Cassell, 1982; Leloup, 1998; Damásio, 1996; Boff, 2000).

Assim, enquanto o exame físico orientado para buscar a doença exclui o paciente e silencia o sofrimento (Camargo Jr., 1992), o exame físico centrado no sujeito doente permite que o sofrimento se manifeste e seja expresso. O corpo aqui não é visto como um objeto ou a metáfora cartesiana de uma máquina que precisa de consertos, *“o corpo é o mais profundo e infinito em nós. É por onde nos sentimos e sentimos o mundo”*

(Valadares, 1999b), e está repleto de conteúdos subjetivos e objetivos a serem validados pelo profissional de saúde.

A partir dessa abordagem, o corpo não poderia ser compreendido como um mapa das emoções que revelaria o mais profundo de cada sujeito e traduziria a sua história biopatográfica? E se o corpo revela os sintomas físicos, as emoções e os sentimentos (Hahnemann, 1921; Kent 1954) como separá-lo da mente, sem considerar que existe uma íntima relação entre os mesmos?

Damásio (1996) aponta para a inter-relação entre corpo e mente ao assinalar que o corpo proporciona uma referência fundamental para a mente, já que a mente não existe sem o estímulo do corpo. E acrescenta que o principal erro de Descartes foi:

a separação abissal entre o corpo e a mente, entre a substância corporal, infinitamente divisível, e com um funcionamento mecânico, de um lado, e a substância mental, indivisível, e intangível de outro; a sugestão de que o raciocínio, o juízo moral e o sofrimento adveniente da dor física ou agitação emocional poderiam existir independentes do corpo (Damásio, 1996:280).

Segundo este autor, o dualismo cartesiano impregnou de tal modo a medicina ocidental que ainda domina a investigação e a prática médica na atualidade. Como resultado, *“as conseqüências psicológicas das doenças do corpo propriamente dito, as chamadas doenças reais, são normalmente ignoradas (...). E mais negligenciado ainda é o inverso, os efeitos dos conflitos psicológicos no corpo”* (Damásio, 1996:282). Nessa concepção de interação corpo-mente, Foss & Rothenberg (1987) criticam o tratamento do ser humano em algumas situações como um corpo sem mente e em outras como uma mente sem corpo, pois ambas refletem a dualidade existente.

O modelo biomédico centrado no dualismo corpo-mente *“afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção”* (Luz, 1997:21). Nesse sentido, adverte Cassell (1982), este distanciamento da natureza e causa do sofrimento humano, restringindo a visão do adoecimento ao corpo físico, faz com que os tratamentos médicos voltados para curar as patologias sejam muitas vezes agressivos e lesivos aos sujeitos. A tecnologia científica investe no avanço da biomedicina enquanto *“ciência das doenças e suas causas”* e fica um vácuo enquanto *“arte de curar e cuidar dos sujeitos”* que sofrem (Luz, 1988, Camargo Jr., 1992).

A partir dessa perspectiva, diversos autores (Cassell, 1982; Foss & Rothenberg, 1987; Kirmayer, 1988; Crema, 1995; Leloup, 1997; Barrios, 1999) apontam que para compreender a natureza do sofrimento e aliviá-lo é preciso transcender esse dualismo histórico e conceber o sujeito enquanto totalidade de corpo e mente. Para tanto, se faz necessário sair do modelo restrito à causa das doenças e recuperar a dimensão do cuidado (Cassell, 1982; Kirmayer, 1988; Luz, 1997; Ayres, 2001; Machado & Pinheiro, 2002).

O cuidado começa ao acolher os pacientes e aceitar o sofrimento dos mesmos como real, mesmo que este não corresponda 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 as suas necessidades e demandas para que possam, aos poucos, modificar as suas vidas e ambientes. Esse tipo de relação médico-paciente, referida acima como uma forma de apoio social, visa 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 partir dessas considerações, o apoio social ao priorizar os sujeitos e acolher o sofrimento dos mesmos não estaria transcendendo o dualismo corpo-mente e cuidando dos sujeitos na sua totalidade? Os diversos grupos de apoio social embora reúnam pacientes com determinadas patologias não estão voltados para as doenças em si, mas são espaços onde se compartilham as emoções como medos, angústias, dores, tristeza, entre outros (Spiegel, 1997; Zimmerman, 1997b). Através do cuidado, do auxílio mútuo, da troca de informações, as pessoas se sentem úteis e mais fortalecidas para enfrentar o processo de adoecimento e sofrimento, beneficiando o estado geral de saúde (Cassel, 1974; Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985; Wills, 1985; Sluzki, 1997).

Esta 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 este 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, 1998:53), reforçando a importância das práticas centradas no modelo de rede social (Sluzki, 1997)

Estas 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. Não seria portanto a lógica de pensamento do apoio social mais próxima da racionalidade homeopática do que da racionalidade biomédica? Dentro dessa linha de raciocínio, sendo a homeopatia uma medicina do sujeito centrada no ser humano sofredor enquanto totalidade (Rosenbaum, 2000), não se poderia inferir que o apoio social é uma prática de saúde do sujeito que integra as dimensões do corpo e da mente e assim proporciona saúde e bem-estar físico e mental?

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 possibilite dar novo sentido e significado as experiências, estimulando o potencial de criatividade e liberdade individual (Vasconcelos, 1998).

2.6 - Suscetibilidade

Na visão homeopática para ocorrer o adoecimento, entendido como o desequilíbrio da energia vital, é preciso que haja uma predisposição interna ou suscetibilidade do sujeito (Hahnemann, 1921; Kent, 1954). A suscetibilidade é um *“estado, potencialmente patológico, que predispõe o sujeito a enfermar-se”* (Rosenbaum, 2000:90), inerente à condição do ser vivo. Os sujeitos apresentam graus variáveis de suscetibilidade, o que os tornam mais ou menos vulneráveis aos agravos à saúde.

Dentro da tradição médica costuma-se empregar o termo suscetibilidade como a tendência para sentir influências ou contrair enfermidades (Petersdorf, 1983), enquanto na homeopatia este termo aponta para uma condição de predisposição interna, que significa a tendência a estar disposto com antecedência, vocação ou disposição natural própria de determinado indivíduo. A predisposição dos indivíduos pode ser de dois tipos: específica e inespecífica (Rosenbaum, 2000).

O primeiro tipo se refere às predisposições de ordem genérica, que quando presentes nos indivíduos produzem sempre o mesmo quadro clínico. Existem diversos relatos na literatura médica, tais como a predisposição de grupos étnicos a determinadas patologias, a predisposições de grupos familiares, entre outros (Petersdorf, 1983). Embora diversos familiares ou grupos de pessoas possam ter a mesma patologia, a homeopatia vai investigar como cada um manifesta o adoecimento, o que indica que este tipo de predisposição não é prioritário na análise homeopática pois não revela as características particulares dos sujeitos.

No segundo tipo encontram-se as predisposições inespecíficas, de ordem individual, nas quais predominam quadros clínicos diversos e não existe uma tendência a determinada enfermidade, estando assim mais próximas da interpretação homeopática (Rosenbaum, 2000). Este tipo de predisposição, relacionada à suscetibilidade pessoal, é relevante para compreender o atuar homeopático.

Hahnemann (1921) assinalou a importância da suscetibilidade no parágrafo 31 do *Organon*, ao afirmar que:

Os agentes mórbidos externos, físicos ou psíquicos, aos quais estamos expostos, não possuem o poder incondicional de desequilibrar a saúde do homem; somente nos enfermam quando o nosso organismo está suficientemente predisposto e é suscetível aos ataques da causa mórbida (...). Por esse motivo, não produzem enfermidade em todas as pessoas, e nem o tempo todo (Hahnemann, 1921:114).

Além da suscetibilidade aos agentes mórbidos, os indivíduos também se mostraram suscetíveis às substâncias medicamentosas durante o processo de experimentação e manifestaram uma diversidade de sintomas. Alguns indivíduos, no entanto, apresentaram uma predisposição mais acentuada, configurando um quadro de idiossincrasia, conforme assinalado nos parágrafos 116 e 117:

Alguns sintomas são produzidos pelos medicamentos com mais frequência, isto é, em vários indivíduos, outros mais raramente ou em poucas pessoas, alguns somente em um número bem restrito de pessoas saudáveis. A última categoria pertence às chamadas idiossincrasias (Hahnemann, 1921:194).

Este número restrito de indivíduos propensos à idiossincrasia se mostrou mais sensível aos estímulos de determinadas substâncias muitas vezes inócuas para outros, o que levou Hahnemann a atribuir as idiossincrasias às

(...) constituições físicas peculiares, que embora saudáveis, possuem a predisposição de apresentar um estado mais ou menos mórbido por certas coisas que parecem não produzir qualquer impressão ou alteração em muitos outros indivíduos (Hahnemann, 1921:194).

As idiossincrasias são exacerbações das predisposições inespecíficas, e assim revelam as suscetibilidades pessoais (Rosenbaum, 2000). Nesse sentido, prossegue este autor, as suscetibilidades pessoais podem ser consideradas como fenômenos idiossincrásicos, fenômenos estes que não se tratam apenas de reações exageradas, mas principalmente de reações imprevisíveis, inesperadas e pouco comuns, e portanto características dos sujeitos.

Desse modo, enquanto para a biomedicina as idiossincrasias não têm significado prático pois se referem apenas a uma hipersensibilidade ou alergia a determinados medicamentos, alimentos, fatores climáticos, entre outros, para a homeopatia as idiossincrasias são relevantes ao retratarem o modo singular e peculiar de adoecimento. São os sintomas idiossincrásicos, já referidos anteriormente, os que melhor individualizam os sujeitos e vão orientar a terapêutica homeopática.

Para compreender essa dinâmica individual do processo de saúde-doença, Hahnemann (1980) não se limitou a analisar os sintomas referentes à situação do adoecimento e apontou para a necessidade de um interrogatório minucioso sobre a história biográfica dos sujeitos. Reportando ao contexto atual significa investigar como os sujeitos, enquanto parte do coletivo e em constante interação com o ambiente social, percebem e reagem às situações estressantes ao longo da vida.

O ambiente (físico, sócio-econômico e cultural) influencia a história de vida do sujeito, a construção da identidade e a sua percepção de mundo (Cassell, 1982; Crema, 1995; Leloup, 1997; Sluzki, 1997). Um ambiente hostil, incapaz de prover as necessidades básicas, tais como alimentação, nutrição e moradia, e fornecer a sustentação ou *holding* (Winnicott, 1974) que os sujeitos precisam, é um ambiente que propicia o adoecimento ou sofrimento. Por outro lado, um ambiente de acolhimento e que estimula o desenvolvimento do potencial humano é benéfico à saúde física e mental (Cassel, 1976; Buck, 1985; OMS, 1986; OMS, 1988; OMS, 1991).

Ao mesmo tempo em que alguns fatores externos podem ativar as suscetibilidades pessoais e as predisposições genéticas com conseqüente adoecimento, outros fatores ambientais, como o apoio social, são capazes de compensar os efeitos destas predisposições individuais, promovendo ou recuperando a saúde (Cassel, 1976; Epp, 1986; Evans, 1994). Evans (1994) cita estudos em que crianças sob risco de déficit intelectual, cujas mães apresentavam retardo mental, tamponaram este risco e tiveram um bom desenvolvimento ao receberem apoio social precoce e serem inseridas em programas de cuidados educativos.

Apesar dos sujeitos estarem constantemente expostos a situações que possam interferir nas condições de saúde, haja vista a precariedade estar por toda parte (Bourdieu, 1998), nem todos adoecem na presença dos mesmos estressores físicos ou psicossociais. Esse caráter condicional do adoecimento foi apontado por diversos autores, entre eles Hahnemann (1921), ao assinalar que os fatores externos ambientais não têm o poder incondicional de desequilibrar a saúde dos sujeitos, e Cassel (1974; 1976), ao constatar que grupos ou pessoas em presença de fatores psicossociais semelhantes nem todos adoecem, pois a percepção do que é estressante para uns pode não ser para outros.

A partir da abordagem destes autores, o que propiciaria o adoecimento, além das circunstâncias ambientais, é como cada um, de acordo com o seu referencial interno ou sua suscetibilidade pessoal, percebe e reage às situações de vida (Hahnemann, 1921; Kent, 1954; Cassel, 1976; Cassell, 1982; Cohen & Syme, 1985). Diante de uma mesma circunstância, como por exemplo a perda de um ente querido, cada um sente e reage de maneira singular, uns aceitam e conseguem enfrentar a situação, outros se revoltam, se sentem abandonados, e assim por diante. Nesse sentido, tanto para a homeopatia como para o apoio social é importante se levar em consideração a maneira como cada sujeito ficou afetado em sua existência (Hahnemann, 1921; Kent, 1954) e os sentidos e significados que as situações representam na vida de cada um (Cassell, 1982; Cohen & Syme, 1985).

É através dessas situações vivenciadas e registradas na memória que os sujeitos vão construindo e reconstruindo formas diferenciadas de sentir e perceber o mundo. Eles vão guardando tanto a memória de dor e sofrimento como de prazer e alegria, e ao vivenciar as situações do cotidiano a memória das experiências passadas é evocada, mesmo que não seja consciente, e pode dar significado aos eventos presentes (Winnicott, 1974; Cassell, 1982; Leloup, 1998; Valadares, 1999a). Assim, o adoecimento e sofrimento terão diferentes significados e serão mais ou menos

ameaçadores dependendo das experiências anteriores de adoecimento pessoal ou de pessoas próximas (Cassell, 1982).

O processo de adoecimento e sofrimento é uma experiência individual, assim como *“a experiência de perda e dor, de alegria e amor, de crescer e criar, de viver e evoluir, é única para cada indivíduo-em-contexto”* (Sluzki, 1997:27). Contudo, embora se trate de experiências individuais e singulares, é através da interação com o mundo externo, do relacionamento com os outros, que os sujeitos mobilizam o seu interno e conseguem expressar as suas emoções e sentimentos (Cassell, 1982; Sluzki, 1997). Desse modo, o apoio social torna-se relevante ao possibilitar aos sujeitos compartilharem as experiências e atribuírem novos sentidos e perspectivas à vida (Cassel, 1976, Cohen & Syme, 1985; Minkler, 1985).

O homem é um ser gregário por natureza, e se privado do convívio com o outro, das relações sociais, perde a referência interna, a sua identidade, com conseqüente adoecimento (Sluzki, 1997). É nessa compreensão que Valadares (1999a:19) ressalta que *“vida de humano é memória e convívio. Sem um ou sem o outro, desaparece o Homem, embora possa ele, ainda, sobreviver inteiramente desafortunado”*.

A convivência e os relacionamentos sociais significativos vão constituindo a rede social pessoal e propiciando que o apoio social seja fornecido. Se por um lado os sujeitos com vínculos sociais escassos e frágeis não recebem apoio que lhes de sustentação adequada e têm maior probabilidade de adoecer, por outro, o adoecimento em si contribui para a ruptura destes vínculos, formando um ciclo vicioso de abandono-doença-abandono. É nesse contexto que Sluzki (1997) propõe que os profissionais de saúde analisem a rede social dos pacientes na prática cotidiana, de tal modo que a intervenção terapêutica inclua reativar a rede social pessoal ou reintegrar os sujeitos em novas redes de socialização, tais como os grupos de apoio social, as associações comunitárias, entre outros (Minkler, 1985; Minkler, 1992; Sluzki, 1997).

As redes sociais e os diversos grupos de apoio social são espaços de convivência e acolhimento das demandas da população, contribuindo para melhorar o estado de saúde e a capacidade de enfrentar melhor as questões do cotidiano. É através do convívio que os sujeitos renovam a memória e a história de vida (Valadares, 1999a) e atribuem novos sentidos e significados às experiências pessoais, modificando a percepção que tinham das mesmas (Cassell, 1982; Leloup, 1997; Sluzki, 1997).

A percepção, segundo Kent, está diretamente ligada ao entendimento mais profundo do ser humano, e como exemplo cita *“o médico, que ao perceber com clareza a natureza do processo de saúde-doença, ao perceber os sintomas do enfermo e o*

medicamento mais apropriado, está vendo com o seu entendimento” (Kent, 1954:42). Nesse sentido, uma percepção equivocada das situações, muitas vezes limitando os sujeitos e os impedindo de agir de modo adequado, corresponde ao que este autor refere como desequilíbrio do entendimento, e que por sua vez leva ao desequilíbrio da força vital.

Nessa linha de raciocínio, Leloup (1996) ressalta que o ser humano, com a sua capacidade de entendimento e interpretação atribui sentidos e significados às situações, já que *“os acontecimentos são o que são, o que se faz deles depende do sentido que se lhes dá”* (Leloup, 1996:15). No entanto, prossegue este autor, se por um lado essa capacidade que o ser humano tem de interpretar os acontecimentos propicia o adoecimento, por outro o torna livre, pois *“a única dor insuportável é aquela que não somos capazes de interpretar, destituída de qualquer sentido”* (Leloup, 1996:4). É nessa perspectiva que Cassell (1982) assinala que o sofrimento, seja físico ou não, pode ser mais intenso e ameaçador quando a sua origem é desconhecida, e pode ser minimizado quando os sujeitos sentem que têm o controle da situação.

Do mesmo modo que a percepção dos sujeitos influencia no processo de saúde-doença, ela também é uma medida importante a ser valorizada nos estudos sobre apoio social e saúde, já que nem todo o apoio que as pessoas fornecem através das relações interpessoais é percebido como significativo para quem o recebe (Cohen & Syme, 1985; Wortman & Conway, 1985). A partir dessas constatações, diversos pesquisadores (Cohen & Syme, 1985; House & Kahn, 1985; Sherbourne & Stewart, 1991) passaram a considerar a percepção dos sujeitos em relação à disponibilidade do apoio social a medida mais importante a ser analisada, e recomendam a sua inclusão em todos os estudos empíricos.

Para os sujeitos perceberem o apoio social como efetivo é necessário haver reciprocidade entre os mesmos (Pearlin, 1985; Hupcey, 1988; Valla, 1998a). Os grupos de apoio social ao estimularem os sujeitos a falar das suas experiências pessoais, tanto as agradáveis como as que geraram dor e sofrimento, propiciam a troca, a reciprocidade e a ajuda mútua. Nesse contexto grupal os indivíduos se tornam capazes de reviver as experiências e encontrar soluções, que até então não haviam sido pensadas, para resolver ou aliviar os problemas e sofrimentos (Sluzki, 1997; Spiegel, 1997; Zimmerman, 1997a).

Ao vivenciar as situações do cotidiano e interagir com o ambiente não é apenas a mente que está em funcionamento, mas a integração entre corpo e mente (Damásio, 1996). Este autor reforça a não separatividade do sujeito em corpo e mente ao assinalar

que o corpo não é passivo e reage constantemente aos estímulos externos, e, como resultado, a memória que se cria internamente inclui o registro das alterações orgânicas processadas durante as situações experienciadas.

A partir dessas considerações, não se poderia pensar que o apoio social ao reativar a memória dos sujeitos e ressignificar as experiências pessoais estaria inserido no paradigma da totalidade, transcendendo a divisão corpo-mente? E se os estudos empíricos sobre apoio social e saúde física e mental priorizam avaliar a percepção dos sujeitos em relação ao apoio social disponível, não estariam enfatizando os sujeitos com os seus sentimentos e emoções, a sua subjetividade e objetividade, integrando assim a mente e o corpo?

Essa íntima relação entre corpo e mente, acrescenta Damásio (1996), está presente ao se perceber e reagir às condições ambientais, já que o sujeito ao tocar, ouvir e cheirar algo vai mobilizar tanto o seu corpo como a sua mente. Do mesmo modo, na visão homeopática, a interação corpo-mente também é evidenciada no processo saúde-doença, pois as enfermidades, entendidas como representações do desequilíbrio interno, são manifestações da suscetibilidade pessoal (Hahnemann, 1921; Kent, 1954), e esta suscetibilidade é um fenômeno sistêmico, não se localizando em qualquer parte específica do organismo.

Assim sendo, os sujeitos ao adoecerem podem apresentar uma diversidade de sintomas, pois a suscetibilidade pessoal não presdipõe a uma patologia específica (Hahnemann, 1921; Kent, 1954). Em consonância com essa idéia, Cassel (1974; 1976) constatou que os estressores psicossociais tornam os sujeitos mais vulneráveis ao adoecimento em geral, não sendo específicos para nenhum tipo de manifestação clínica.

A terapêutica homeopática ao reequilibrar os sujeitos doentes possibilita que os mesmos adquiriram maior consciência de si próprio, das suas características individuais e do modo particular como se relacionam com o externo, favorecendo a mudança de atitude diante das situações que causavam o adoecimento. De modo semelhante, o apoio social, através das atividades e práticas de apoio ou das redes sociais, também ajuda os sujeitos a se perceberem melhor e adquirir maior autonomia e controle da própria vida.

O apoio social e a homeopatia ao se centrarem nos sujeitos e suas necessidades permitem rever a questão da saúde-doença para além do campo biológico e da patogênese. Desse modo, apontam para um modelo de saúde-doença-cuidado importante na área da promoção da saúde, pois trabalham com o conceito de saúde na sua positividade.

CAPÍTULO III

APOIO SOCIAL NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

3.1 - Contextualizando a promoção da saúde

A diversidade dos problemas de saúde da atualidade aponta para necessidade de se desenvolver políticas públicas saudáveis que enfatizem os múltiplos determinantes do processo de saúde-doença (Buck, 1985; Epp, 1986; Carvalho, 1996; Buss, 2000). A pandemia da aids, o recrudescimento de doenças transmissíveis até então controladas como malária, tuberculose, dengue, entre outras, e a alta prevalência de enfermidades de natureza crônico-degenerativas convivem nesse cenário de complexidade epidemiológica.

Os agravos de natureza sócio-econômica já citados anteriormente, tornam os sujeitos mais vulneráveis ao adoecimento, e desse modo afetam diretamente a área da saúde pública entendida “*como o conjunto de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente em uma sociedade, capazes de assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana saudável*” (Sabroza, 1994 apud Carvalho, 1996:105).

Em vigência da complexidade do quadro epidemiológico e sanitário, a saúde não pode mais ser concebida como ausência de doença mas sim como uma dimensão da qualidade de vida (OMS, 1986). Nesse contexto, a promoção da saúde, conforme vem sendo concebida nos últimos anos, tem sido apontada como uma estratégia promissora de enfrentamento dos problemas de saúde (Epp, 1986; Terris, 1992; Mendes, 1993) e da medicalização da vida social (Buss, 2000), inserindo o apoio social como um dos instrumentos de ação para se alcançar a equidade em saúde.

Vamos fazer uma breve contextualização da promoção da saúde focando as transformações conceituais e metodológicas que sofreu nas últimas décadas, com objetivo de nos situarmos na discussão atual sobre este tema e identificar a inserção do apoio social nesse contexto.

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez por Sigerist, em 1945, ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmar que “*a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de*

trabalho, educação, e formas de lazer e descanso” (Sigerist, 1946 apud Terris, 1992:38). Embora o enfoque de Sigerist fosse o da prevenção das doenças, alguns fatores gerais relacionados à saúde também eram considerados.

Leavell & Clark (1976), ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, se refeririam à promoção da saúde para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, a prevenção primária. O enfoque ainda era o de prevenir doenças.

A concepção antiga da promoção da saúde enfatizava as recomendações normativas de mudanças de hábitos e comportamentos, com o objetivo de reduzir a prevalência de diversas patologias. As medidas preventivas, através dos trabalhos educativos, eram dirigidas aos fatores considerados de risco como alimentação inadequada, ausência de atividades físicas, uso do fumo e álcool, entre outros, que estariam sob controle dos próprios indivíduos, e portanto passíveis de mudança. Os fatores pelos quais os indivíduos não pudessem ser responsabilizados, como por exemplo o entorno social, não eram incluídos no âmbito da promoção da saúde (Buss, 2000).

Este modelo centrado na prevenção das doenças e redução de fatores de risco se mostrava insuficiente para resolver os diversos problemas na área da saúde, principalmente no que dizia respeito às doenças de natureza crônico-degenerativas. A organização dos serviços de saúde, orientada a partir da concepção de saúde como ausência de doença, privilegiava a assistência médica e disponibilizava à população serviços preventivos ou curativo-reabilitadores. Investia-se no aumento da oferta de serviços médicos, a custos crescentes e com baixo impacto nos níveis de saúde (Mendes, 1993).

A partir da década de 70, com a crise nos serviços de saúde e a necessidade de se rever esta concepção limitada do processo de saúde-doença, o governo do Canadá publicou um documento sobre a nova perspectiva de saúde dos canadenses, conhecido como Informe Lalonde (1974), no qual a saúde era relacionada a diversos fatores que deveriam ser analisados em conjunto. Esse documento decompõe o campo da saúde em quatro componentes que são a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde, e conclui:

Até agora, quase todos os esforços da sociedade para melhorar a saúde, assim como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, tem se concentrado na organização da assistência médica. Entretanto, as causas principais de enfermidade e morte têm a sua origem nos outros três

componentes: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida
(Lalonde, 1974:4)

O Informe Lalonde foi um marco conceitual na área da promoção da saúde, ao ampliar o conceito do campo da saúde para além da assistência médica e apontar para outros determinantes. Segundo Buck (1985), o problema deste documento oficial do governo é a falta de recomendações efetivas para que de fato se intervenha no ambiente social, ambiente este marcado por pobreza, violência, isolamento, carência de necessidades básicas e de atenção à saúde. E acrescenta que se o ambiente não for adequado, os outros três componentes do campo da saúde também serão afetados.

Nesse contexto de desigualdade social e sanitária entre os vários povos do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, destacando a importância da atenção primária como estratégia para alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000”. A proposta era desenvolver políticas públicas de saúde de baixo custo e alta efetividade que pudessem resolver os problemas de saúde de grande parte da população. Alguns resultados dessa conferência apesar de importantes foram pouco divulgados, tais como:

a reafirmação da saúde como direito humano fundamental; que as desigualdades são inaceitáveis, que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde (Buss, 2000:170).

Apesar da meta de “saúde para todos no ano 2000” não ter sido alcançada, essa Conferência de Alma-Ata teve um importante papel na construção do conceito atual da promoção da saúde e os seus resultados serviram de base para a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986.

A carta de Ottawa (1986), documento oficial dessa última Conferência, definiu a promoção da saúde como o “*processo de capacitação da população para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma*” (OMS, 1986:367). Este documento preconiza que a saúde, enquanto dimensão da qualidade de vida, não é apenas um objetivo a ser alcançado mas um recurso fundamental na vida cotidiana, e deve incluir um ambiente saudável capaz de dar a sustentação que os sujeitos precisam, tais como moradia, nutrição, apoio social para a população, oportunidades de trabalho e educação, entre outros.

Nessa abordagem, amplia-se a concepção do processo de saúde-doença para além do nível biológico, integrando as dimensões social, comportamental, política, econômica e cultural. Esses fatores ambientais podem atuar contribuindo para uma melhor qualidade de vida ou como estressores que propiciam o adoecimento (Cassel, 1974; Cassel, 1976).

A partir da carta de Ottawa a promoção da saúde passa a ser o eixo orientador, “a espinha dorsal” da nova saúde pública (Carvalho, 1996), definindo políticas e estratégias para *“assegurar a igualdade de oportunidades e permitir que a população desenvolva ao máximo seu potencial de saúde”* (OMS, 1986:368). Essas estratégias estão direcionadas para os cinco campos de ação da promoção da saúde:

- 1- Elaboração e Implementação de políticas públicas saudáveis
- 2- Criação de ambientes favoráveis à saúde
- 3- Reforço da ação comunitária
- 4- Desenvolvimento de habilidades pessoais
- 5- Reorientação dos sistemas e serviços de saúde

A discussão do apoio social, embora permeie todos os campos pois estes se interagem, está inserida diretamente no terceiro campo, o do reforço da ação comunitária, cuja proposta é fomentar o apoio social e a população exercer um maior controle sobre as questões sanitárias. A ação comunitária como uma das estratégias de promoção da saúde também é apontada em outros documentos, como a Declaração de Adelaide (1988), Declaração de Sundsvall (1991) e Declaração de Bogotá (1992).

3.2 - Saúde pública: prevenção das doenças ou promoção da saúde?

O conceito ampliado do processo de saúde-doença, definido na carta de Ottawa, foi incorporado no Brasil no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e na constituição federal de 1988. Esta constituição estabelece no artigo 196 que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos”*, incluindo o *“acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde”*.

No entanto, embora se evidencie a necessidade do 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 pública 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 se restringe a compreensão da complexidade sanitária, principalmente no contexto de precariedade em que se encontra grande parte da população, os vulneráveis e desfiliaados (Castel, 1993). O aumento de demanda de atenção médica por agravos de natureza sócio-econômica 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 de saúde em responder às necessidades e demandas da população (Pinheiro & Luz, 1999; Valla, 1999).

Os limites dos serviços públicos 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, 1999:14). Esta situação se intensifica com o aumento da 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 as demandas e expectativas da população “*faz com que o atendimento seja necessariamente medicalizante, quase exclusivamente visando apenas o corpo*” (Valla, 1999:13).

Ao ampliar a assistência médica é preciso rever o tempo destinado às consultas, já que o mesmo pode interferir na eficácia médica e na resolutividade dos agravos. A produtividade do sistema de saúde preconiza o atendimento de um determinado número de pacientes por turno de trabalho, e para cumprir essa meta os médicos reduzem o tempo da consulta. Conseqüentemente, existe pouca disponibilidade para ouvir os pacientes e realizar um exame físico completo.

Aumentar o tempo das consultas é importante a partir do momento que o profissional o utiliza para qualificar o seu atendimento e a relação interpessoal (Ong et al., 1995), o que inclui desde escutar os relatos e examinar os pacientes com atenção e respeito, até trocar informações, esclarecer dúvidas e estimular que os mesmos compartilhem das decisões referentes à sua própria saúde. A narrativa, permeada de conteúdos subjetivos e objetivos, estreita a relação médico-paciente e propicia ao

paciente recordar e reviver as suas histórias e atribuir novos significados às mesmas (Winnicott, 1974; Cassell, 1982; Leloup, 1998).

Em contrapartida, quando a ênfase é nas doenças e lesões corporais, os significados pessoais do adoecimento e sofrimento passam a ter pouca ou nenhuma relevância para os profissionais de saúde (Cassell, 1982; Camargo Jr., 1992; Luz, 1997). Os exames diagnósticos assumem grande importância e a doença é tratada como uma entidade a parte do sujeito, desconsiderando que a prática médica entra em contato com indivíduos completos e não com seus órgãos ou funções (Canguilhem, 1978). Nesse contexto, as demandas não serão acolhidas por esses profissionais cuja prática terapêutica centrada na racionalidade do modelo biomédico exclui o sujeito doente.

Para a oferta dos serviços públicos de saúde se adequarem às demandas existentes é necessário a participação ativa de todos os atores envolvidos (Valla, 1998b; Pinheiro & Luz, 1999). De um lado, a população precisa ser ouvida e respeitada no que concerne às suas necessidades em geral e ao seu sofrimento, considerando que essas pessoas são detentoras de um saber próprio construído através das experiências concretas de vida, de saúde e adoecimento (Valla, 1998b). Do outro, os técnicos, planejadores e profissionais de saúde após analisarem o conjunto de necessidades e demandas básicas definem a “situação de saúde da população” (Castellanos, 1990), e as possíveis soluções para enfrentar os problemas.

Nessa linha de raciocínio, Valla (1988b) critica os profissionais iniciarem qualquer projeto de saúde sem ter contato prévio com a população. Estes profissionais, além de uma avaliação do ambiente no qual os sujeitos estão inseridos, precisam se esforçar em compreender o relato das experiências de vida e quais as soluções que a população busca espontaneamente para resolver os problemas e conflitos, soluções estas fundamentadas nas representações e visões que tem do mundo (Valla, 1996).

Ao se desqualificar o saber popular, os objetivos dos profissionais se antagonizam à realidade vivenciada pela população, principalmente em contextos de miséria e precariedade, dificultando as intervenções em saúde. Como exemplo na saúde pública, Valla (1988b:14) argumenta que enquanto *“os sanitaristas pressupõem a prevenção como categoria principal, pois a idéia de prevenção implica um olhar para o futuro, (...) alguns setores da população conduzem as suas vidas com a categoria de provisão”*, pois todas as experiências sofridas os conduzem a se preocupar em prover o dia de hoje, o aqui e agora, já que o amanhã é incerto.

Estudos com comunidades carentes (Vasconcelos, 1988) demonstraram que a interação entre profissionais de saúde-população, com a troca de conhecimentos e

saberes, favorece traçar estratégias mais adequadas às realidades locais. Essas estratégias, ressalta o autor, não se restringiram aos cuidados tradicionais de higiene, ao tratamento e prevenção das doenças, mas ampliaram a atuação dos profissionais de saúde para as dimensões psicossociais dos problemas, responsáveis pelo adoecimento e sofrimento crônico da população. Esses profissionais enfatizaram o cuidado e o apoio social das famílias com objetivo de ajudá-las a reconstruir seus caminhos de vida.

Dentro dessa abordagem torna-se possível organizar práticas de saúde voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado, o que necessariamente implica em rever a teoria de saúde-doença que sustenta estas práticas (Almeida Filho, 2001). Nesse sentido acrescenta este autor, a promoção da saúde como paradigma orientador das práticas sanitárias somente se viabiliza a partir da concepção positiva de saúde, tanto no nível individual como coletivo.

A promoção da saúde traz uma proposta de renovação conceitual e metodológica no campo da saúde pública que permite pensar e redirecionar as práticas em saúde (Mendes, 1993; Buss, 2000; Almeida Filho, 2001). Estas mudanças discursivas estão associadas às características intrínsecas da racionalidade médica, características estas que evidenciam o limite dos conceitos de saúde e doença no que concerne à experiência concreta da saúde e do adoecer humano (Camargo Jr., 1992; Carvalho, 1996; Luz, 1997; Almeida Filho, 2001). Assim,

pensar a saúde, em sua complexidade, é muito mais que a superação de obstáculos no interior da produção científica, no sentido de propor conceitos e modelos mais inclusivos e complexos. Não se trata da proposta de “nova” ciência, mas da necessidade de construir discursos e práticas que estabeleçam outra relação com qualquer conhecimento científico (Czeresnia, 1999:702).

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). Dentro dessa perspectiva, 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.

3.3 - Apoio social como um exemplo de ação comunitária

Tendo em vista a crescente demanda por problemas psicossociais e as limitações dos serviços públicos de saúde em termos de acesso, resolutividade e cura, é possível identificar estratégias e táticas de apoio social que grupos e população vêm desenvolvendo para enfrentar as dificuldades do cotidiano. O apoio social, nesse contexto, pode ser visto como uma forma de ação comunitária, uma estratégia de resistência às condições de precariedade, indo de encontro à idéia defendida por alguns profissionais de passividade e conformismo das classes populares e da população em geral (Valla,1996; Valla 1988a).

O reforço da ação comunitária como proposta de intensificar o apoio social e “*as comunidades terem a posse e o controle dos seus próprios esforços e destinos*” (OMS, 1986:370) é referido em vários documentos da promoção da saúde. Valla & Stotz (2000) advertem para o uso indevido deste conceito, às vezes ocultando o controle que os profissionais da área de saúde exercem sobre as classes populares, a desqualificar os seus saberes e impor programas educativos.

Estes autores acrescentam que pensar em ação comunitária é um assunto complexo e inclui múltiplos fatores, desde reivindicar que o Estado exerça o seu papel e responsabilidade executando os serviços básicos para a população, tais como água, saneamento, transporte e saúde, até a atuação direta da população buscando minimizar problemas de saúde e melhorar as condições de vida.

Valla (1999) exemplifica o ocorrido durante uma epidemia de cólera no Peru, denominado de “duplo caminho”, em que as classes populares cobravam a atuação do governo e ao mesmo tempo se mobilizavam em um esforço coletivo, tendo como resultado efetivo uma baixa taxa de mortalidade da doença. Este autor ressalta que “*o duplo caminho não exclui a reivindicação como política, mas questiona essa “via única” na conjuntura de globalização*” (Valla, 1999:9).

A população tem um papel importante nas ações sanitárias e no processo de promoção da saúde, ao atuar sobre as circunstâncias que estejam ao seu alcance e participar das decisões que afetam a própria vida (OMS, 1986; OMS, 1992). A proposta da promoção da saúde deve envolver um trabalho intersetorial através da participação conjunta e ativa dos vários setores envolvidos, incluindo indivíduos e comunidades (OMS, 1986), e não restringir as decisões a um grupo minoritário. Ao mesmo tempo, reportando ao exemplo acima da epidemia de cólera no Peru, a busca em resolver os

problemas de saúde não pode ser atribuição exclusiva da população, mas deve incluir também o papel do governo ou dos órgãos responsáveis (Buck, 1985).

O apoio social é um tipo de ação comunitária considerada importante para melhorar a saúde física e mental (Gottlieb, 1985; Pilisuk & Minkler, 1985; Valla & Stotz, 2000). Estudos (Cohen & Syme, 1985; Minkler, 1985; Dalgard & Haheim, 1998) indicam que a participação social aumenta a auto-estima, o controle das situações estressantes e ajuda a dar sentido a própria vida, além de tornar os organismos mais competentes imunologicamente. Em contrapartida, restringir os vínculos sociais e a oportunidade de tomar decisões na vida podem diminuir o senso de controle, com conseqüente aumento da morbidade e mortalidade geral (Minkler, 1992).

3.4 - Apoio Social e a totalidade corpo-mente

Além da ação comunitária, existem diversas atividades e práticas de saúde presentes na nossa sociedade, muitas dentro da categoria do apoio social, e que podem ser traduzidas como uma busca para manter ou recuperar a saúde física e mental, através de ações que envolvem o cuidado, a solidariedade e o apoio mútuo (Valla, 1999; Luz, 2001). Essa forma de organização da sociedade civil, a intensificar os vínculos sociais e construir redes de sociabilidade, é importante como um tipo de estratégia de sobrevivência social ao romper com o isolamento causado pela cultura individualista (Castel, 1993; Sluzki, 1997; Valla, 2000; Luz, 2001).

Essas atividades e práticas, inseridas nos pressupostos da promoção e concebendo a saúde na sua positividade, refletem os valores atuais no que concerne a relação entre saúde/doença e corpo/mente (Luz, 1997; Luz, 2001), e indicam a necessidade de superar esse dualismo histórico ao apontar para

(...) novas representações de corpo, indivíduo, pessoa e salubridade, que tendem a se opor às representações e concepções desses temas classicamente ligadas à cultura médica, tais como a de máquina ou autômato altamente organizado, no caso de corpo; de divisão dualista corpo / mente, no caso do indivíduo, e de separação homem / natureza, no caso de pessoa (Luz, 1997:22).

Nesse contexto, diante do esgotamento do modelo biomédico em lidar com problemas psicossociais, será que a população não estaria indicando outras formas de resolução de problemas que incluam abordagens mais integrais do ser humano, capazes

de acolher o adoecimento e sofrimento? Além do mais, como é possível pensar na integralidade das ações de saúde e conceber os sujeitos como partes desintegradas, como um corpo separado de uma mente?

Conforme já assinalado, o adoecimento físico e mental em geral é motivado por problemas psicossociais que atingem os sujeitos e não se localizam em nenhuma parte específica do corpo. Cassell (1982) argumenta que assim como o adoecimento e sofrimento afetam a dimensão física também podem destruir a parte secreta de cada um, isto é, os sonhos, desejos, esperanças, e todas essas dimensões dos sujeitos precisam ser consideradas no processo de saúde-doença.

A crítica de alguns autores (Foss & Rothenberg, 1987; Kirmayer, 1988; Camargo Jr., 1992; Luz, 1997; Barrios, 1999) se fundamenta no fato do modelo biomédico se afastar do sujeito humano sofredor enquanto totalidade viva e centrar a atenção médica no corpo, tratando o paciente como um organismo biológico. Em consequência, esse modelo de saúde-doença ao organizar as suas práticas deixa de lado o terceiro componente que precisa ser incorporado - o cuidado (OMS, 1986; Samaja, 2000).

A ênfase no cuidado dos sujeitos doentes, acolhendo as suas necessidades e demandas, aponta para a possibilidade de transcender o problema do dualismo corpo-mente (Cassell, 1982; Kirmayer, 1988). Para Cassell (1982), essa dicotomia entre corpo e mente é um grave problema na medicina ao limitar o conhecimento da natureza dos sujeitos e restringir a compreensão do sofrimento humano. Por outro lado, acrescenta o autor, se o objetivo da medicina é aliviar o sofrimento humano, esse dualismo histórico precisa necessariamente ser superado.

Nessa linha de raciocínio, como tratar ou cuidar dos sujeitos sem considerar uma integração dinâmica entre todas as partes, inclusive entre corpo e mente? E se o apoio social implica no cuidado ao próximo e contribui para aliviar o sofrimento, beneficiando a saúde física e mental (Cassel, 1974; Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985; Gottlieb, 1985; Minkler, 1985), não estaria portanto superando a dualidade corpo-mente presente na biomedicina, e apontando para outras formas de atenção integral dos sujeitos?

É dentro dessa visão do sujeito como totalidade de corpo e mente que Valla (1999) questiona se

a proposta do apoio social, com suas implicações em aumentar as defesas da imunidade do corpo, não é relevante justamente porque leva em conta que os homens não são apenas "corpos" a serem curados e porque o

estado de saúde deles representa uma relação integrada entre o corpo e a mente (Valla:1999:13).

O apoio social, ao cuidar dos sujeitos e beneficiar a saúde através de relações que envolvem solidariedade e apoio mútuo, permite repensar o papel dos sentimentos e emoções na prática médica. A importância dos profissionais de saúde incorporarem o afeto e compaixão no lidar com os pacientes vem sendo apontada por diversos autores (Kirmayer, 1988; Crema, 1995; Leloup, 1996; Valadares, 1999b). A compaixão, assinala Boff (2000:126), *“não se trata de um sentimento menor de piedade para com quem sofre, mas sim de uma atitude ativa que significa a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro”*, aproximando assim o cuidador e quem está recebendo o cuidado.

Nessa perspectiva, *“saúde é muito mais que o provimento dos recursos materiais necessários”*, afirma Vasconcelos (1998:57) ao se referir à mãe que durante os curativos do filho acidentado o cobre de carinho e cuidado. A busca pela saúde, além do saber científico, deve contemplar essas dimensões do afeto e compaixão através das ações educativas, curativas ou de promoção da saúde. Como resultado, a relação de confiança e proximidade que se estabelece entre profissionais e pacientes além de ser importante no processo de cura, conforme já referido no capítulo anterior, também possibilita atender algumas demandas e necessidades de saúde dos pacientes, como por exemplo a de estabelecer vínculos afetivos com o profissional e/ou equipe de saúde (Cecílio, 2001; Pinheiro, 2001).

3.5 - Apoio social como proposta para se repensar as práticas de saúde através do modelo da rede social

A reorientação dos serviços públicos de saúde, a partir dos pressupostos da promoção, implica em trabalhar com a concepção positiva de saúde, no nível individual e coletivo (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 atender as necessidades dos indivíduos (OMS, 1986). O resultado, assinala Buss (2000:171), 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 a ser feito é

como lidar com a demanda crescente por problemas de natureza psicossocial. No Brasil, chega a se estimar 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 acometem grande parte da população (Luz, 2001).

A discussão do apoio social torna-se relevante nesse contexto, como um dos caminhos que a população encontra para buscar recursos em face das limitações dos serviços em atender as suas demandas. Diante da conjuntura de globalização a intensificar as desigualdades sociais e a crise na área da saúde, 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 (Gottlieb, 1985; 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), conforme assinalado no capítulo anterior.

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 pessoal com objetivo de compreender os sujeitos no seu contexto sócio-econômico, político e cultural e as suas relações com a família e outros vínculos. A compreensão da estrutura social *“se revela crítica para uma compreensão dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e de consolidação dos potenciais de mudança”* (Sluzki, 1997:37). Do mesmo modo,

acrescenta o autor, também ajuda a compreender os processos psicossociais de desintegração, de mal-estar e de adoecimento.

Segundo Sluzki (1997), o mapeamento da rede social pessoal ajuda a torná-la visível para os profissionais e para os próprios pacientes, facilitando identificar os problemas e conflitos e ampliar a compreensão do processo de saúde-doença acerca das variáveis que contribuem para desencadear o adoecimento e sofrimento. 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, 1997:64). Para tanto, ressalta o autor, é necessário o diálogo colaborativo entre profissionais e paciente e/ou família e a participação efetiva dos mesmos.

Algumas dessas estratégias e intervenções podem incluir a desativação de determinadas redes sociais prejudiciais (usuário de drogas), 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. Dentro dessa abordagem, estudos com famílias em precárias condições de vida apontam para novas possibilidades de intervenção dos serviços de saúde, tais como o apoio e fortalecimento das redes de solidariedade existentes em torno dessas famílias carentes (Vasconcelos,1998).

O apoio social recebido através dessas redes de solidariedade social, em que um recebe *feedback* do outro, propicia fortalecer a identidade e tornar os sujeitos mais confiantes, com sentimentos de estabilidade e controle sobre a própria vida, reduzindo desse modo 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, 1996; Zimerman, 1997a), diminuindo a sensação de carência e isolamento.

Sluzki (1997) ressalta a importância das práticas de saúde centradas no modelo da rede principalmente nas classes populares, que vivem imersas na cultura sem esperanças da pobreza. 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 se desprovidos de poder e capacidade para controlar a si próprio e ao seu entorno (Valla, 1993). Esse processo de “culpaabilização 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 que esses sujeitos possuem competências e habilidades, não precisando dos profissionais para resolver os 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.

É importante os profissionais manterem o cuidado e acompanhamento sistemático dos pacientes e/ou famílias em sua busca de mudanças viáveis (Sluzki, 1997, Vasconcelos, 1998), dando *feedback*, reforçando as capacidades individuais, apoiando-os e estimulando-os a enfrentar os problemas e dificuldades do cotidiano. Nesse contexto, o cuidado se aproxima da categoria de “provisão” (Valla, 1988b) pois

cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, colocando-se à disposição de acordo com as condições exigidas pelos mesmos e não com aquelas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida da família (Vasconcelos, 1998:53).

O cuidado de algumas famílias envolve um trabalho interdisciplinar, incluindo médicos, nutricionistas, psicólogos, assistente social, agentes de saúde, educadores, entre outros. Em algumas situações pode ser necessário convocar reuniões de rede com a inclusão desses profissionais e de outras pessoas diretamente envolvidas no cuidado dessas famílias (Sluzki, 1997). Essas reuniões em que todos participam e se posicionam propiciam mudanças qualitativas no modo de compreender e abordar os problemas e conflito, e quando *“bem conduzidas têm o efeito de aumentar o poder de decisão e autonomia dos pacientes e das famílias, e, portanto, favorecem mudanças terapêuticas cruciais”* (Sluzki, 1997:66).

Já no nível coletivo, o modelo de 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.

A interação entre os diferentes sujeitos da sociedade civil, a compartilhar valores e interesses comuns, tende a realizar-se de forma descentralizada e sem hierarquização de poder (Scherer-Warren, 1999), já que todos os componentes da rede são de fundamental importância, e nenhuma pessoa isoladamente é responsável por tomar decisões ou resolver problemas coletivos. 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 (Gottlieb, 1985; Minkler, 1985; Minkler, 1992; Dalgard & Haheim, 1998).

O potencial de transformação das situações sociais pode ser portanto reforçado através de práticas de saúde centradas no modelo da rede social (Minkler, 1992; Sluzki, 1997, Oliveira, 1998). Um exemplo é o estudo de caso (Minkler, 1985; Minkler, 1992), desenvolvido e acompanhado durante doze anos, com grupos de idosos de baixa renda que viviam isolados socialmente em uma área urbana pobre nos Estados Unidos. A partir da identificação dos problemas comuns, tais como as precárias condições de moradia, desnutrição, falta de segurança devido a altas taxas de criminalidade local, ausência de vínculos sociais, entre outros, criou-se uma rede social intencional com estes idosos com objetivo de aumentar o apoio social e capacitá-los a exercerem um maior controle sobre os fatores que influenciam suas saúdes e qualidade de vida.

Os profissionais envolvidos nesse projeto comunitário tinham como função discutir as necessidades dos sujeitos, apoiar as ações sociais e políticas, estimular a solidariedade entre os diversos grupos de idosos e fortalecer a competência comunitária, encorajando-os a trabalhar em conjunto na identificação e solução dos problemas. Esses idosos passaram a discutir e decidir com as autoridades locais sobre os determinantes da saúde, resultando na redução das taxas de criminalidade, mudanças qualitativas na saúde e maior satisfação de vida (Minkler, 1992).

Ainda dentro dessa abordagem do modelo da rede social, estudos sobre participação popular em saúde (Oliveira, 1998), evidenciam a importância de uma “rede social de apoio” para que os conhecimentos possam ser difundidos e dinamizados através da rede, e os participantes se sintam apoiados e valorizados para expressarem os seus pensamentos mais livremente, compartilhar os medos, emoções, sofrimentos e suas histórias de vida.

Esses estudos (Minkler, 1985; Minkler, 1992; Sluzki, 1997; Oliveira, 1998) 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 aonde 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. O agir dos sujeitos varia em função do significado e importância que atribuem às situações vivenciadas (Cassel, 1976; Cassell, 1982; Cohen & Syme, 1985) e o caminho que julgam ser o melhor para resolução dos problemas em comum (Oliveira, 1998; Valla, 1998b). Assim, diante de uma mesma situação podem coexistir diferentes formas de participação popular, cada uma com um potencial intrínseco de mudança (Oliveira, 1998). Enquanto uns grupos pressionam o Estado por acreditarem que possam obter êxitos, outros agem de modo distinto, e o que para os profissionais pode parecer descaso, passividade, não tem a mesma conotação para a população.

Ampliar o olhar dos profissionais significa sair do foco das doenças e se centrar nos sujeitos e seu cuidado, além de buscar compreender os 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. Nessa perspectiva, assim como a homeopatia pode fomentar o apoio social através da relação médico-paciente, do cuidado e do estímulo a autonomia, também 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 propicia 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). Em alguns momentos de crise é muitas vezes preciso intervir na rede social externa para fortalecer o interno dos sujeitos e ajudá-los a enfrentar melhor as adversidades (Minkler, 1992; Sluzki, 1997; Vasconcelos, 1998).

3.6 - Epidemiologia e promoção da saúde

A dificuldade de integrar a epidemiologia e a promoção da saúde vem sendo referida por diversos autores (Carvalho, 1996; Czeresnia, 1999; Almeida Filho, 2001). Os conceitos epidemiológicos são a base do discurso sanitário preventivo e estão fundamentados no modelo biomédico. Partindo do princípio de que saúde não é ausência ou contrário de doença, Almeida Filho (2001) aponta para a importância de superar a abordagem epidemiológica centrada na avaliação dos riscos de doenças ou agravos e constituir uma epidemiologia que trabalhe com indicadores de salubridade.

O conceito epidemiológico de risco tem como objetivo inferir a causalidade, avaliando a probabilidade de indivíduos expostos a determinados fatores manifestarem doenças (Castiel, 1994), e as estratégias de prevenção se voltam para evitar fatores de risco isolados e combater os seus efeitos. No entanto, a hipótese de causalidade não é suficiente para explicar o processo de saúde-doença na conjuntura de precariedade e desigualdade social, pois *“mais do que fatores de risco, trata-se de situações complexas onde o risco não é mais externo ao indivíduo, mas se inscreve, com ele, num complexo único de múltiplas dimensões: biológica, social e cultural”* (Carvalho, 1996:107).

A crítica de alguns autores (Cassel, 1976; Gottlieb, 1985; Almeida Filho, 1991) é que apesar das evidências em favor da complexidade das situações de saúde os estudos epidemiológicos enfatizam doenças específicas. Nesse sentido, Cassel (1976) e Gottlieb (1985) sugerem mudar o foco desses estudos, e ao invés de centrar nas doenças, os profissionais devem identificar os fatores psicossociais potencialmente danosos para aquela população com objetivo de desenvolver estratégias para modificá-los. Como nem sempre é possível reduzir a exposição aos estressores psicossociais, esses autores propõem que as estratégias se voltem para implementação e fortalecimento do apoio social entre os sujeitos e grupos sociais.

Uma grande parte da população sofre de enfermidades crônicas, incapacidades e distintas formas de angústia e sofrimento, necessitando de apoio e cuidado adequado para *“ajudar a superar as dificuldades e viver vidas dignas, produtivas e plenas de significado”* (Epp, 1986:25). Não obstante essas estratégias de apoio social serem importantes, não podem substituir as reformas essenciais e as políticas públicas voltadas para a melhoria do ambiente social (Buck, 1985; Epp, 1986; Valla & Stotz, 2000). Um ambiente saudável, além de fornecer as necessidades básicas deve também proporcionar amenidades que tornem a vida mais agradável e prazerosa, como por exemplo espaços

para distração e lazer, e que são fundamentais para a saúde do corpo e mente (Buck, 1985).

Gottlieb (1985) acrescenta que ao fortalecer o apoio social de tal modo que os sujeitos acessem os recursos necessários para enfrentar as adversidades da vida, embora não se saiba que tipos de doenças ou problemas emocionais estariam sendo prevenidos, a intenção é reduzir a suscetibilidade pessoal e proteger à saúde. O apoio social, principalmente o apoio emocional, contribui para diminuir a sensação de ameaça desencadeada pelos eventos estressantes, além de reforçar a capacidade de enfrentar as situações do cotidiano (Cohen & Syme, 1985; Wills, 1985).

Essa capacidade de enfrentar os eventos estressantes e adaptação do organismo ao ambiente externo é uma função do sistema límbico, responsável pelas emoções. Estudos de psiconeuroimunologia (Deitos et al., 1996; Goleman, 1996) demonstraram a conexão entre sistema límbico e sistema imunológico, indicando a ligação entre as emoções e a imunidade corporal, e conseqüentemente a integração entre corpo e mente. Esses estudos vêm confirmando as hipóteses de que as deficiências ou supressão do sistema imunológico estão associadas, entre outros aspectos, com a capacidade de lidar com as situações adversas. Nesse sentido, o apoio social ao ajudar os sujeitos a enfrentar as dificuldades e reforçar a autonomia diante da vida afetaria diretamente o sistema imunológico, indo ao encontro da hipótese de Cassel (1976) sobre a relação inversa entre apoio social e vulnerabilidade ao adoecimento.

As constatações dos estudos de psiconeurologia também estão em consonância com a teoria do apoio social no que concerne a importância das desordens afetivas e dos eventos estressantes no processo de saúde-doença (Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985; Valla, 1999). Os grupos e atividades de apoio social enquanto espaço de ressignificação das experiências e de acolhimento das emoções, medos, recordações e sofrimento, beneficiam a saúde com melhoria da qualidade de vida (Spiegel, 1997; Zimmerman, 1997b). Barrios (1999) assinala que a saúde precisa ser entendida como uma categoria do sujeito na sua totalidade de corpo-mente, e não uma realidade biológica a excluir esse sujeito em toda a sua complexidade e a se reduzir à ausência de doença. Dessa maneira, não seria o apoio social uma prática de atenção à totalidade do sujeito?

Conforme referido anteriormente, a necessidade de superar a oposição entre saúde e doença herdada do modelo biomédico e adotar um modelo de explicação e intervenção que adote a perspectiva de saúde na sua positividade é relevante para efetivar a promoção da saúde (Carvalho, 1996; Almeida Filho, 2001). Tanto a clínica como a epidemiologia precisam reconhecer e incorporar as dimensões psicossociais do

processo de saúde-doença e a singularidade do sujeito e seus modos de adoecer (Castiel, 1994).

Nessa perspectiva, assim como o conceito de apoio social ajuda a repensar e redirecionar as práticas sanitárias no contexto da promoção da saúde, como foi visto acima com o modelo da rede social, não poderia também contribuir para a constituição de uma epidemiologia que trabalhe com indicadores de salubridade? A transformação da ciência epidemiológica, embora seja uma tarefa difícil e de execução lenta, parece inevitável, *“sob pena de se tornar progressivamente uma atividade irrelevante em termos de eficácia social”* (Castiel, 1994:203).

3.7 - Saúde e autonomia

Um dos aspectos importantes da promoção da saúde é incentivar a autonomia, estimulando indivíduos, grupos e comunidades a exercerem maior controle sobre suas vidas e ambientes (OMS, 1986). A autonomia é a capacidade de realizar projetos, fazer escolhas e tomar decisões na vida (Farinati, 1997). Ter o controle das situações ajuda a manter e promover a saúde dos sujeitos (Cassel, 1976; Minkler, 1985), além de reduzir a percepção de ameaça decorrente dos eventos estressantes, do adoecimento e do sofrimento (Cassell, 1982).

A maneira como se aborda a autonomia é importante, pois assim como a saúde, também pode ser vista sob uma perspectiva positiva ou negativa. Dentro da abordagem negativa, a ênfase recai nos fatores que impedem ou limitam os sujeitos de serem autônomos. Nesses casos, a autonomia é associada ao grau de dependência física e social dos sujeitos e identificada com a ausência de incapacidades ou de impedimentos (Farinati, 1997).

Ao contrário dessa visão, Farinati (1997) ressalta a importância de uma abordagem positiva, centrada nas possibilidades dos sujeitos e nas condições que encontram para o agir independente, pois do mesmo modo que a saúde não saúde não é ausência de doença, *“a autonomia não é ausência de dependência física”* (Farinati, 1997:33). É nesse sentido que pessoas com câncer ou idosos que caminham com a ajuda de bengala para se proteger das quedas podem ser saudáveis e autônomos.

A autonomia positiva é um indicador de saúde e está intimamente relacionada ao empoderamento, isto é, a autocapacitação dos sujeitos para que possam promover mudanças e exercer controle sobre as questões que afetam a sua saúde (Minkler, 1992). No entanto, Farinati (1997) argumenta que não se deve avaliar a autonomia como uma

condição plena e ideal, mas sim levar em consideração os seus diferentes graus entre os sujeitos, tendo sempre como referência os recursos pessoais e os diferentes contextos no qual estão inseridos. Dentro dessa perspectiva o autor propõe um “modelo de interação saúde-autonomia”, fundamentado nos conceitos da promoção da saúde, no qual são identificados três níveis de expressão, ao mesmo tempo distintos e interligados: uma autonomia de ação, uma autonomia de vontade e uma autonomia de pensamento.

A autonomia de ação é a capacidade de realização, de satisfazer necessidades e desejos e de concretizar os projetos pessoais (Farinati, 1997). Aqui se leva em conta a dimensão física dos sujeitos, pois é necessário um certo nível de aptidão física para executar as ações. As condições físicas são importantes, pois o *“homem precisa do seu corpo para cumprir a sua função de conhecimento na vida”* (Mazi, 1982:15).

A autonomia de vontade está relacionada com a intenção, a autodeterminação, a possibilidade de fazer escolhas e elaborar projetos de vida, o que por sua vez determinará a ação a ser executada. Os estilos de vida são decorrentes deste tipo de autonomia (Farinati, 1997).

Já a autonomia de pensamento é considerada o nível mais profundo e envolve a consciência, o conhecimento, o pensamento crítico e a reflexão lúcida e coerente. Está baseada em convicções pessoais, em considerações morais, em valores e preferências dos sujeitos (Dworkin, 1989 apud Farinati, 1997), decorrentes de suas histórias de vida e dos seus contextos.

Esse tipo de abordagem do pensamento, vontade e ação como níveis de manifestação da autonomia, encontra-se em ressonância com os conceitos de vontade e entendimento utilizados pela homeopatia para a compreensão do processo de saúde-doença. Segundo Kent (1954), é através do entendimento e da vontade que os homens definem as suas ações, o que por sua vez lhes dá autonomia de escolha diante da vida, pois *“se não agissem de acordo com os seus desejos seriam um autômato”*. Afirma ainda que os homens consistem no que pensam e no que amam ou desejam, e portanto o equilíbrio da vontade e do entendimento os mantém saudáveis.

Se por um lado o adoecimento é o desequilíbrio da vontade ou do entendimento (Kent, 1954), por outro, o respeito às escolhas dos sujeitos, aos seus valores, vontades e papel social, contribuem para o agir livre e independente (Kirmayer, 1988; Valla, 1993; Farinati, 1997; Luz, 1997), e conseqüentemente para promover a saúde. Nesse sentido, incentivar a autonomia implica em considerar a singularidade e subjetividade e priorizar os sujeitos em suas demandas e necessidades, além de enfatizar a sua dimensão

transformadora, como seres capazes de modificar a sua própria história (Leloup, 1996; Ayres, 2001).

Cecílio (2001) aponta para a autonomia como uma das necessidades de saúde dos sujeitos que buscam atendimento nos serviços públicos. Assim, para se atender essas necessidades e demandas é preciso que as práticas de saúde superem a dicotomia entre subjetivo e objetivo, e a saúde pública dirija suas abordagens terapêuticas baseadas numa *“postura mais pluralista e flexível, que incorpore a dimensão da vontade e da autonomia do indivíduo”* (Carvalho, 1996:114).

A promoção da saúde abre espaços para incorporar novas racionalidades e integrar novos saberes (Mendes, 1993; Carvalho, 1996; Czeresnia, 1999), pois como a saúde em seu significado pleno envolve múltiplas dimensões não pode ser responsabilidade de um setor (OMS, 1986) ou área de conhecimento. A abordagem interdisciplinar, através da articulação de conhecimento de diversas áreas, tais como medicina, filosofia, sociologia, psicologia, entre outras, contribui para uma maior compreensão do processo de saúde-doença e da singularidade do adoecer humano, além de auxiliar na implementação de práticas efetivas (Czeresnia, 1999). É nesse sentido que a proposta de se trabalhar com equipes de saúde multiprofissionais integradas em rede amplia a dimensão da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (Pinheiro, 2001) e fortalece a autonomia dos sujeitos (Sluzki, 1997).

Nesse contexto da promoção da saúde em que se torna viável a articulação de saberes e a legitimação de “novas” formas de conhecimento, devido à importância de se empregar teorias de saúde-doença baseadas na concepção positiva de saúde (Almeida Filho, 2001), a discussão da homeopatia e do apoio social se fazem pertinentes. A homeopatia e o apoio social se voltam para o sujeito e incluem a dimensão do cuidado, reforçando o cuidado de si e do outro, incentivando assim a autonomia diante das circunstâncias de vida, ao invés de reforçarem a dependência ou culpa pelo processo de adoecimento (Luz, 1997).

Assim como a homeopatia, o apoio social também propicia aos sujeitos adquirirem maior consciência de si próprio e do modo como se relacionam com o externo, favorecendo o seu processo de transformação diante das circunstâncias de vida (Cohen & Syme, 1985; Barrios, 1999). É nesse sentido, que diversos autores (Luz, 1997; Vasconcelos, 1998; Rosenbaum, 2000; Ayres, 2001) apontam que essas práticas ao reforçarem a autonomia e o controle das questões referentes à própria saúde, estimulam os sujeitos à construção de projetos de vida que lhes permitem maior coerência, sentido e significado à própria existência.

Por sua vez, encontrar um sentido e significado de vida é tornar o ser humano livre na sua totalidade (Kent, 1954; Leloup, 1996), pois conforme assinala Kent (1954), a vida em seu sentido mais amplo é liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na conjuntura atual de desigualdade social, desemprego, violência, precariedade do trabalho e das relações sociais, em que predominam na sociedade os valores de individualismo, da competição e do 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 de saúde, as dificuldades de acesso e os limites do modelo médico hegemônico em termos de resolutividade e cura 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 entre médicos e pacientes, os aspectos subjetivos do adoecer humano, entre outros. Não se trata de desprezar a tecnologia científica, os avanços do conhecimento médico, mas sim perceber o limite do conhecimento racional e abrir espaço para que o afeto, a compaixão, as emoções, a solidariedade, e os diversos sentimentos relacionados ao cuidado façam partes da relação entre profissionais de saúde e paciente.

Partindo do pressuposto de que as práticas e atividades de apoio social beneficiam a saúde porque cuidam dos sujeitos como uma totalidade de corpo-mente, fomos buscar na homeopatia, por ser uma medicina centrada na abordagem holística do sujeito, os referenciais teóricos que dessem suporte a essa discussão. Desenvolver um trabalho de natureza teórico-conceitual foi importante, pois não existe na literatura, pelo menos que tivéssemos acesso, nenhuma articulação entre homeopatia e apoio social.

A homeopatia e o apoio social propiciam aos sujeitos adquirir maior conhecimento de si, lidar melhor com as adversidades, ter maior controle das situações e encontrar um sentido e coerência de vida. Além disso, a homeopatia fomenta e intensifica o apoio social, já que os vínculos de confiança e proximidade que se estabelecem entre o médico homeopata e o paciente geralmente envolvem o apoio emocional e informativo.

Toda relação profissional de saúde-paciente pode vir a ser uma relação de apoio, dependendo da qualidade dos vínculos. Escutar os pacientes, validar as suas queixas e sofrimentos, estimular que participem do seu tratamento e possam tomar decisões, aceitar que têm um saber próprio e um modo singular de sentir, perceber e reagir, são alguns dos pré-requisitos de uma boa relação. Para tanto, ao invés do diagnóstico e tratamento das doenças, faz-se necessário que o sujeito e suas necessidades sejam o principal objetivo.

O apoio social e a homeopatia ao se voltarem para os sujeitos permitem incluir uma terceira categoria – o cuidado – no binômio saúde-doença. O adoecimento é experienciado pelos sujeitos como um todo, assim, cuidar da saúde significa cuidar dos sujeitos na sua totalidade e acolher o seu sofrimento e suas demandas.

A homeopatia e as diversas atividades e grupos de apoio social abrem espaços para os sujeitos se expressarem, resignificarem as experiências e compartilharem os problemas e sofrimento. Desse modo, acolhem o sofrimento difuso ou mal estar difuso pois entendem que estes sintomas inespecíficos fazem parte do sujeito independente de se configurar ou não em uma entidade patológica.

Por sua vez, os grupos de apoio social, embora possam reunir pacientes com determinadas patologias, são vistos principalmente como espaços de troca e convivência que ajudam aos participantes adquirir maior percepção de si, encontrar estímulo e motivação para enfrentar os problemas, falar das ameaças e insegurança diante da doença, identificar a fonte do sofrimento em busca de aliviá-lo, entre outros. Como o sofrimento é uma experiência dos sujeitos em toda as suas dimensões, que afeta não só o físico mas destrói os projetos de vida e a sua relação com o mundo, podemos inferir que o apoio social ao acolher e aliviar o sofrimento transcende o dualismo corpo-mente e cuida dos sujeitos na sua totalidade.

Ao longo do trabalho foi possível identificar diversas analogias entre o apoio social e a homeopatia, nos levando a concluir que o apoio social está mais próximo da racionalidade homeopática do que da racionalidade biomédica, o que por sua vez indica que o apoio social é uma prática de atenção e cuidado à totalidade dos sujeitos.

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 necessário rever a teoria de saúde-doença que sustenta essas práticas. Nesse sentido, as teorias do apoio social e da homeopatia 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 a homeopatia já vem sendo incorporada na reorganização do sistema de saúde, o conceito do apoio social também ajuda a redirecionar as práticas sanitárias a partir do modelo da rede social.

A proposta do modelo da rede social é trabalhar com a rede social pessoal dos pacientes na prática clínica cotidiana, de tal modo que amplie a compreensão das variáveis relacionadas ao processo de saúde-doença e ajude a 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 médicos homeopatas investiguem, durante a anamnese, as relações familiares, os vínculos sociais e a forma de agir dos sujeitos no mundo, a nosso ver é importante que passem a incorporar a dimensão da rede social dos pacientes na sua prática cotidiana. Assim, ao tratar os pacientes e identificar que os mesmos vivem sós, têm poucos amigos, demonstram dificuldades de se relacionar ou passaram por processos de perdas, é importante estimulá-los a desenvolverem 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.

Do mesmo modo que o apoio social é considerado um instrumento de ação importante no campo da promoção da saúde, ao beneficiar a saúde física e mental e ampliar a concepção de saúde-doença para além do viés biologicista, a homeopatia também se insere nos pressupostos da promoção da saúde, haja vista que tanto o apoio social como a homeopatia abordam a saúde na sua positividade, estimulam a autonomia e retomam o papel dos sujeitos como atores principais das ações e intervenções em saúde. Nesse sentido, enfatizam a sua dimensão transformadora, como seres que constroem e reconstróem suas histórias ao longo da vida.

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. Assim, poderemos então 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., 2001. Holopatogênese: uma teoria geral de saúde-doença como base para a integralidade das práticas de saúde. In: II Seminário do Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano dos Serviços de Saúde, *Resumos*, p.1-29. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- ARROSSI, S., 1994. Apoyo social y salud mental en las ciudades del tercer mundo: algunas consideraciones para su análisis. *Medio ambiente y urbanización*, 46:25-34.
- AYRES, J. R. C. M., 2001. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6:63-72.
- BARNES, J. A., 1987. Redes sociais e processo político. In: *Antropologia das Sociedades Contemporâneas - Métodos* (B. Feldman-Bianco, org.), pp. 159-193, São Paulo: Ed. Global Universitária.
- BARRIOS, P. C. 1999. Plan de salud personal: una vía para reapropiarnos de nuestros espacios internos. In: II Curso Nacional Teorico Practico de Aplicación Clínica y Social de la Psiconeuroinmunología, *Resumos*, pp. 159-174. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- BERKMAN, L. F., 1985. The relationship of social network, and social support to morbidity and mortality. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 241-262, London: Ed. Academic Press, Inc.
- BERKMAN, L. F. & SYME, L., 1979. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of epidemiology*, 2: 186-204.
- BLAZER, D.; 1982. Social Support and mortality in an elderly community population. *American Journal of epidemiology*, 115: 684-694.

- BOFF, L., 2000. *Saber Cuidar: Ética do Humano - Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Editora Vozes.
- BOTT, E., 1971. *Family and Social Network: Roles, Norms, and External Relationships in Ordinary Urban Families*. New York: Editora Free Press.
- BOURDIEU, P., 1998. *Contrafogos: Táticas para Enfrentar a Invasão Neoliberal*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- BOWLING, A., 1994. La medida de las redes y el apoyo social. In: *La Medida de la Salud: Revisión de las Escalas de Medida de la Calidad de Vida* (A. Bowling, org.), pp. 135-165, Barcelona: Ed. Masson.
- BUCK, C., 1985. Después de Lalonde: la creación de la salud. In: *Promoción de la Salud: Una antología, Publicación Científica 557*, pp. 6-14, Washington, DC: OPS.
- BUSS, P. M., 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:163-177.
- CAMARGO Jr., K. R., 1992. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 2:203-228.
- CAMARGO Jr., K. R., 1993. Racionalidades médicas a medicina ocidental contemporânea. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 65:1-32.
- CAMARGO Jr., K. R., 1997. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 149:5-13.
- CAMARGO Jr., K. R., 1998. Medicina, médicos, doenças e terapêuticas: exame crítico de alguns conceitos. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 170:3-14.
- CANGUILHEM, G., 1978. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária.

- CARVALHO, A., I., 1996. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1:104-121.
- CASSEL, J., 1974. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, 64:1040-1043.
- CASSEL, J., 1976. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Medicine*, 104:107-123.
- CASELL, E. J., 1982. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of medicine*, 306:639-645.
- CASTEL, R., 1993. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: *SaúdeLoucura 4* (A. Lancetti, org.), pp. 21-48, São Paulo: Ed. Hucitec.
- CASTELLANOS, P. L., 1990. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. *Boletim Epidemiológico da Organização Pan-Americana de Saúde*, 10:25-32.
- CASTIEL, L. D., 1994. *O Buraco e o Avestruz: A Singularidade do Adoecer Humano*. São Paulo: Editora Papirus.
- CECILIO, L. C. O., 2001. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. Pinheiro & R. A. Mattos, orgs.), pp. 113-126, Rio de Janeiro: S. ed.
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:887-896.
- COHEN, S. & SYME, L., 1985. Issues in the study and application of social support. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 3-22, London: Ed. Academic Press, Inc.

- CREMA, R., 1995. *Saúde e Plenitude: Um Caminho para o Ser*. São Paulo: Editora Summus.
- CZERESNIA, D., 1999. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:701-709.
- DALGARD, O. S. & HAHEIM, L. L., 1998. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of epidemiology & Community Health*, 52:476-481.
- DAMÁSIO, A. R., 1996. *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano*. São Paulo: Editora Companhia das Letras.
- DEITOS, T. F. H., STAATS, C. G., LIMA, L. L., LOPES, S. A. V., ANTONELLO, F., NASCIMENTO, L. L. & GASPARY, J. F. P., 1996. Estresse e depressão, alterações neuroendócrinas e conseqüências imunológicas. *Informação Psiquiátrica*, 15:89-93.
- EPP, J., 1986. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: *Promoción de la Salud: Una antología, Publicación Científica 557*, pp. 25-36, Washington, DC: OPS.
- EVANS, R. G., 1994. Introduction. In: *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations* (R. G. Evans, M. L. Batrer & T. R. Marmor, orgs.), pp. 3-26. New York: Ed. Aldine de Gruyter.
- FARINATI, P. T. V., 1997. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 1:31-37.
- FOSS, L. & ROTHENBERG, K., 1987. *The Second Medical Revolution. From Biomedicine to Infomedicine*. Boston: Editora New Science Library.
- GOLEMAN, D. 1996. *Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.

- GOSWAMI, A.; REED, R. E. & GOSWAMI, M., 1998. *O Universo Autoconsciente: Como a Consciência Cria o Mundo Material*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos.
- GOTTLIEB, B. H., 1985. Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, 12:5-22.
- HAHNEMANN, S., 1805. Esculapio en la balanza. In: *Escritos menores e 5ª edição do Organon* (J. S. Coll, org.), pp. 303-330, Madrid: Ed. D. Ignatio Boix.
- HAHNEMANN, S., 1921. *Organon of Medicine*. New Delhi: Editora B. Jain Publishers.
- HAHNEMANN, S., 1980. *The Chronic Diseases: Their Specific Nature and Homeopathic Treatment*. New Delhi: Editora B. Jain Publishers.
- HALL, A. & WELLMAN, B., 1985. Social network and social support. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 23-41, London: Ed. Academic Press, Inc.
- HOLANDA, A. B., 1995. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. São Paulo: Editora Nova Fronteira.
- HOUSE, J. S. & KAHN, R. L., 1985. Measures and concepts of social support. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 83-108, London: Ed. Academic Press, Inc.
- HUPCEY, J. E., 1998. Social support: assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, 8:304-318.
- KENT, J. T., 1954. *Lectures on Homoeopathic Philosophy*. New Delhi: Editora B. Jain Publishers.
- KENT, J. T., 1982. *Filosofia de la Homeopatia con Índice Terapéutico y Repertorio Adaptado y Actualizado*. Argentina: Editora El Ateneo.

- KESSLER, R. C. & MCLEOD, J. D., 1985. Social support and mental health in a community samples. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 219-240, London: Ed. Academic Press, Inc.
- KIRMAYER, L. J., 1988. Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. In: *Biomedicine Examined* (M. Lock & D. Gordon, orgs.), pp. 57-93, Boston: Ed. Kluwer Academic Publishers.
- LALANDE, A., 1991. *Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie*. Paris: Editora Presses Universitaires de France.
- LALONDE, M., 1974. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: *Promoción de la Salud: Una antología, Publicación Científica 557*, pp. 3-5, Washington, DC: OPS.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G., 1976. *Medicina Preventiva*: São Paulo: Editora McGraw-Hill.
- LELOUP, J. Y., 1996. *Cuidar do Ser: Filon e os Terapeutas de Alexandria*: Petrópolis: Editora Vozes.
- LELOUP, J. Y., 1997. Integração, centralidade e saúde total. In: *O Espírito na Saúde* (L. M. A. Lima, org.), pp 15-21, Petrópolis. Ed. Vozes.
- LELOUP, J. Y., 1998. *O Corpo e seus Símbolos*. Petrópolis: Editora Vozes.
- LUZ, H. S., 1993. Racionalidades médicas: a medicina homeopática. *Estudos em Saúde Coletiva*, 64:1-36.
- LUZ, M. T., 1988. *Natural, Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- LUZ, M. T., 1997. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 7:13-43.

- LUZ, M. T., 2001. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. Pinheiro & R. A. Mattos, orgs.), pp. 17-37, Rio de Janeiro: S. ed.
- MACHADO, F. R. S. & PINHEIRO, R., 2002. Percepções e práticas dos pacientes e homeopatas sobre o cuidado na atenção integral à saúde - um estudo de caso. VII SINAPIH - Simpósio Nacional de Pesquisa Homeopática. *Anais CD-Rom*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- MARCONDES, D., 1998. *Iniciação à História da Filosofia: Dos Pré- Socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- MASI, A., 1982. 1º Curso de homeopatia unicista. In: *Conferências Proferidas pelo Dr. Alfonso Masi* (I. H do Brasil, org.), pp.1-17, Rio de Janeiro: S. ed.
- MENDES, E. V., 1993. O Processo de construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. In: *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (E. V. Mendes, org.), pp.49-65, São Paulo: Ed. Hucitec.
- MINAYO, M. C. S., 2001. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6:7-19.
- MINKLER, M., 1985. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Education Quarterly*, 12:303-313.
- MINKLER, M., 1992. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *International Journal of Health Services*, 22:303-316.
- OLIVEIRA, R. M., 1998. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:69-78.

- OMS (Organização Mundial de Saúde), 1986. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: *Promoción de la Salud: Una antología, Publicación Científica 557*, pp. 367-372, Washington, DC: OPS.
- OMS (Organização Mundial de Saúde), 1988. Declaración de Adelaide. In: *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* (P. M. BUSS, org.), pp. 177-183, Rio de Janeiro: ENSP
- OMS (Organização Mundial de Saúde), 1991. Declaración de Sundsvall: entornos propicios para la salud. In: *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* (P. M. BUSS, org.), pp. 183-188, Rio de Janeiro: ENSP
- OMS (Organização Mundial de Saúde), 1992. Declaración de la conferencia internacional de la salud. In: *Promoción de la Salud: Una antología, Publicación Científica 557*, pp. 373-377, Washington, DC: OPS.
- ONG, L. M. L.; HAES, J. C. J. M.; HOOS, A. M. & LAMMES, F. B., 1995. Doctor-patient communication; a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40:903-918.
- PEARLIN L. I., 1985. Social structure and process of social support. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 43-60, London: Ed. Academic Press, Inc.
- PETERSDORF, R. G., 1983. Introdução às doenças infecciosas. In: *Harrison Medicina Interna* (K. J. ISSELBACHER, R. D. ADAMS, E. BRAUNWALD, R. G. PETERSDORF & J. D. WILSON, orgs.), pp 609-613, Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A.
- PILISUK, M. & MINKLER, M., 1985. Supportive ties: a political economy perspective. *Health Education Quarterly*, 12:93-106
- PINHEIRO, R., 2001. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: *Os Sentidos da*

- Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. Pinheiro & R. A. Mattos, orgs.), pp. 65-112, Rio de Janeiro: S. ed.
- PINHEIRO, R. & LUZ, M. T., 1999. Modelos ideais X práticas eficazes: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 191:3-23.
- RODRIGUES, A. L. & GASPARINI, A. C. L. F., 1992. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. In: *Psicossomática Hoje* (J. M. Filho, org.), pp 93-107, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- ROSENBAUM, P., 2000. *Homeopatia: Medicina Interativa, História Lógica da Arte de Cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- SABROZA, P. C. 2001. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:4-5.
- SAMAJA, J., 2000. *A Reprodução Social e a Saúde: Elementos Metodológicos sobre a Questão das Relações entre Saúde e Condições de Vida*. Salvador: Editora Casa da Qualidade.
- SCHERER-WARREN, I., 1999. *Cidadania Sem Fronteiras: Ações Coletivas na Era da Globalização*. São Paulo: Editora Hucitec.
- SCHULZ, R. & RAU, M.T., 1985. Social support through the life course. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 129-149, London: Ed. Academic Press, Inc.
- SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A. L., 1991. The Mos social support survey. *Social Science and Medicine*, 32:705-714.
- SLUZKI, C. E., 1997. *A Rede Social na Prática Sistêmica*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

- SPIEGEL, D., 1997. Apoio social; como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: *Equilíbrio Mente e Corpo: Como Usar sua Mente para uma Saúde Melhor* (D. Goleman & J. Gurin, orgs.), pp. 283-298, Rio de Janeiro: Ed. Campus.
- TERRIS, M., 1992. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: *Promoción de la Salud: Una antología, Publicación Científica 557*, pp. 37-44, Washington, DC: OPS.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C. & ALMEIDA, C. M., 2000. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:133-149.
- VALADARES, J. C., 1999a. Espaço-ambiente e comportamento humano. In: *Meio Ambiente e Educação* (L. E. M. Filho, org.), pp. 15-43, Rio de Janeiro: Ed. Gryphus.
- VALADARES J. C., 1999b. Espaço-ambiente e situação do sujeito. IV Congresso Brasileiro de psicanálise. *Anais*. Recife.
- VALLA, V. V., 1993. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática* (V. V. Valla & E. N. Stotz, orgs.), pp 87-100, Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará.
- VALLA, V. V., 1996. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, 21:177-190.
- VALLA, V. V., 1998a. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: *Educação Popular Hoje* (M. V. Costa, org.), pp. 151-179, São Paulo: Ed. Loyola.
- VALLA, V. V., 1998b. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:7-18.
- VALLA, V. V., 1999. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:7-14.

- VALLA, V. V., 2000. Educação popular e saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 5:46-53.
- VALLA, V. V., & STOTZ, E. N., 2000. Refuerzo de la acción comunitaria In: *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* (P. M. BUSS, org.), pp. 47-54, Rio de Janeiro: ENSP
- VASCONCELOS, E. M., 1998. Educação popular. como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:39-57.
- VERGARA, S. C., 1997. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Editora Atlas.
- VITHOULKAS, G. & GUINEBERG, C., 1985. *A Homeopatia Origens e Futuro de uma Nova Medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- VOGT, T. M.; MULLOOLY, J. P.; ERNST, D.; POPE, C. R. & HOLLIS, J. F., 1992. Social Networks a predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *Journal of clinical epidemiology*, 45:659-665.
- ZIMMERMAN, D. E., 1997a. Fundamentos teóricos. In: *Como Trabalhamos com Grupos* (D. E. Zimmerman & L. C Osorio, orgs.), pp. 25-31, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- ZIMMERMAN, D. E., 1997b. Classificação geral dos grupos. In: *Como Trabalhamos com Grupos* (D. E. Zimmerman & L. C Osorio, orgs.), pp. 75-81, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- WHO, 2001. Mental Health and brain disorders. <http://www.who.int/en/>
- WILLS, T. A., 1985. Supportive functions of interpersonal relationships. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 61-82, London: Ed. Academic Press, Inc.

WINNICOTT, D. W., 1974. Fear of Breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1:103-107. Tradução livre de Jorge Valadares.

WORTMAN, C. B. & CONWAY, T L.,1985. The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In: *Social Support and Health* (S. Cohen & S. L. Syme, orgs.), pp. 281-302, London: Ed. Academic Press, Inc.