



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Denise Espiúca Monteiro

**A comunicação na prática homeopática: como a racionalidade homeopática
se expressa na comunicação entre médico e paciente?**

Rio de Janeiro

2015

Denise Espiúca Monteiro

A comunicação na prática homeopática: como a racionalidade homeopática se expressa na comunicação entre médico e paciente?

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M775 Monteiro, Denise Espiúca

A comunicação na prática homeopática : como a racionalidade homeopática se expressa na comunicação entre médico e paciente? / Denise Espiúca Monteiro. – 2015.

261 f.

Orientadora: Adriana Cavalcanti de Aguiar.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Homeopatia - Teses. 2. Médico e paciente – Estudo e ensino - Teses. 3. Clínica médica – Estudo e ensino – Teses. 4. Comunicação na medicina. I. Aguiar, Adriana Cavalcanti de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Denise Espiúca Monteiro

A comunicação na prática homeopática: como a racionalidade homeopática se expressa na comunicação entre médico e paciente?

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 02 de junho de 2015

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Cavalcanti de Aguiar
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Wilson Couto Borges
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a Alicia Regina Navarro Dias de Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

À Vida.

À predestinada e a que se inscreve, em consciente mente, ao se destinar a Outrem.

Aos que se doem.

Aos que se doam.

Aos desígnios dos Mestres obedeço, e esta obra ofereço, dando graças.

AGRADECIMENTOS

Dais muito pouco quando estais a dar o que vos pertence.
Só quando vos dais a vós próprios é que estais verdadeiramente a dar.
Kahlil Gibran

A gratidão é um mistério. Nada tem a oferecer, além do prazer de ter recebido. Ao dinamizar o reconhecimento da dádiva recebida, a prolonga. É levada a agir, em favor de quem a suscita, não decerto para trocar um obséquio por outro, mas para dar mérito e compartilhar o júbilo. Eco de alegria. “Sucussão” de felicidade.

Que inigualável prazer dizer obrigado!

A toda família espiritual e terrena, agradeço. Família (re)encontrada no Lar “Materno” junto aos avós, pais, irmão, marido e filhos; no celeiro da UERJ, onde iniciei minha formação médica e busco alcançar Mestria; e no IHB, a Casa da Homeopatia. Pelos caminhos abertos, pelos obstáculos oferecidos para serem transpostos, e as dores necessárias para maior compreensão da vida em princípios, valores, sentidos e fins, meu muito obrigada.

Agradeço reverente aos semelhantes, na singular pessoa de cada um, seja paciente, aluno, colega e/ou amigo que no cotidiano entrelaçaram as linhas das histórias de suas vidas a minha. Sou grata a Todos que ao longo destes 25 anos de trajetória confiaram aos meus cuidados, suas mazelas e rancores, suas angústias e temores, suas lutas e labores. Suas “sofrências” na minha essência foram patogênese e pavimentam meu caminho de (e para) cura. Vulneráveis e esperançosos, a mim entregaram suas vidas para cuidar, e sem o saber de pronto, ajudavam-me a cuidar da minha. Permitindo e colaborando para que ao longo desta jornada, possa eu vir a cumprir os fins de minha existência. (Res)significando dores, cultivando amores.

Os de ontem, os de hoje. Os que estão para o por vir e os do sempre.

Na personalidade de minha orientadora, querida professora doutora Adriana Cavalcanti Aguiar, expressão de escuta implicada, empática e fraterna, meu mais caloroso agradecimento. Através de sua pessoa envolvo num abraço todos que em minha vida foram crítica construtiva, regaço amoroso, estimulando a prosseguir. Revalidando “o sim”, reescrevendo “o talvez”, não dando ouvidos ao “não”, sua presença fez a diferença – rara, única, peculiar – sem estranhamento, apenas alumbrado (re)conhecimento. Similitude no olhar ao próximo, amor que promove.

Uma vida afetada e transbordante de afetos, eu sou.

Eu sou, e não sou só. Eu sou só porque vocês são em mim.

EPÍGRAFE

O médico olha uma vez mais seu paciente que ali está a sua frente, disposto a esvaziar seu coração. Olha-o nos olhos, querendo senão apressar a verdade, acessar o recôndito onde se guarda. Se o médico se empenha tanto em compreender seu paciente, espreitando das entranhas a sua dor, ora expressa em vaga difusas queixas ora em gritos e arquejos de sofrência de um corpo em desobediência com a existência, é porque quer do sentido consentido extrair o sumo para o alívio do que o assemelha ao sofredor.

Entre lamúrias, ora em contundentes imagens recuperadas da vida em seus momentos de angor, ora em radiografias do que impresso foi no corpo pela alma do que sofrido se impôs como doença na matéria de seu portador, a finitude e as miserabilidades do existir os aproxima em fragilidade no labor.

Entre cuidador e cuidado o vínculo que quando recíproco é o sofrimento e também o amor, se faz insumo do ofício. Bálsamo na carência, dínamo na atitude vital, princípio ativo de um exercício em prol da saúde em seu (re)equilíbrio com ciência e arte, corpo e mente, conscientemente.

Denise Monteiro

RESUMO

MONTEIRO, Denise Espiúca. *A comunicação na prática homeopática: como a racionalidade homeopática se expressa na comunicação entre médico e paciente?* 2015. 167 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

No atual contexto da prática médica no Brasil, observa-se o predomínio de uma comunicação de caráter informativo, normativo e com pouca ênfase na promoção da autonomia dos pacientes, secundarizando o diálogo e a compreensão do paciente sobre o processo saúde-doença-cuidado. Esse tipo de prática baseia-se fortemente no Modelo Biomédico, que enfoca prioritariamente a doença e as lesões orgânicas, o que em muitas situações colabora para a medicalização, a (super)especialização e fragmentação do cuidado, comprometendo a qualidade da relação médico-paciente e a resolutividade das ações de saúde. Em contrapartida, uma prática médica centrada no paciente e que valorize a compreensão de sua interpretação da saúde-doença favorece a construção da integralidade do cuidado e a maior efetividade das ações. A presente pesquisa exploratória, predominantemente qualitativa com componente quantitativo investiga as práticas comunicacionais na relação médico-paciente na consulta homeopática, pautada pelo paradigma Vitalista. Nessa especialidade médica oferecida desde 1988 pelo Sistema Único de Saúde, e desde 2006, integrante da Polícia Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde compreender múltiplas dimensões da existência e adoecer humanos demanda competência narrativa para a prática de sua semiologia, baseada na escuta atenta e implicada dos contextos biopatográficos, valorizadora dos sentidos atribuídos às vivências pelos sujeitos. Foram gravadas oito consultas de primeira vez realizadas num ambulatório-escola por médicos experientes, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo, que permitiram analisar como os fundamentos da racionalidade homeopática podem contribuir para a produção compartilhada de sentidos. Os resultados estão organizados nas categorias: Tomada de Turnos e Controle de Tópicos, Concepção de Saúde-Doença-Cuidado, Itinerários Terapêuticos, *Ethos* científico e *Ethos* do Mundo da Vida, Capacidade empática (atitudes de apoio, legitimação e polidez) e O Papel do Médico. Observa-se que a comunicação que estabelecida nesse tipo de prática em saúde avança na construção da integralidade da atenção e pode contribuir para a maior resolutividade do cuidado em saúde na medida em que minimiza a dicotomia entre mental e somático, individual e social.

Palavras-chave: Homeopatia. Comunicação. Relação Médico-Paciente. Cuidado em Saúde. Narrativa.

ABSTRACT

MONTEIRO, Denise Espiúca. *Communication in homeopathic practice: how is the homeopathic rationality expressed in communication between physician and patient?* 2015. 167 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The predominance of informative and normative communication is observed in the current context of medical practice in Brazil. This practice relies on Biomedical Model focus on disease and organ damage, with little emphasis on dialogue and understanding of the patient on the health-illness care, which in many cases contributes to the social medicalization, the medical specialization and fragmentation of care, negatively affecting the quality of the doctor-patient relationship on promoting patient autonomy and the solving of health actions. In contrast, a patient-centered medical practice that enhances understanding of their interpretation of health-disease favors a holistic care and a greater effectiveness of actions. This exploratory research, predominantly qualitative with quantitative component investigates the communicative practices in the doctor-patient relationship in homeopathic consultation, is guided by vitalist paradigm. Looking broadly at the patient and the illness, homeopathic practice provides the means to understand the personal connections between patient and physician to improve the effectiveness of their work. This medical specialty offered since 1988 by SUS, and since 2006, included in PNPIC, requires narrative competence to practice their semiotics. Eight inquiries were first recorded performed in a clinic-school by experienced doctors, transcribed and submitted to content analysis, allowing to analyze how the foundations of homeopathic rationality can contribute to the health care. The results are organized into categories shifts: Topics Control, Health-Disease-Cares Concept, Therapeutic Itineraries, Scientific *Ethos* and Life *Ethos*, Empathic Capacity (attitudes of support, legitimacy and politeness) and The Role of the Physician. It is observed that the communication established in this type of health practice advances in the construction of an integral care and can contribute to the better resolution of care in that it minimizes the dichotomy between mental and somatic, individual and social.

Keywords: Homeopathy . Communication. Patient-Physician Relationship. Health care.

Narrative.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Algumas Distinções entre a Racionalidade Homeopática e Racionalidade Biomédica	37
Quadro 2 –	Comparação entre a consulta centrada no médico e a consulta centrada no paciente	48
Quadro 3 –	Elementos da prática social “consulta médica tradicional” e “consulta médica alternativa”	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Tempo de interação entre médicos e pacientes	74
Tabela 2 –	Turnos de interação entre médicos e pacientes	75
Tabela 3 –	Média e desvio-padrão do tempo de fala de médicos e pacientes por fala (em segundos)	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Contéudo
AD	Análise do Discurso
AMB	Associação Médica Brasileira
AMHB	Associação Médica Homeopática Brasileira
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IHB	Instituto Hahnemanniano do Brasil
IMS-UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNMNPC	Política Nacional de Medicinas Naturais e Práticas Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RMP	Relação Médico-Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	RACIONALIDADES BIOMÉDICA E HOMEOPÁTICA: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS	29
1.1	O modelo racional homeopático: o vitalismo mediado pela palavra	32
1.2	A consulta homeopática	38
2	MODELOS DE COMUNICAÇÃO, PRÁTICA MÉDICA E HOMEOPATIA	43
2.1	A comunicação na prática médica	48
2.2	Escuta como cuidado	51
2.3	Prática médica homeopática e a construção compartilhada de sentidos	56
3	METODOLOGIA	61
3.1	O ambiente da pesquisa: a definição do campo	61
3.2	A população da pesquisa e coleta de dados	63
3.3	Plano de análise	64
3.4	Aspectos éticos	68
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	71
4.1	Sumário das consultas	72
4.2	Vozes e silêncios (com) sentidos: tomada de turnos e controle de tópicos	73
4.2.1	<u>Discussão</u>	83
4.3	Ampliando e compartilhando olhares	88
4.3.1	<u>Concepções de saúde-doença-cuidado</u>	89
4.3.2	<u>Itinerários terapêuticos</u>	98
4.3.3	<u>Discussão</u>	103
4.4	Da ausculta aplicada à escuta implicada	107
4.4.1	<u>Ethos científico e ethos do mundo de vida</u>	107
4.4.2	<u>Evidência de capacidade empática: atitudes de apoio, legitimação e polidez</u>	114
4.4.3	<u>O papel do médico</u>	118
4.4.4	<u>Discussão</u>	125
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
	REFERÊNCIAS	138

APÊNDICE A	– O diálogo entre Hahnemann e Charon	149
APÊNDICE B	– Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes	153
APÊNDICE C	– Termo de autorização da instituição	161
APÊNDICE D	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pacientes	162
APÊNDICE E	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Médicos	164
APÊNDICE F	– Carta de Hahnemann a um paciente	166

Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que acaricia,
desejo que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura,
enquanto durar.
Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina.

Saber Viver
Cora Coralina

INTRODUÇÃO

O presente estudo abordará as práticas comunicacionais na relação médico-paciente na consulta homeopática. Na racionalidade médica que embasa a homeopatia, uma escuta do sujeito que promova a compreensão de seu modo singular de viver (e sofrer) é elemento central de sua semiótica, indispensável à diagnose e terapêutica. Essa premissa confere características peculiares à sua prática que permitem inferir elementos da intersubjetividade na relação médico-paciente que podem vir a contribuir para o resgate da dimensão do cuidado na ação terapêutica.

No Brasil, a Homeopatia foi definida como uma especialidade médica em 1980. De acordo com as conclusões do 1º Fórum Nacional de Homeopatia (2004)¹, a Homeopatia fortalece os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pois orienta sua prática para compreender o sujeito como unidade indivisível, e extrapola limitações de diagnósticos exclusivamente patológicos (uma das dimensões da *atenção integral*); atenta para necessidades de saúde da população, respeitando as diferenças individuais e coletivas (*equidade*); e, por fim, pode avançar no sentido da *universalidade* ao lutar pela garantia democrática de acesso aos que optem por essa racionalidade como tratamento.

O acesso da população à Homeopatia na rede do SUS se fortaleceu com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portaria nº 971 publicada pelo Ministério da Saúde em 3 de maio de 2006), com diretrizes de estruturação e fortalecimento da atenção homeopática; divulgação e informação; qualificação de profissionais e incentivo a pesquisa que fomentaram programas, ações e projetos, nas diferentes esferas de governo e níveis de atenção.

Embora a conjuntura seja aparentemente favorável à ampliação da oferta desta especialidade médica, esta ainda é restrita. Segundo dados apresentados pela Coordenação Nacional da PNPIC em outubro de 2011, dos 5.560 municípios do País, apenas 285 ofereciam tratamento homeopático, contando com 631 homeopatas em toda rede pública de saúde,

¹Organizado pelo Ministério da Saúde, com apoio da Associação Homeopática Brasileira (AMHB) e da Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH), o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado “*A Homeopatia que queremos implantar no SUS*” realizou-se em Brasília em maio de 2004. Tinha por objetivo estabelecer processo participativo de discussão/elaboração das diretrizes que serviriam de subsídio à formulação de uma política nacional de oferta de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde(SUS). Reuniu profissionais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas (AMHB e ABFH); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA). Deste Fórum saíram as diretrizes referentes à Homeopatia para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

distribuídos principalmente nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul (apenas os estados do Rio de Janeiro e São Paulo contavam com mais de 100 profissionais em atuação).

A despeito de sua racionalidade vir ao encontro de ênfases das políticas de saúde atuais voltadas para a humanização do cuidado empenhadas em superar certos limites do Modelo Biomédico, como a fragmentação e a dicotomia mente-corpo (ENGEL, 1977), e do interesse de estudantes de medicina em aprender seus fundamentos, sua presença no meio acadêmico se restringe, em parte em função de desinformação e preconceito sobre sua racionalidade (ZULIAN, 2007). Em 2008 apenas uma, entre 178 faculdades de Medicina então existentes no Brasil oferecia a Homeopatia como disciplina obrigatória no currículo (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro), enquanto 15 faculdades ofereciam conteúdos em disciplinas eletivas (SALLES, 2008).

Se a situação institucional relativa à inclusão da homeopatia na grade curricular das Faculdades Médicas se mantém inalterada, o cenário da residência médica em homeopatia sofreu mudanças recentes. Oferecida no país desde 2004 pela UNIRIO/Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, em 2014 foi criado o *Programa de Residência Médica em Homeopatia de Betim/MG*, conveniado com a *Rede SUS-Betim* e apoiado pelo *Instituto Mineiro de Homeopatia*. A terceira residência médica em Homeopatia implantada no país, iniciou-se em 2015 na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossia (AMHB, 2014).

No cenário mundial, a demanda “por práticas não-convencionais” de atenção à saúde é alta em parte associada a insatisfações com o modelo biomédico de atenção- seja por conta de suas limitações diagnósticas que desqualificam uma grande parte dos sintomas, queixas e sofrimentos não “enquadráveis” na nosologia científica, seja por suas limitações terapêuticas, cujos efeitos colaterais e indesejáveis são realçados pela excessiva medicalização² da sociedade (CAMARGO JR., 2010; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Discorrendo sobre excessos da medicalização, entre eles o ocultamento de aspectos conflitivos das relações sociais transformados em “problemas de saúde”, Camargo Jr. (2003) nos alerta sobre como queixas indefinidas são tratadas a partir dos referenciais biologizantes e de objetividade. O modelo biomédico, hegemônico, é reducionista, “separa o mental do somático, alimenta a especialização médica e secundariza o sofrimento psíquico, privilegiando o que pode ser biologicamente mensurado” (AGUIAR, 2001, p. 130).

²Complexas inter-relações entre os poderes do aparelho de Estado, indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, corporação profissional dos médicos, serviços de assistência médica, *establishment* científico e meios de comunicação de massa estão presentes no processo de medicalização da sociedade. (CAMARGO JR., 2003, p. 59).

Camargo (2003) ressalta as considerações epistemológicas necessárias para a compreensão deste processo: o reducionismo da complexidade do adoecer ao nível biológico; a polarização de normal/patológico e saúde/doença; a onipotência da técnica levando a objetificação/patologização de sinais e sintomas e a ampliação de categorias nosológicas para intervenção medicamentosa; a formação médica reprodutora de técnicas; a indústria do conhecimento e marketing sobre “bens e serviços” de saúde a serem consumidos para sua manutenção ou recuperação. A diagnose ganha dimensões de terapêutica, pois a demanda pelo saber “o que tenho”, quando atendida assume caráter de terapêutica, inserida no processo de medicalização social (ALMEIDA, 2002).

A generalidade e o distanciamento abstrato com que são tratados os pacientes da biomedicina, em função da centralidade da doença, criaram uma barreira cultural para muitos indivíduos e grupos sociais, que demandam ser efetivamente tratados e não apenas diagnosticados (LUZ, 2005).

Quanto mais se procura a biomedicina, mais o mundo fica medicalizado e ao mesmo tempo frustrado com os limites de interpretação dos adoecimentos, a fragmentação do cuidado, a superespecialização do saber, a iatrogenia dos tratamentos, a frieza e a desarmonia da relação médico-paciente (TESSER, 2010, p. 27).

Segundo Luz (2012), a medicina ocidental contemporânea convive com uma tríplice cisão: epistemológica, prática e técnica. Cisão entre a ciência das doenças e a arte de curar; entre a prática médica de combate às doenças e de promoção à saúde, no que concerne a diagnose e terapêutica; e no agir clínico que pela interposição das tecnologias “frias”, distancia médico e paciente. Esta tripla cisão constitui uma das explicações sócio-antropológicas para a procura de outras racionalidades médicas.

Caprara & Franco (1999), em revisão da literatura sobre práticas humanizadas de cuidado, observam que a relação médico-paciente é um aspecto chave para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, com consequências para a personalização da assistência e a humanização do atendimento. Caprara & Rodrigues (2004) destacam que os atributos da prática médica na produção de saúde incluem além do processo diagnóstico, a familiaridade, a confiança e a colaboração. Segundo o autor, separar corpo e mente, objetivo e subjetivo, razão e emoção vem determinando uma compreensão divergente do fenômeno saúde-doença para médico e paciente, estimulando dependência dos serviços de saúde e do saber profissional, na medida em que alija o paciente do cuidado de sua vida e sua saúde.

Os médicos e pacientes interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes. Além dos aspectos culturais temos de enfatizar que eles (médicos e pacientes) não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído (CAPRARA, 2004, p. 141).

Como resultante, uma prática clínica orientada exclusivamente pela racionalidade biomédica enfrenta problemas de efetividade. Intervenções pautadas em anamneses voltadas para a listagem de sinais e sintomas de doenças ensejam uma terapêutica restrita à prescrição de fármacos prescindindo da compreensão dos sentidos atribuídos pelos envolvidos no processo saúde-doença. Ainda que sintomas difusos e inespecíficos associados a fatores psicossociais³ de adoecimento constituam grande parte da demanda de atenção médica, ao não se enquadrarem em categorias diagnósticas, não são reconhecidos pela biomedicina, dificultando a adesão dos pacientes a programas terapêuticos (FAVORETO; CAMARGO JR., 2002).

Análises críticas acerca da qualidade da atenção médica e satisfação da população atendida constata que fatores diversos contribuem para formação do vínculo de confiança entre médico-paciente. Entre os dados apresentados, destacam-se: 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são tomados em consideração pelos médicos durante as consultas e 50% dos problemas psiquiátricos e psicossociais são negligenciados. Em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal e 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos de explicação do problema (SIMPSON, 1991; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Grossemann & Karnopp (2011) elencam alguns fatores que empobrecem esta relação: priorização na doença com atitudes médicas que desencorajam o paciente a falar sobre suas preocupações, expectativas, percepção sobre o adoecimento e suas causas, pouca atenção ao impacto social, emocional e físico que a doença acarreta; interposição de aparatos tecnológicos de investigação entre médico e paciente em detrimento de uma anamnese mais detalhada e abrangente; diminuição do tempo disponível para interlocução entre médico, pacientes e seus acompanhantes, interrupções do relato espontâneo do paciente, condução da

³O termo psicossocial é utilizado como referência a fatores psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e a doença mental (BINIK, 1985). A psicologia na saúde reconhece que o ser humano está em permanente mudança em decorrência da variação de fatores orgânicos, ambientais e psicossociais e tem enfatizado cada vez mais seu papel ativo no processo saúde-doença. Compreende que saúde e doença são determinadas por múltiplos fatores etiológicos - genéticos, bioquímicos, comportamentais/psicodinâmicos e socioambientais que podem interagir de modos complexos (CAPITÃO; SCORTEGAGNA; BAPTISTA, 2005). Neste contexto, saúde mental é um estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem-estar e prazer de viver, uma sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões (CHAPLIN, 1989).

anamnese exclusivamente pelo médico com interferências e redirecionamentos ao cortejo de sintomas da doença em detrimento da experiência do paciente.

O uso de linguagem incompreensível, desconsiderando a cultura, vocabulário e capacidade de compreensão, com desqualificação das dúvidas e demandas do pacientes são considerados prejudiciais para a adequada comunicação interpessoal, e somam-se aos fatores de fragilização de vínculos de parceria e confiança. Em contraponto, questionamentos, informações e explicações em linguagem acessível e a verificação da compreensão do paciente sobre a consulta e proposta terapêutica são aspectos associados à satisfação do paciente (GROSSEMAN; KARNOPP, 2011, p. 236-237).

Mehry (2013), em ressonância afirmativa, ressalta que o modelo atual de atenção à saúde está distanciado dos interesses dos pacientes, e se reflete na relação médico-paciente, em parte pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas em tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos. Ainda segundo o autor:

[...] os principais parâmetros para análise de um modelo assistencial são aqueles que expressam como a tecnologia leve opera como prática de saúde, como é comandante ou comandada, das (pelas) outras tecnologias, na mediação entre leve-dura e as duras, objetivando a resolução de problemas de saúde através do cuidado e conquista de autonomia, visto que esta influencia o estabelecimento de vínculos e acolhimento na atuação clínica (MEHRY, 2013, p. 75).

Ayres (2011, p. 89) conceitua cuidado como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”. É compreensível o interesse da prática clínica nas doenças considerando o arsenal de conhecimentos disponíveis para enfrentá-las, mas “a doença não pode substituir completamente o ser doente”, dificultando uma abordagem integral que seja promotora de autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto do encontro entre médico e paciente (TESSER; LUZ, 2008).

Alguns autores (LUZ, 2003; ANDRADE, 2006; PINHEIRO; ESTRELLA, 2006; SALLES, 2013) investigaram o que motiva usuários a buscar as chamadas Medicinas Alternativas e Complementares (MAC). Concluíram que a procura crescente pela utilização das práticas terapêuticas “alternativas” ou “complementares” centradas no paradigma vitalista (conforme será caracterizado mais adiante), traduz a demanda social por cuidado integral no contexto de medicalização da sociedade. Essa demanda, além de ser fomentada pelas frustrações, insatisfações e limites vividos com a biomedicina, deve-se a seus méritos próprios. As MAC inovam na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico;

na re-situação da relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; na busca de meios terapêuticos menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros, com igual ou maior eficácia nas situações mais comuns de adoecimento e na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente; e na afirmação de um saber/prática que tenha como categoria central a saúde e não a doença (LUZ, 2005).

Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009) destacam a necessidade da atuação do médico como aconselhador e cuidador na promoção da saúde e prevenção das doenças. Supostamente se verifica com a prática homeopática na qual os saberes que orientam sua diagnose e terapêutica convergiram para uma apreensão integradora, individualizada e contextualizada do sujeito sob cuidado, configurando-a como uma “*medicina centrada na pessoa*” (PERESTRELLO, 1989).

Quando médico e paciente se constituem como sujeitos um diante do outro, certo grau de objetivação e “objetificação” está colocado pelo uso de técnicas inerentes à prática clínica, porém, essas técnicas podem abarcar elementos que apontam para o resgate da subjetividade com a compreensão de que escutar implica ouvir o outro, como alguém que constrói sentidos sobre si mesmo e sobre o mundo (AYRES, 2000). Esta escuta pode promover um acolhimento que dê sentido ao conhecimento biomédico. Para tal, o médico precisa estar na relação não como um cientista frente ao seu “objeto” de estudo experimental, mas como um sujeito inserido numa relação interpessoal que propicia o encontro entre subjetividades.

Ao assumir que cuidar da saúde de alguém é também ajudá-lo a construir projetos de felicidade, Ayres (2011) convida a reflexão sobre o lugar ocupado pelo médico no ato assistencial. “O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação dessubjetivadora, de uma interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam” (AYRES, 2011, p. 63).

De sujeito para intersubjetividades; de controle técnico das doenças para sucesso prático das ações de atenção à saúde; de tratar para cuidar são os “giros” propostos pelo autor para uma intervenção articulada com o cuidado “integral verdadeiro”. Nesta relação médico-paciente ambos os sujeitos podem ter voz, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos, o que nos aproxima da hermenêutica filosófica de Gadamer (2004).

Pensar o Cuidado a partir da hermenêutica faz da abertura, ou da predisposição empática, uma exigência. Para estar para o Outro é preciso estar para si. Cuidar do outro é cuidar-se. Os pacientes precisam de médicos que possam compreender suas doenças, tratar seus agravos e acompanhá-los através do sofrimento. Um médico apenas cientificamente competente carece em ajudar o paciente a lidar com a perda da saúde ou a encontrar sentido

no sofrimento. Associado ao conhecimento científico, os médicos precisam adquirir competência de ouvir as narrativas do paciente, entender e honrar os seus significados, para que possam agir, conjuntamente, em prol de um cuidado integral (CHARON, 2001).

Essa abertura ao processo de interação com o paciente é influenciada pelo modo de proceder do médico e inclui *observar, olhar e ver, ouvir e escutar*, o paciente. Charon (2001) nomeará como competência narrativa, a utilização das habilidades de absorver, interpretar e responder às histórias dos pacientes, o que contribui para que o médico exerça a medicina com empatia, reflexão, profissionalismo e confiabilidade. Cabe, portanto, inserir no debate sobre o cuidado a dimensão de uma ação ética que se realize através do diálogo e negociação de sentidos, o que requer enunciar as experiências mais íntimas, e dar-lhes inteligibilidade tanto para si mesmo quanto para os outros (CAPONE, 2004).

Capone (2004) exortará a solidariedade como princípio dessa clínica mediada pelo reconhecimento do outro como um sujeito autônomo capaz de tomar decisões e fazer escolhas. Uma mediação exercida pela capacidade dialógica, que permita confrontar crenças, valores e pontos de vista diferentes (ou mesmo antagônicos), facilita a enunciação de dúvidas, angústias e medos (fatores dificultantes da construção compartilhada dos sentidos) e a tomada de decisões adequadas ao contexto. Uma atenção à saúde que se fundamente em uma ética da solidariedade se torna possível quando seus atores são (co)partícipes em uma relação intersubjetiva, onde cada um é considerado capaz de argumentação, merecendo liberdade de expressão.

Segundo Rogers (2009), uma comunicação livre entre pessoas, é sempre terapêutica. O médico que se mostra caloroso, receptivo, que respeita sua própria individualidade e a do paciente, estabelecendo com aquele uma relação pessoa a pessoa, que incentiva a livre expressão de suas angústias e padecimentos, provavelmente facilita a realização do cuidado integral.

Fairclough (2001) analisou o lugar da linguagem e a construção de sentidos nas relações sociais, discutindo como as práticas discursivas afetam sujeitos e suas identidades, mediam suas relações sociais e configuram sistemas de conhecimento e crença. Esse tipo de abordagem é útil para refletir sobre a relação entre médico e paciente, estabelecida em bases de poder e domínio do médico na interlocução com o paciente. Como será apresentado posteriormente, Fairclough discute que este poder se legitimou historicamente através de sua articulação com o conhecimento biomédico que modela o olhar do médico para o mundo, e justifica a adoção de linguagem própria codificada por este saber (FOUCAULT, 1980).

O distanciamento entre médico e paciente (mediado pela linguagem) restringe a compreensão do “outro” como sujeito no processo de adoecimento, limitando o encontro à busca de elementos oriundos dos estudos da anátomo-patologia úteis para o diagnóstico e tratamento das lesões (CAMARGO JR., 1997; 2003; 2013).

Na prática médica tradicional predomina uma comunicação de caráter informativo e normativo que não prioriza o diálogo ou compreensão do paciente sobre o processo saúde-doença construída a partir de suas vivências, nem sua expectativa a respeito do cuidado de que precisa (AYRES, 2011). Por outro lado, a centralidade da pessoa na medicina homeopática favorece o resgate da dimensão cuidadora na ação terapêutica, valorizando a subjetividade de cada sujeito. Sua racionalidade demanda recursos discursivos no processo semiótico-terapêutico, como será aprofundado a seguir, que permitam compreender nuances da linguagem com que cada paciente representa seu sofrimento, considerando a relação mente-corpo-medicamento-meio (ROSENBAUM, 2006).

O presente estudo se alinha àqueles que buscaram agregar visibilidade à prática da Homeopatia e ampliar suas possibilidades de análise, como a pesquisa realizada por Estrela, Pinheiro & Biolchini (2010) que investigou três diferentes tipos de atendimento homeopático em serviços públicos, nos níveis terciário (Rio de Janeiro), secundário (Juiz de Fora) e primário (Volta Redonda). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com três pacientes de cada campo e seus respectivos homeopatas com ênfase na resposta terapêutica referida pelos pacientes atendidos em serviço público de saúde ao tratamento homeopático. Uma das conclusões do estudo ressalta o aspecto pedagógico do tratamento homeopático – os pacientes ao longo do tratamento teriam aprendido a cuidar de si, o que foi verificado através da reestruturação de formas de lidar com a vida propiciada pela auto-observação reflexiva que se estabeleceu ao longo das consultas.

Outra pesquisa, realizada com 61 pacientes em um ambulatório universitário público, analisou a efetividade do tratamento homeopático visando a dimensão integral do cuidado. Seus resultados indicam melhora na qualidade de vida e alívio de queixas clínicas de natureza subjetiva (considerando sensação de bem-estar, sono, estado cognitivo e memória, vida sexual, sensação de felicidade) assim como mudanças da atitude vital dos pacientes tratados pela medicina homeopática (ESTRELA, 2011).

Em consonância, pesquisa realizada por Salles e Ayres (2013) investigou a potencialidade da consulta homeopática em produzir interações subjetivas emancipadoras entre médicos e pacientes. Os resultados sugerem que a abordagem homeopática tem qualidades que impactam positivamente os pacientes ao incentivar uma discursividade mais

livre, não limitada pela necessidade de prover elementos necessários ao diagnóstico morfofuncional.

Partindo das premissas que as práticas e atitudes médicas se expressam e são mediadas pela comunicação e que a consulta homeopática ao priorizar o contexto considerando as narrativas do processo de adoecimento do indivíduo, apresenta características específicas à sua abordagem, capazes de resgatar a dimensão do cuidado na ação terapêutica e propiciar a construção de novos sentidos para o processo saúde-doença-cuidado, assim como maior satisfação com o tratamento (CAMPELLO, 2001), buscamos responder a questão: como a racionalidade que informa a prática da homeopatia se expressa na comunicação entre médico e paciente?

O discurso é uma forma de prática social, podendo ser compreendido como o particular modo de representar os fenômenos sociais, contribuindo para a criação, manutenção e transformação das significações (produção de sentidos) de mundo. As relações existentes entre língua e sociedade mediadas pelo discurso, contribuem para a construção de identidades sociais, sistemas de conhecimento e crenças. Ao explicar essas relações, Fairclough (2001) assume posição dialética, afirmando que o uso da linguagem contribui para a reprodução e/ou transformação da sociedade e da cultura, incluindo as relações de poder, e ao constituir as práticas sociais, o discurso é também por sua vez, constituído por elas.

Os processos de produção e interpretação do discurso são restringidos pelas estruturas e práticas sociais em que este se insere. Nessa perspectiva, Fairclough (2001) institui o contexto da situação como um dos aspectos sociocognitivos da produção e interpretação, afirmando que a produção da linguagem como prática social, não só reproduz as práticas sociais, mas também transforma essas práticas. O enunciado assume, portanto, poder legitimante e (r)evolucionário.

A consulta médica é de grande importância na vida dos pacientes. É através dela que será avaliada a saúde, diagnosticada ou não a doença, para que sobre ela sejam feitas intervenções cabíveis. Neste contexto, a consulta médica de primeira vez assume um valor ainda maior. Este primeiro encontro é depositário de expectativas e, frequentemente, acompanhado de ansiedade, sobre a pessoa do médico, suas avaliações e deliberações.

Cohen-Cole (1991) elenca como tarefas básicas na primeira entrevista: estabelecer uma relação interpessoal, realizar uma série de procedimentos para estabelecer um diagnóstico, propor um plano educativo e terapêutico. Estas são tarefas complexas, mediadas pela anamnese (inquérito biopatográfico + exame físico), influenciadas pelos contextos que

conferem ao médico estatuto de autoridade e saber, e ao paciente, o papel de sujeito que está (sob) sendo cuidado.

Cecilio (2001) refere que por trás da demanda de consulta médica podem se esconder diversas necessidades de saúde, como por exemplo, a busca de soluções para conflitos familiares, precariedade de condições de vida, entre outros. O não atendimento a esses sintomas psicossociais que constituem grande parte da demanda de atenção médica nos serviços pelos profissionais de saúde que atendem pelo modelo biomédico (CAMARGO JR., 1992; LUZ, 1997), precariza a relação médico-paciente.

Segundo Clavreul (1978, p. 32), “a medicina é a imagem mesma que a sociedade quer dar-se de si própria”, sendo o médico representante de sua ideologia social. O escopo desta investigação privilegiou as características informadas pela racionalidade homeopática que permitissem problematizar o contexto contemporâneo de atenção à saúde que

[...] apaga a posição do enunciador do discurso, que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado, mascarado pela própria objetividade científica, substituindo a relação médico-paciente pela relação “instituição-médico-paciente (CLAVREUL, 1978, p. 49-50).

Fairclough (2001) chamará atenção em seus estudos do discurso que o poder é exercido por coerção, consentimento, ou por ambos em proporções variáveis, sendo a ideologia o principal meio de fabricação do consentimento. Ressaltará que a assimetria das relações de poder é reforçada pela crença generalizada de que todos que vivem em uma sociedade democrática têm análoga liberdade de expressão.

Bakhtin (1981) acredita ser o diálogo uma interação biopsicosocial entre indivíduos que se influenciam mutuamente através da linguagem e parte do pressuposto de que é na relação com um outro, que o indivíduo se constitui enquanto ser histórico e social. Esse diálogo, nem sempre simétrico e harmonioso entre os diferentes discursos que configuram uma comunidade, cultura ou sociedade se entrecruzam, se completam, respondem uns aos outros, discordam entre si, através dos posicionamentos ideológicos semelhantes ou contraditórios na trama tecida pelas múltiplas vozes das relações do Eu com o Outro.

O “dialogismo” bakhtiniano destaca, portanto, a natureza contextual da interação e o aspecto sociocultural dos contextos, sublinhando a existência de uma interação permanente entre os participantes do diálogo e a interdependência entre discurso e contexto. Este modelo de interação permearia o que Fairclough (2001) chamou de “entrevista médica alternativa”. As práticas discursivas apreendidas na interlocução entre o médico e seu paciente no cenário

da consulta constituíram, portanto, o contexto interpretativo essencial para a aproximação aos modos de produção de sentido da prática homeopática.

Por nossa ênfase na análise das bases de uma relação médico-paciente supostamente menos hierarquizada, de centralidade na pessoa, que avance na direção da construção da integralidade no cuidado, buscamos evidências nos dados que desconfirmassem a premissa que as práticas comunicacionais estabelecidas na consulta homeopática são mais dialógicas e potencialmente menos medicalizantes que aquelas que se estabelecem na consulta tradicional.

Ao falar de produção de sentido estaremos privilegiando a vertente de estudos sobre o conhecimento na perspectiva interacional, focalizando as práticas sociais desenvolvidas em micro-contextos na elaboração de versões compartilhadas de identidades sociais. Seguindo esta linha de argumentação, conhecer será dar sentido ao mundo, o que implica no posicionamento do eu e, conseqüentemente, na negociação continuada de identidades sociais. Esta linha articula essencialmente três aspectos distintos (SPINK, 1990, p. 151-152):

1) Dar sentido é uma atividade cognitiva que se utiliza de conexões neurais desenvolvidas pela experiência no enquadre das contingências do contexto cultural e social. Posicionar-se, nesta ótica, implica, portanto, considerar as múltiplas narrativas com as quais entramos em contato e que se articulam em nossas práticas discursivas.

2) Dar sentido ao mundo implica em posicionar-se em uma rede de relações e pertence, assim, à ordem da intersubjetividade. Implica em trazer para o cenário a microescala da interação social onde, como aponta Varela (1991) se torna possível a ruptura entre o instituído e o instituinte que possibilita a atividade criativa e a construção de novos sentidos.

3) Dar sentido implica, ainda, posicionar-se no fluxo dos acontecimentos, estabelecendo suficiente coerência e continuidade de modo a reconhecer-se como sujeito histórico (ou sujeito que tem uma história) em um mundo caracterizado pela polissemia. Nesta perspectiva, esta atividade de dar sentido está associada à construção de narrativas que cria elos (sempre passíveis de resignificação) entre eventos vividos e sentidos.

Ao narrar suas vivências, as pessoas ordenam temporalmente o vivido, articulando e agregando sentido aos elementos fragmentados do que lhes acontece, ao mundo, e as suas relações com outros. Espelham uma realidade pré-existente a prática discursiva ao mesmo tempo em que se tornam reflexos e reflexões das experiências.

Smith & Sparkes (2008, p. 19) identificaram “cinco perspectivas sobre a construção narrativa da subjetividade”. Em todas reconhecem a conexão entre a experiência dos sujeitos e os contextos sociais, culturais, históricos e políticos, porém com um gradiente de densidade da ênfase no sujeito e/ou nos contextos:

- 1) Perspectiva *psicossocial*, com foco privilegiado no “indivíduo e sua interioridade” (p. 20), tende analisar as narrativas com ênfase sobre o impacto da doença na biografia pessoal do doente e seu modo de internalizá-la;
- 2) Perspectiva *intersubjetiva*, que tende avançar na exploração do âmbito interpessoal das narrativas, considerando os sistemas de crenças e representações da sociedade que orientam as histórias e repertórios dos narradores, postulando uma “interdependência intersubjetiva” (p. 22).

As três perspectivas seguintes enfatizam especialmente a dimensão social da construção da identidade, ampliando o foco da análise em nuances do contexto. Incluem a perspectiva dos *recursos historiados*, a perspectiva *dialógica*, e a perspectiva *performativa*. Nossa abordagem metodológica aproximar-se-á das perspectivas psicossocial e intersubjetiva, que reconhecem como as subjetividades narrativas estão manifestas em relações sociais.

A hermenêutica, através do conceito de experiência, indica que a compreensão não está na consciência, mas no “acontecer da situação” em vivência compartilhada, estabelecida como diálogo. “A consciência de si já é sempre consciência de ‘ser com’, de já estar posto e relacionado com outra realidade. Nesse sentido, o dado primeiro é a relação, revestida da forma da linguagem.” (RUEDELL, 2000, p. 37). Para interpenetrar diálogos, “é preciso sacar de si cada vez o que pensa, pondo-o diante de si mesmo como autoexpressão de seu íntimo.” (GADAMER, 2008, p. 546), permitindo que nossos próprios entendimentos e crenças mobilizem e sejam mobilizados. Ao contrário do conhecimento científico que se impõe como legítimo, a fim de chegar a um entendimento capaz de construir novos sentidos, é preciso funcionar em parceria. Requer ouvir, bem como falar, e pode vir a exigir que se redefinam conceitos assim como os objetivos da relação (TAYLOR, 2002).

Através da análise de conteúdo (BARDIN, 1977) foram buscados indícios que permitissem inferir como componentes de intersubjetividade se expressam na relação médico-paciente e pudessem contribuir para a produção de sentidos voltada a atenção integral à saúde.

Objetivamos assim, caracterizar a comunicação médico-paciente à luz da concepção de saúde-doença-cuidado que informa a prática homeopática, e especificamente descrever a aplicação da filosofia homeopática na prática clínica; analisar a introdução e desenvolvimento de temas na consulta homeopática que extrapolam a análise do fenômeno saúde-doença

baseada no conhecimento biomédico e problematizar a potencial contribuição da Homeopatia para a construção da atenção integral e garantia do direito à saúde.

No primeiro capítulo, Racionalidades Biomédica e Homeopática, será abordado o modelo racional homeopático em suas peculiaridades, aproximações e distanciamentos do modelo biomédico, hegemônico, com ênfase na relação médico-paciente erigida no espaço dialógico das narrativas dos pacientes. No capítulo seguinte, Comunicação e Homeopatia, argumentamos que essa modalidade de “escuta do sujeito” não se esgota no procedimento de natureza técnica e se revela através do interesse e disponibilidade interna para "o outro", o que demanda habilidades específicas.

Dando continuidade, serão apresentadas as opções metodológicas da investigação, que foi realizada no Ambulatório Escola Professor Kamil Curi através da gravação de consultas homeopáticas de primeira vez. Encontramos em Spink (1990), Fairclough (2001) e Smith & Sparkes (2008) referenciais analíticos que apoiaram inferências sobre como a relação médico-paciente no modelo racional homeopático se inscreve (e diferencia) no cenário das práticas de saúde da contemporaneidade. Na sequência apresentamos os resultados da análise acompanhados das respectivas discussões. Por fim, tecemos considerações sobre como o conhecimento e emprego dessa racionalidade pode contribuir para na prática com os princípios do SUS, em resolutividade, integralidade, e uso racional de recursos, refletindo sobre a importância de ampliação do conhecimento desta racionalidade e sua incorporação (por direito e de fato) nos diferentes níveis de atenção do SUS, destacando o papel da comunicação nas práticas de saúde para que se avance em uma perspectiva mais dialógica e cuidadora para as pessoas.

O doente quis ajudar o diagnóstico,
Contou coisas antigas, íntimas, minuciosas.
O médico sacudia a cabeça, um pouco distraído.
O doente voltou a contar.
Pôs uma vírgula que faltava.
Tirou lá de um canto da memória um pormenor que ficara na sombra.
O médico sacudia a cabeça.
No seu dedo, a esmeralda resplandecia.
Do tamanho de um grão de milho.
E luminosa como um domingo ao ar livre.
O doente acabara a narrativa.
A confissão.
Era um doente bem intencionado.
Um homem de consciência.
O médico levantou-se, e disse:
"Muito bem. Aqui o aparelho é que vai falar a verdade".
E começou a copiar os sinais que a máquina ditava.
A máquina sabia mais que o doente.
A máquina sabia mais que o médico.
A máquina sabia mais que a vida.
A máquina sabia mais que Deus.

O Consultório
Cecília Meireles

1 RACIONALIDADES BIOMÉDICA E HOMEOPÁTICA: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS

Evitar cuidadosamente precipitação e prevenção; dividir cada uma das dificuldades a abordar no maior número possível de partes necessárias para melhor as resolver; conduzir por ordem os pensamentos, dos objetos mais simples e mais fáceis de conhecer gradualmente, até ao conhecimento dos mais compostos; fazer de cada parte enumerações tão completas e revisões tão gerais, para a certeza de nada omitir. [...] Não existem métodos fáceis para resolver problemas difíceis[...].Daria tudo que sei pela metade do que ignoro.

Descartes, 1596-1650

A categoria “racionalidade médica” é um operador conceitual que permite analisar sistemas médicos que atuam conjunta ou paralelamente no contexto globalizado da sociedade contemporânea. Uma “racionalidade médica” constitui-se de

[...] um conjunto de práticas e saberes; construto lógico e empiricamente estruturado, em cinco dimensões – morfológica (anatomia), dinâmica (fisiologia), diagnóstica, terapêutica e doutrinária (explicações sobre o adoecimento e “cura”), embasadas em uma cosmologia (concepções simbólicas e suas representações face ao processo saúde/adoecimento), pretendendo constituir-se em proposições verificáveis de acordo com os procedimentos/intervenções da racionalidade científica vigente face ao adoecimento humano (LUZ, 2012, p. 27).

A racionalidade científica orienta-se para produzir verdades, ainda que sejam mutáveis, pois suas bases teórico-metodológicas são passíveis de superação. Evolui com crises periódicas solucionadas pela emergência de novos paradigmas, conjunto de saberes compartilhados por uma comunidade científica e que orientam suas atividades (LUZ, 1988). Segundo Carvalho e Luz (2009, p. 317), “paradigmas de pensamento orientam as práticas na ação concreta, na vivência dos participantes e nas relações existentes no desenrolar do processo de observação, interpretação e análise das práticas”. Os autores destacam dois paradigmas na atualidade: o paradigma biomecânico, representado pela biomedicina e o paradigma vitalista, que no escopo desta pesquisa é representado pela homeopatia, embora agregue outras práticas denominadas Medicinas Alternativas Complementares (MAC).

O paradigma biomédico confere valor à ciência experimental e à biomedicina, e vincula-se a racionalidade da mecânica clássica. Dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, subordinadas a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos. A abordagem destes mecanismos pressupõe o

isolamento de seus componentes, entendendo que o funcionamento do todo é dado pela soma de suas partes. “É uma medicina do corpo, das lesões e das doenças”. (CAMARGO JR., 2012, p. 55). De caráter generalizante, mecanicista e analítico, sua doutrina médica presume que as doenças são objetos traduzíveis pela existência de lesões decorrentes de uma causa ou causas múltiplas, contrapondo normalidade e patologia. Seu sistema diagnóstico é fragmentário, dirigido a identificar doenças orgânicas, enquanto a terapêutica visa reverter lesões operando com a cisão natureza e cultura, objeto e sujeito, corpo e mente (ENGEL, 1977; LUZ, 2012; CAMARGO JR., 2012).

Ao discorrer sobre os fundamentos da racionalidade médica na história científica moderna, Luz (1988) observa um deslocamento epistemológico e clínico da medicina de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças:

A medicina instaurar-se-á como um discurso sobre objetividades, discurso que institui a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos. Por outro lado, excluirá como questões positivamente tematizáveis a vida, a saúde, a cura. A saúde passará a ser vista não como afirmação da vida, mas como ausência de uma patologia. A “cura” será substituída pela cessação de sintomas, sobretudo dos sintomas principais, ou “chaves” de uma doença. (LUZ, 1988, p. 91-92).

Camargo Jr. (2013) aponta para o papel condicionante que as teorias correntes acerca do processo saúde-doença no modo como o médico traduz o sofrimento que seus pacientes apresentam, supervalorizando os aspectos objetiváveis. “O médico aprende a ver seus futuros pacientes como meros veículos para as doenças, sendo estas tidas como o real objeto de sua prática” (CAMARGO JR., 2013, p. 192).

O modelo biomédico vinculado a um “imaginário científico” correspondente à racionalidade da mecânica clássica, opera seguindo o modelo de isolamento das partes para posterior reintegração em seus mecanismos originais, cuja cognição dividida entre “normal” e “patológico” (CANGUILHEM, 2009), resulta numa construção teórica de intervenção dicotomizada - a doença por um lado, a cura por outro (CAMARGO JR., 2005).

Camargo Jr. (2013) propõe que essa dissociação se deve à existência de um paradigma clínico-epidemiológico, que condiciona a percepção do médico ao modelo da teoria das doenças que atrelado a uma construção teórica de categorias nosológicas, se estrutura a partir dos modelos de cientificidade oriundos do desenvolvimento da Física clássica (mecanicismo, causalidade linear).

Ao privilegiar a esfera biológica da estrutura física e, ao mesmo tempo, rejeitar a compreensão de que o indivíduo possui outras dimensões, como a social, a ambiental, a

simbólica, que também influenciam o estado individual de saúde (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000), o modelo biomédico abstrai do conhecimento da totalidade, e secundariza o contexto sociocultural que compõe a vida do indivíduo doente.

Apesar de tal concepção ter favorecido e continuar a propiciar inúmeros avanços no campo do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica, o que contribui para a hegemonia da biomedicina entre as racionalidades nas práticas da saúde, resultou numa prática médica de “objetificação” do doente, (que conduz a desvalorização da subjetividade do paciente e do próprio médico), balizada em exames complementares, e que colabora para a farmacologização e medicalização da sociedade.

O projeto terapêutico, produzido pela medicina tecnológica, centrado no médico, é expressão de uma somatória de atos fragmentados. Reduz a dimensão cuidadora na relação médico e paciente, que centrada na produção de procedimentos, desloca o vínculo terapêutico, para um exame, um diagnóstico, uma prescrição. Cinde a relação dialética subjetivo-objetivo, constitutiva do sujeito, excluindo do escopo de seu discurso os objetos precípuos da medicina – sofrimento, saúde, homem, vida, cura – e o justifica alegando a necessidade de um distanciamento crítico para o juízo diagnóstico, eufemismo de neutralidade (CAMARGO JR. 2003). Resulta que a objetivação do saber fazer médico empobrece a consulta em seu caráter de acolhimento e cuidado (MEHRY, 2000).

As racionalidades da Homeopatia e Biomedicina informam saberes distintos, e desenvolvem abordagens próprias para o enfrentamento do adoecimento (quadro 1), originando doutrinas médicas díspares quanto à concepção do processo saúde-doença.

O sistema homeopático introduzido por Hahnemann (1755-1843) apresenta uma concepção de organismo, saúde, doença e terapêutica oposta à biomedicina. Esta última, sob influência descartiana, recusa a sensibilidade, a intuição e as emoções como meios legítimos de obtenção de conhecimento. Sem pretender renunciar aos rigores metodológicos da experimentação e verificação na produção de conhecimentos, observa-se na obra de Hahnemann, que os objetos da medicina, a vida e a saúde, são o centro de sua abordagem não apenas de recuperação, mas também de preservação (LUZ, 1996).

Pontos de paralelismo e convergências podem ser observados nas dimensões tanto da diagnose quanto da terapêutica. Segundo Luz (2012, p. 43):

Talvez se possa afirmar que é nos sistemas diagnóstico e terapêutico das racionalidades que tende a haver maior concordância e **complementariedade ou, pelo menos, menor grau de conflito e exclusão** [grifo nosso] entre as racionalidades médicas. Isso não nos autoriza a afirmar que no plano da prática, do agir clínico, as diferenças se desfazem, mas **é evidente que a superação de**

contradições entre os sistemas passa muito mais pela arte da cura [grifo nosso] do que pela ciência da doença (ou do adoecer humano).

Segundo Carvalho e Luz (2009) nas atividades concretas de saúde não há fronteira entre esses dois paradigmas, eles se entrelaçam de tal modo que os elementos neles presentes são intercambiáveis, embora assumam significados distintos quando deslocados de uma prática pra outra. Uma cultura complexa, como a contemporânea, propicia formas híbridas. Biomedicina e Homeopatia têm em comum o mesmo objetivo, restabelecer a saúde. Poderia uma cosmologia integradora do homem (concepção ampliada da saúde), que conduza a uma abordagem terapêutica exitosa e bem sucedida, para além da mera justaposição de discursos destas racionalidades, na teoria e na prática, com ciência e arte, vir a ser alcançada?

1.1 O modelo racional homeopático: o vitalismo mediado pela palavra

No estado de saúde, a força vital que dinamicamente anima o corpo material, [...] mantém todas as suas partes em admirável atividade harmônica, nas suas sensações e funções, de maneira que o espírito dotado de razão, que reside em nós, pode livremente dispor desse instrumento vivo e são para atender os mais altos fins de nossa existência.

Hahnemann (1755-1843)

A Homeopatia fundamentada em 1796 pelo médico Samuel Hahnemann, com base nos princípios doutrinários da similitude, experiência no homem são (patogenesias), uso de doses ultradiluídas e dinamizadas e prescrição de medicamento “personalizado”, se propõe a entender e tratar o binômio doente-doença. A nosologia neste modelo alinha-se ao conceito de saúde (OMS, 1948) – bem-estar físico, mental e social (e não a simples ausência de doença) que capacita ao indivíduo realizar suas aspirações/necessidades e estabelecer mudanças para adaptar-se ao ambiente em que está inserido.

Posicionando-se contra os limites impostos pela concepção organicista, a noção de uma força imaterial, incorpórea, que anima a existência da vida sobressai na doutrina homeopática:

A afecção do dinamismo [força vital] que anima nosso corpo no interior invisível [...] como os sintomas exteriormente observáveis e que representam o mal existente, constituem um todo, um e o mesmo. O organismo, [...] instrumento material da

vida, é inconcebível sem a animação que lhe é dada pelo dinamismo instintivamente perceptivo e regularizador, tanto quanto a força vital não é concebível sem o organismo. Consequentemente, os dois juntos constituem uma unidade; embora em pensamento, nossas mentes separem essa unidade em dois conceitos distintos para mais fácil compreensão (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 15, p. 10).

O paradigma vitalista em que se insere a homeopatia vincula-se ao vitalismo da Escola de Montpellier.⁴ Lida com valores ligados à saúde, e com representações positivas de equilíbrio e harmonia do indivíduo como um “todo”.

O que constitui a essência mesmo do vitalismo é considerar a vida como força autônoma que não é e não será jamais redutível às forças físico-químicas, por mais que esteja misturada a estas [...]. A vida é uma força que não saíria da virtualidade sem a matéria que lhe dá ocasião de se manifestar; é um princípio não um resultado; antecede aos órgãos e lhes concede propriedades [...] e faz com que mil atividades orgânicas e celulares estejam submetidas, de maneira inconsciente mas real, a um plano preestabelecido, onde trabalham com um objetivo comum (FONSSAGRIVES, 1875, p. xxv apud SAYD, 2011, p. 108).

O conceito do processo saúde-doença evoluiu do foco principal nas doenças e morte (aproximações negativas) para concepções mais vinculadas à produção social de saúde e qualidade de vida da população (aproximação positiva). Saúde é multifatorial, resultado de um processo de produção social expresso na qualidade de vida de uma população atrelada a condições de alimentação, habitação, relações, meio ambiente, trabalho, lazer, e acesso aos serviços de saúde e educação (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Consonante Mendes (1999), a racionalidade homeopática apreende saúde como um recurso para vida. Condição necessária aos seres humanos para um “viver desimpedido”, contribuindo para o “agir a vida” na direção de seus fins. O que já era considerado por Hahnemann:

Ao investigar-se o estado de uma doença crônica, cumpre considerar muito bem as circunstâncias peculiares do doente quanto suas ocupações habituais, modos de vida, dieta, situação doméstica, etc. Tais circunstâncias devem ser ponderadas para saber o que há nelas que seja capaz de ocasionar (causalidade ocasional) ou manter (causalidade de manutenção) a doença de modo que ao removê-las possamos promover a saúde (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 94, p. 70).

⁴ A literatura especializada tende a identificar Montpellier, na França (segunda metade do século XVIII), como um dos principais centros de emergência da abordagem das ciências da vida, conhecida posteriormente como vitalismo. Duas noções a caracterizam: a de organização – relações entre partes orgânicas individuais que formam um todo harmônico – e a de animação da vida, não explicável por meio de conceitos, métodos e leis da matéria bruta, mas sim por intermédio de forças ou princípios singulares à vida. Estas noções acentuam a singularidade do paciente. (WAISSE; AMARAL; ALFONSO-GOLDFARB, 2011).

A doença ocorreria pela perturbação dessa força vital imaterial que anima o corpo físico, decorrente de influências dinâmicas nocivas, se manifestando num conjunto de perturbações de sensações e funções orgânicas, que por sua vez expressam o esforço reacional do indivíduo para recuperar seu equilíbrio.

A doença natural nunca deve ser considerada como matéria nociva situada em algum ponto interno ou externo do Homem, mas como perturbações em sua existência, que torturam o princípio vital, compelindo-o a produzir certos sofrimentos e desarranjos no seu curso vital, esses então, conhecidos como sintomas (doença). Se a influência deste agente nocivo que não apenas causou, mas continua causando este desarranjo, for removida através do uso de um medicamento homeopático que o exceda em energia mesmo nas doses mais mínimas, [...] a saúde, o restabelecimento, seguem-se em transições imperceptíveis e frequentemente rápidas. O princípio vital é outra vez libertado e capaz de continuar a vida com vigor. (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 148, p. 97).

Na Homeopatia, a fisiopatologia das doenças é um elemento de apoio para a compreensão da dinâmica vital dos pacientes, mas não é tomada isoladamente ou como única guia da diagnose ou terapêutica. Hahnemann asseverará: “as forças inimigas, em parte psíquicas, em parte físicas, a que está exposta nossa existência terrena, não possuem o poder de afetar morbidamente de forma incondicionalmente a saúde, fazendo adoecer somente o organismo disposto” (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 31, p. 19). Atingido pelos diversos agentes morbíficos, o organismo predisposto ou suscetível reagiria (reação vital) sendo as manifestações proporcionais à predisposição ou suscetibilidade individual (desequilíbrio vital) gerando indisposições passageiras ou doenças crônicas.

Reconhecer dimensões do humano que não se restrinjam à somática é intrínseco à racionalidade homeopática, exigindo do médico homeopata uma compreensão do sofrer existencial humano em suas vicissitudes e idiosincrasias (ROSENBAUM, 2006). Dentre a totalidade dos sintomas valoriza os que decorrem do estado emocional e psíquico, segundo a concepção de que “em todas as doenças físicas, a disposição psíquica e mental deve concorrer no conjunto característico dos sintomas” (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 210, p. 125) se quisermos traçar um quadro fidedigno da doença que conduza a uma diagnose exitosa e possibilite um tratamento homeopático de sucesso prático. Para tanto:

O correto é escutar a descrição feita pelo doente sobre seus sofrimentos e sensações, levando em conta especialmente as expressões com que ele tenta retratar seu padecimento. É certo também que, em todas as doenças, particularmente nas crônicas, a investigação completa e precisa do quadro, bem como de suas particularidades requer: cuidado especial, ponderação, conhecimento da natureza humana, prudência na indagação e elevado grau de paciência (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 98, p. 72).

A narrativa dos sintomas e da própria biografia do paciente assume importância na teoria que embasa filosoficamente a racionalidade homeopática e orienta sua prática. Seu praticante ouve o paciente, acolhe suas “vivências”, interpreta biografias, na busca por caminhos de tratamento mais eficientes. Procura identificar a que é suscetível o indivíduo, qual o código que lhe é próprio, peculiar (ROSENBAUM, 2004).

Conjecturando que tanto as patogenesias⁵ (experimentações no homem “são”), como os acompanhamentos terapêuticos são monitorados como resultados experimentais avaliados por meio da linguagem, particularmente por meio das narrativas, “a homeopatia como medicina do sujeito realiza-se como uma prática terapêutica baseada em um vitalismo mediado pelas palavras” (ROSENBAUM, 2006, p. 45), dependente de uma totalidade compreensiva singularizada, acessível através do relato “retratado” pelos pacientes.

Considerando que para a medicina, o estado normal do corpo é o que se deseja restabelecer, seria este um fim a ser atingido pela terapêutica ou ele é almejado, por ser de interesse do maior implicado – o indivíduo doente? (CANGUILHEM, 1995, p. 95-97).

No campo da saúde, avançam o poder de diagnose e ampliam-se as possibilidades de intervenção terapêutica em eficácia e segurança, colaborando com melhor prognóstico, qualidade e expectativa de vida dos pacientes. No entanto, a desatenção aos aspectos psicossociais do adoecimento limitam ações de assistência à saúde sensíveis às necessidades das pessoas (AYRES, 2011).

Vários autores observam como o abuso no uso da tecnologia científica restringe a arte na Medicina contemporânea (CLAVREUL, 1983; MEHRY, 2000; CAMARGO JR., 2003; AYRES, 2011). Exames complementares são reificados como se pudessem por si só levar ao diagnóstico, prescindindo do exame clínico, da anamnese, da observação do comportamento do doente e do estabelecimento de uma relação de confiança. No famoso livro *O Normal e o Patológico*, Canguilhem analisa a prática clínica, a qual afirma:

[...] não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente; a clínica é inseparável da terapêutica, e a terapêutica é uma técnica de instauração e restauração do normal, cujo fim escapa à jurisdição do saber objetivo. Não entender isto pode levar à grave confusão do ponto de vista filosófico e, mais perigosamente, do ponto de vista terapêutico (CANGUILHEM, 1995, p. 185).

⁵ Administração experimental de um insumo, diluído e dinamizado, em indivíduos “sadios” objetivando desencadear alterações orgânicas (sensações e funções). O conjunto de sintomas apresentados pelos experimentadores sensíveis às substâncias equivale a uma “doença artificial” ou “doença experimental”. Compilados e registrados na Matéria Médica Homeopática, os sintomas advindos da “experimentação patogenética” são os guias na busca da totalidade sintomática para a escolha do medicamento “*simillimum*”.

Mehry (2000), em seu ensaio sobre o trabalho médico e as relações com o capital financeiro e o cuidado, introduz um conceito de tecnologia em saúde que de acordo com as ferramentas utilizadas, pode ser dividido em três valises tecnológicas⁶: duras, leves-duras e leves. As valises tecnológicas “duras” representam equipamentos, medicamentos e produtos que o autor vincula à mão do profissional. As “leves-duras” compreendem o conhecimento técnico e estão relacionadas à sua cabeça (cognição). As tecnologias “leves” se constituem pelas relações estabelecidas entre o médico e o paciente, e se materializam no ato profissional do cuidado.

Ao alinhar às suas práticas a subjetividade, a racionalidade homeopática aproxima-se do pensamento antropológico, tendo na valise das tecnologias leves, seu principal recurso instrumental. O modelo homeopático busca compreender a dimensão vivencial e o sofrimento da pessoa, incorporando realidade social e experiência individual, no encontro entre médico e paciente. Para o homeopata, o sujeito não é apenas o destinatário dos benefícios da terapêutica, é ativo partícipe da construção do diagnóstico e da estratégia terapêutica. Assim argumenta o médico homeopata Rosenbaum (2005) ao ser indagado sobre o que há de poético na medicina, em entrevista concedida a Rodrigo de Souza Leão e publicada no *Jornal de Poesia*:

A arte médica é ofício semiartesanal, no qual o médico aplica uma ou várias técnicas científicas (como, por exemplo, a anatomia, a biologia, a farmacologia). Claro que a potência da dimensão poética da medicina foi obnubilada pela adesão quase acrítica à fé tecnológica. [...] O vitalismo resiste dentro da medicina apontando para uma retórica não mecanicista e antirreducionista. Nele, sintomas não tem valor peremptório e unívoco. O foco recai menos na patologia e muito mais na peculiar relação que o sujeito desenvolve com sua doença. [...] Cada homem tem um modo peculiar de estar são e de adoecer.

Buscar o entendimento do ser que sofre através de sua expressão do sofrer, compreender para significar e ressignificar este sofrer expresso em adoecer, é a tarefa em ato do médico homeopata.

⁶ Valise tecnológica é um termo utilizado pelo autor como metáfora à maleta de trabalho do médico, remetendo ao que está ao alcance de suas possibilidades para intervir junto ao paciente.

Quadro 1 – Algumas distinções entre a racionalidade homeopática e racionalidade biomédica

	HOMEOPATIA	BIOMEDICINA
RACIONALIDADE	Fundamentação empírico-experimental - indutiva., associada a uma compreensão vitalista, que supõe as conexões e relações entre as partes, dinâmica e ininterruptamente.	Imaginário científico derivado da mecânica clássica; pressupõe que o funcionamento do todo é dado pela soma das partes.
PARADIGMA	Vitalista. O Sujeito é o centro de cuidados à saúde. Inclui a subjetividade relacionando o adoecimento a uma variedade de causas, entre elas as relações sociais que o indivíduo estabelece, suas representações simbólicas e inserção na cultura.	Clínico-epidemiológico. O corpo, suas lesões e doenças (órgãos, tecidos) como alvo/foco. Lógica causa/efeito:anatomopatológica/nosológica. Processo de objetivação da doença, com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades.
CULTURA	Adoecimento como a expressão de uma desarmonia da energia vital expressa pelas alterações perceptíveis das funções e sensações orgânicas, não restritas ao físico: adoecer significa uma busca de re-organização do sistema vivo como um todo.	Saúde é ausência de doenças, divisão operativa entre “normal e patológico”. Combate e erradicação de doenças. Fragmentação do corpo levando a “Especialização”. Medicalização/ Farmacologização/Sanitarização
PRÁTICA	Aborda a forma singular do sujeito sentir e reagir individualmente, nos seus aspectos físicos, gerais e mentais.	A cura (da lesão) como objetivo último. Desvalorização dos aspectos, como o social, o ambiental, o simbólico.
DIAGNOSE	Coleta e a hierarquização de sintomas objetivos e subjetivos, incluindo o acompanhamento da evolução clínico-dinâmica. Utiliza-se da anamnese, semiologia, exames físico e complementares com identificação do “digno de curar” através de análise comparada ao conhecimento das matérias médicas e a repertorização. Considera a subjetividade e faz uso de tecnologias preferencialmente leves.	Identificação da doença a partir da semiótica das lesões através da anamnese e exame físico orientados ao esclarecimento e discriminação das hipóteses “lesionais”. Doença e lesão estabelecem uma relação de co-dependência, uma necessita da outra para existir, sendo a construção das categorias diagnósticas é um empreendimento conjunto da Clínica e da Epidemiologia. Desconsidera a subjetividade e faz uso de tecnologias preferencialmente duras.

TERAPÊUTICA	<p>Busca acentuar a autonomia do indivíduo doente no que concerne à relação saúde/enfermidade e segue os pilares: princípio da semelhança com individualização do medicamento escolhido através da seleção de sintomas compatíveis aos verificados na experimentação patogenética,</p> <p>Busca favorecer um novo equilíbrio no agir a vida, resultando em bem-estar e autonomia para construção de seu íntimo projeto de felicidade.</p>	<p>Diretamente variável conforme a quantidade de entidades nosológicas. Predominantemente farmacológica e intervencionista.</p> <p>De acordo com sua resolutividade, a terapêutica poderá vir a ser sintomática, etiológica, suportiva ou paliativa, mas essencialmente medicamentosa.</p> <p>Eliminar a doença.</p>
--------------------	---	--

Fonte: A autora, 2015.

1.2 A consulta homeopática

“A consulta é a atividade central da medicina e, como tal, merece ser entendida” (SPENCE, 1960 apud PENDLETON, 2011, p. 14). A sequência de eventos que conduzem a uma consulta afeta seu desenrolar e conteúdo, com influências sobre médicos e pacientes. Segundo Pendleton (2003), neste ciclo do cuidado, o êxito de uma consulta se define mais por seus efeitos do que por seus processos. Uma consulta “cuidadosa” deve considerar os fatores que levaram o paciente a buscá-la, a história clínica do problema, a interpretação aos eventos conferida pelo paciente em sua subjetividade.

Conjunto de condições sensoriais, imaginativas, afetivas de caráter dinâmico e contínuo, a subjetividade ocorre pelo intercâmbio contínuo entre o interno e o externo, sendo construída nas relações estabelecidas pelo indivíduo com o mundo e com as outras pessoas. É resultado de processos relacionais contínuos de natureza biológica, histórica, psíquica, social, cultural, religiosa que imprimem no indivíduo singularidades, no campo da subjetividade não existe neutralidade nas relações humanas (SILVA, 2009).

Através da interação entre o individual – constituição física, biografia, heranças familiares e genéticas, culturais e de valores, desejos e atos – e o coletivo, aquilo que é compartilhado com outros seres humanos em um mesmo tempo – a linguagem, as necessidades básicas, os valores socioculturais – as subjetividades se (con)formam e expressam (SILVA, 2009). Nesse encontro que molda identidades, cada ser moldado, torna-se simultaneamente, agente de transformação do mundo externo, cenário onde expressa sua singularidade. “A individuação é trabalho que dura a história de uma vida e se dá de forma

reflexiva sobre a realidade objetiva da qual se faz parte; o eu se conhece/reconhece a partir dessa realidade construída por meio de relações” (RIOS, 2012, p. 63).

A atribuição de significado produzido, a partir das relações sociais, confere sentidos a essas. Este conteúdo sensível, subjetivado, traduz sua singularidade, na mediação entre o singular e o universal (SILVA, 2009).

Privilegiar o que singulariza cada paciente e acompanhar sua historicidade através das vicissitudes de sua vida é intenção da consulta homeopática, centralidade de sua semiótica. Para tal o médico homeopata deve capturar o conteúdo contextualizado da doença em rede de sintomas, sinais, sensações e percepções, e buscar sentidos distintos nos distintos sujeitos (ROSENBAUM, 2004). **Estar para o Outro, é experimentá-lo em Si.** Como orientado doutrinariamente:

A fim de perceber com precisão o que é para ser observado nos pacientes, devemos dirigir todo o nosso espírito para a matéria que temos em mãos, de certo modo sair de nós mesmos, e a ela incorporar-nos, por assim dizer, com todo nosso poder de concentração, de maneira que nada que esteja objetivamente presente, que tenha a ver com o assunto, e que possa ser avaliado pelos sentidos, nos possa escapar [...]. Esta capacidade de observar acuradamente nunca é uma faculdade completamente inata; ela deve ser adquirida pela prática, principalmente, pelo refinamento e pela ordenação das percepções dos sentidos, isto é, pelo exercício de uma crítica severa com respeito às impressões ligeiras que obtemos dos objetos externos, e ao mesmo tempo devem-se preservar a frieza, a serenidade, e a firmeza de julgamento necessárias, junto com uma suspeita permanente em relação às nossas próprias faculdades de apreensão (HAHNEMANN, 2006, p. 690).

“Anamnese”, palavra de origem grega, cujo significado é recordação, rememoração, evocação, reminiscência (fonte). Um dos recursos utilizados para alcançar ao diagnóstico, fundamental na construção da relação médico-paciente. Neste relato oral em que o paciente enuncia suas queixas e se submete a uma série de indagações médicas, a condução da escuta semiótica homeopática busca captar o “sintoma homeopático”. Empenha-se em modalizar, isto é, extrair qualidade e sentido das queixas enunciadas como duração, horário, intensidade, lateralidade, ritmo, periodicidade. Conhecer do sujeito as queixas em suas peculiaridades – o que as suscita, agrava ou atenua –, tanto no plano orgânico, como no sensorial e emocional, consideradas de importância diagnóstica, compiladas detalhadamente (LUZ, 2012).

Se a anamnese clássica remete à busca de um diagnóstico patológico através da exploração de sintomas físicos para terapeuticamente intervir, a anamnese homeopática valoriza também o inesperado, o singular, o que não se justifica etiopatogenicamente. Inclui o inventário de idiosincrasias a fim de compreender como a reatividade vital se comporta frente às diversas circunstâncias da vida. De acordo com Hahnemann (2007):

As chamadas idiossincrasias fazem parte de uma categoria de sintomas produzido em muito poucas pessoas. São constituições físicas particulares que, se por um lado são sadias, por outro possuem a predisposição para desenvolver estado mais ou menos mórbido desencadeado por certas causas que parecem não impressionar ou produzir mudanças na maioria das pessoas (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 117, p. 82).

Cumpramos ressaltar que sintomas modalizados não são apenas subjetivos, também o podem ser objetivos. Por exemplo, lesão escamativa pruriginosa em dobra de cotovelo direito que aparece quando o paciente se expõe ao sol e aos banhos de mar. É um sintoma objetivo “lesão escamativa pruriginosa em dobra de cotovelo”, mas a lateralidade direita e as circunstâncias do aparecimento o modalizam. Outro exemplo: febre elevada em quadro de escarlatina acompanhada de inquietação, com desejo de estar descoberto e sede intensa por limonada gelada. A febre é objetiva e está associada ao quadro clínico da doença, entretanto o comportamento apresentado e o particular desejo por limonada gelada individualizam o doente, o que informará a escolha medicamentosa.

O exame físico também deve ser atento e minucioso, contribuindo ao diagnóstico clínico (etiológico, nosológico e patológico). A morfologia seguida pela homeopatia baseia-se na anatomia clássica, porém, o ser humano é entendido através dos planos não somente estrutural, como também funcional e sensorial. Classifica o sujeito doente em funcional (somente manifestações sensoriais e/ou bioquímicas), lesional leve (alterações perceptíveis clinicamente em tecidos não vitais), lesional grave (alterações perceptíveis clinicamente em tecidos vitais) e incurável.

Outros sintomas importantes são os biopatográficos, que revelam as suscetibilidades pessoais, fatores deflagradores de adoecimentos. Por exemplo: uma jovem de 24 anos, procura atendimento queixando-se de dor de garganta intensa que impossibilita a deglutição, o exame ectoscópico confirma o quadro inflamatório agudo, e a anamnese revela que a dor começou de súbito após discussão com a mãe. Durante a coleta da história foi possível identificar que a jovem é incapaz de contrariar a mãe, e dar voz aos seus desejos e se cala, e toda vez que isto acontece, adocece com inflamações da garganta. Por ocasião deste atendimento, só naquele ano, já havia sido prescrito antibioticoterapia três vezes.

Cabe ao homeopata procurar identificar as correlações dos estados de ânimo e distúrbios de humor associados ao processo do adoecer e estado de manutenção do adoecimento. De acordo com Hahnemann (2007), estados emocionais estão na gênese de desequilíbrios da vitalidade:

Algumas doenças emocionais [...] estando o organismo ligeiramente indisposto, originam-se e se mantêm em virtude de causas emocionais, como desgosto prolongado, aborrecimento, ofensas e insultos, e a ocorrência frequente de grande medo e susto. [...] São as doenças emocionais que foram primeiramente engendradas e posteriormente mantidas pela alma, que enquanto forem ainda recentes, e antes de terem invadido gradualmente todo o corpo, podem mediante remédios psíquicos, como provas de confiança, conselhos amigos, recomendações sensatas [...] e com modo de vida apropriados, ser rapidamente transformadas em estado mental sadio (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 225-226, p. 131-132).

Ao orientar sobre a realização da anamnese homeopática, Hahnemann instrui sobre a realização deste "exame individualizador", enfatizando a importância do médico saber ouvir todas as queixas do paciente, observando e anotando atentamente tudo o que esteja fora do comum, a fim de que o conjunto de particularidades possa ser apreendido e utilizado na escolha do medicamento específico.

O doente se queixa do desenvolvimento de seus males; as pessoas que o rodeiam relatam suas queixas, seu comportamento e o que perceberam nele; o médico vê, ouve e observa com os demais sentidos o que há nele de alterado ou fora do comum. Escreve exatamente tudo o que o paciente e seus amigos lhe disseram, com as mesmas expressões por eles utilizadas. Se possível, permanece em silêncio deixando-os falar sem interrompê-los, a menos que se desviem para outros assuntos, pois cada interrupção perturba o encadeamento do pensamento do narrador, posteriormente não lhe ocorrendo de novo tudo exatamente como ele pretendia dizer a princípio. [...] (HAHNEMANN, 2007, parágrafos 84-85, p. 65-66).

A busca por particularidades torna a natureza deste encontro menos tecnológica e mais permeada de conteúdos subjetivos tanto do médico como do paciente o que aproxima a prática homeopática da medicina narrativa. Embasada no modelo biopsicossocial centrado no paciente, fornece os meios para compreender as conexões que se estabelecem entre médico e paciente, assim como a prática médica e os sentidos e reflexos do discurso médico no contexto social. Simultaneamente, a medicina narrativa oferece aos médicos meios para melhorar a eficácia do seu agir em ato com os pacientes, consigo mesmos, seus colegas e a sociedade (CHARON, 2001).

No cotidiano de atenção à saúde, as ideias de Hahnemann e Charon encontram terreno para dialogar (Apêndice A). Na expressão da doença, a revelação do doente (para o médico e para si próprio) é legitimada pela escuta atenta, empática, do outro. Na vitalidade da palavra falada, escrita, narrada, a saúde se inscreve na vida.

O relato oral acolhe a narrativa, concede oportunidade ao paciente de expor condições predisponentes e relativas ao adoecimento contextualizado em sua dinâmica de vida. Individualização e totalidade sintomática são fundamentais na escolha da sua terapêutica, independentemente do diagnóstico clínico em questão. Para diferentes indivíduos, que

apresentam a mesma doença (patologia), poderão ser administrados medicamentos distintos, conforme os sintomas clínicos, gerais e psíquicos a serem comparados aos sintomas da matéria médica homeopática⁷, visando selecionar o medicamento “semelhante”.

Descobrir e revelar os eventos de um caso, “fatos afins, contendo forma, coerência e individualidade”: isto é a arte, e a arte verdadeira é sempre científica” (CLOSE, 1993b, p. 38-40). Esses conceitos evocam o pensamento de Canguilhem (1995):

Procurar a doença ao nível da célula é confundir o plano da vida concreta – em que a polaridade biológica estabelece a diferença entre a saúde e a doença – e o plano da ciência abstrata – em que o problema recebe uma solução. [...] Aqui coloca-se em questão o problema da individualidade. O mesmo dado biológico pode ser considerado como uma parte ou como um todo. Achamos que é como um todo que ele pode ser considerado, ou não, doente (op. cit., p. 183).

Um sintoma só tem sentido patológico no contexto clínico que exprime uma perturbação global. Dessa forma, a noção de doença deve ter sua origem buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio.

⁷ Tratado de medicamentos homeopáticos onde estão compilados todos os sintomas relatados pelos experimentadores durante o processo de experimentação homeopática.

2 MODELOS DE COMUNICAÇÃO, PRÁTICA MÉDICA E HOMEOPATIA

Sempre vejo anúncios de oratória. Nunca vi anúncios de escutatória.
Todo mundo quer aprender a falar, ninguém que aprender a ouvir.
Rubem Alves

Comunicação é essencialmente relação. Relação de ideias, conceitos, campos, pessoas, vozes. Nosso conhecimento, nossas ideias, não se formam por um ato inaugural, mas num processo relacional, intertextual que depende da capacidade de cada sujeito de contextualizar cada interação que estabelece (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

No campo da comunicação e saúde inclui as relações estabelecidas entre as pessoas, sociedade e instituições, em que distintas vozes representam a polifonia inerente aos diferentes segmentos sociais, suas lutas e conquistas relativas à saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2005). Neste capítulo queremos expor a importância e explorar a expressão e pertinência do processo comunicativo inserido na relação médico-paciente para uma atenção à saúde de centralidade na pessoa no contexto do cuidado.

Os modelos de comunicação foram classificados em dois tipos gerais. O primeiro é o modelo informacional, instrumental ou funcionalista, que concebe a “comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos, que se efetivaria por meio de informação suficiente e adequada” (ARAÚJO, 2004, p. 166). Trata-se, para Araújo, do modelo hegemônico nas políticas públicas em saúde, “bipolar, linear, unidirecional e vertical”, que supervaloriza o papel do emissor do discurso e concebe o receptor como mero consumidor das mensagens. Para Araújo e Oliveira (2012), este modelo assume o caráter prescritivo dos avanços científicos e tecnológicos, legitima o saber biomédico e responsabiliza o receptor por sua saúde. Entre outras distorções, esse modelo produz uma prática sem escuta e sem diálogo, que atribui direito à voz e expressão apenas ao emissor, silenciando o receptor (ARAÚJO, 2007, p. 47).

O segundo, bem menos prevalente, é o modelo interacional ou dialógico, que entende a comunicação como processo de troca e “concebe emissor e receptor do discurso como interlocutores ou coprodutores de sentidos” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), cabendo atenção aos contextos e às culturas de seus participantes.

De acordo com Araújo (2004), a comunicação opera ao modo de um mercado onde os sentidos sociais que se manifestam e (re)constróem através de discursos, são bens simbólicos que produzidos, circulam e são consumidos. A partir desta noção de comunicação como um

mercado simbólico, pode-se definir a prática comunicativa como o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais: as pessoas e comunidades discursivas (interlocutores) que participam desse mercado negociam sua mercadoria, qual seja, seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade.

A noção de interlocutor se opõe às de “emissor e receptor”, dissolvendo a estrutura linear do modelo informacional, instaurando a ideia de comunicação em rede, “operada por interlocutores que produzem e fazem circular seus discursos, ao mesmo tempo em que se apropriam de outros discursos circulantes”, onde cada pessoa participante do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa é, simultaneamente, agente e espaço de negociação no processo de produção dos sentidos sociais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 63-64).

O sentido se constitui na “interação” entre pessoas, desempenhando seus papéis, e nesta pesquisa emergindo do encontro de paciente e médico em consulta. A noção de sentido busca substituir a de significado, que tem sua origem na semiologia e é utilizada pelo modelo informacional. Pois, significado “carrega a ideia de algo pronto, cristalizado e imanente, isto é, de que cada objeto possui um significado estável, próprio, que independe das circunstâncias. Dessa maneira, “na perspectiva do sentido, o que realmente importa é o processo, não a estrutura. Decorrentes dessa natureza dinâmica do conceito são os termos produção de sentido e efeitos de sentido” (ARAÚJO, 2000, p. 120). Daí podermos pensar a comunicação como uma prática discursiva, e um processo de produção, circulação e apropriação de sentidos.

Nesta rede os lugares de interlocução são influenciados pelos contextos onde a comunicação é produzida, o que inclui os contextos textual (informações que circulam no mesmo tempo ou espaço), intertextual (informações circulantes atuais e pretéritas), existencial (fala da pessoa no mundo, suas condições e modos particulares de vida) e situacional (posição que cada pessoa ocupa na topografia social no momento da comunicação e que define seu lugar de interlocução).

Os elementos do contexto (quem fala, com quem se fala, para que se fala, onde se fala, o que se fala, como se fala, etc.), fornecem importantes pistas para a compreensão dos enunciados (AUSTIN, 1965). Cada ato de comunicação engendra muito mais do que a transmissão e/ou mera absorção de informações; há complexos processos sociais de instituição de imaginários, valores, usos e significados culturais, a partir dos quais a saúde e a

doença adquirem sentidos. Enfatizando o posicionamento, a produção de sentido é um processo de negociação continuada de identidades sociais (SPINK; GIMENES, 1994, p. 150).

Dizer é transmitir informações, mas é também (e sobretudo) uma forma de agir sobre o interlocutor e sobre o mundo circundante. “Os significados fazem parte das condições de produção dos sentidos, mas são os sentidos que movem a comunicação” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 59). O processo comunicativo é intrínseco a atenção à saúde, veiculando informação sobre os diagnósticos, prescrições, e orientações relativas aos tratamentos propostos além de constituir-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do paciente ao médico e ao serviço de saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001, p. 36).

O vínculo é o objeto primordial da comunicação. Por ele as pessoas estabelecem relações sociais e criam laços afetivos. De modo que a partir a vinculação existe uma “reciprocidade comunicacional” (SODRÉ, 2001; 2002). A responsabilidade dos médicos não está apenas em prescrever remédios, solicitar e analisar exames, mas ajudar na construção do projeto de vida das pessoas. Constitui elemento operativo na relação médico-paciente-serviço de saúde, tornando possível produzir e negociar sentidos e práticas acerca do processo saúde-doença-adoecimento (KELLY-SANTOS, 2009).

Comunicação efetiva e interação são apontadas como competências clínicas essenciais ao profissionalismo em Medicina (KURTZ, 1998; MAKOUL, 2003; 2005). Quando valorizadas a dimensão dialógica, polifônica, da escuta ativa e da alteridade, constitutivas do vínculo, a comunicação entre pessoas tende a ser menos assimétrica, com maior troca de experiências e coloca em xeque valores, crenças e costumes pré-construídos e/ou cristalizados. Os sujeitos produzem sentidos das coisas, a partir do vínculo que estabelecem situacional e contextualmente, considerando o lugar do qual falam e para quem falam, bem como as condições históricas, políticas e culturais envolvidas nesse processo (ARAÚJO, 2000; KELLY-SANTOS, 2009).

Podemos pensar em vínculo, a partir de Fainzang (2012), como uma comunicação “implicada”, termo utilizado por alguns antropólogos franceses, em meio ao avanço da Aids nos anos 1980, para se posicionarem politicamente no enfrentamento da doença em relação aos colegas que tinham práticas de trabalho “aplicadas”, isto é, intervencionistas. No contexto do cuidado, fundamentado na intersubjetividade, a comunicação “implicada” seria produtora e resultante da interação de pessoas em um espaço relacional compromissado em promover o acolhimento, o diálogo e o entendimento mútuo.

A importância dos contextos onde as práticas comunicacionais se realizam em ato é reconhecida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (CONSELHO NACIONAL DE

EDUCAÇÃO, 2014). A efetivação do modelo de cuidados preconizado no SUS baseado em princípios como a atenção integral à saúde, na qual as dimensões biológica e psicológica do processo saúde-doença são consideradas indissociáveis das relações sociais e das práticas institucionais, envolve rever as relações que se estabelecem na rede de serviços de saúde, além de ampliar a oferta de ações de prevenção e promoção da saúde. Faz-se necessário inovar na formação de profissionais de saúde para promover o desenvolvimento de novas competências, revendo a relação teoria-prática e valorizando a importância do contexto para o ensino da medicina (AGUIAR, 2015).

O médico pratica a comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com pacientes, familiares e membros das equipes profissionais, com maior ou menor empatia, sensibilidade e interesse. Preservar a confidencialidade e garantir a compreensão e a segurança do paciente são componentes da boa prática. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o egresso das Faculdades de Medicina deve ser capaz de mostrar respeito e compreensão para com pacientes, realizar escuta e argumentação que permitam trocar informações, construir propostas terapêuticas compartilhadas, esclarecer satisfatoriamente pacientes e familiares, estimular o autocuidado reconhecendo os pacientes como protagonistas ativos de sua própria saúde, saber trabalhar com membros da equipe de saúde ou grupo de outros profissionais.

Atingir estes objetivos demanda competência comunicativa, como a capacidade de interpretar em linguagens diversas, como as da Ciência Biomédica, da Psicologia, das Ciências Sociais, cabendo aprender constantemente a linguagem daqueles a quem atende. (AGUIAR, 2001, p. 74). No entanto, Araújo & Cardoso (2007) identificam sinais de insatisfação com as atuais práticas comunicativas, seus limites e resultados, apontando para o desgaste das perspectivas autoritárias que não dialogam com as novas demandas.

Visando a melhoria da qualidade e humanização dos serviços e ações de Saúde, as Políticas de Informação, Educação e Comunicação foram eixo temático do relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003). Este contemplava a ampliação do acesso às informações, do direito de falar e ser ouvido, e o melhor acesso às tecnologias da comunicação através de políticas voltadas para a Promoção da Saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação. “A comunicação é parte importante dessa luta e a natureza e a qualidade de suas práticas podem contribuir para a transformação das estruturas e relações de poder ou para a sua manutenção” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 33).

Compartilhamento e elaboração de sentidos é parte intrínseca das práticas de saúde e fruto de construção social (CARVALHO; LUZ, 2009). Nesse sentido, segundo Sousa Campos (2005), é preciso ampliar os conceitos que pautam a prática médica atual. A ampliação resultaria no que este autor denomina de clínica ampliada ou de clínica do sujeito, numa referência à extensão dos objetivos da Clínica para além das doenças, com resgate da subjetividade do paciente e seu sofrimento existencial.

Nesta, ao clínico cabe identificar o tipo de apoio de que cada sujeito necessita; alguns necessitarão de estímulo para lembrar-se de que estão doentes ou com algumas limitações; outros deverão ser ajudados a esquecer um pouco o problema de saúde[...]A alguns haveria que se ofertar mais atenção, a outros estimular uma diminuição do consumismo de procedimentos. A alguns, ajudá-los a se cuidarem melhor, a olharem mais para os filhos, familiares, comunidade; a outros ajudá-los a escapar da obsessão de controlar o mundo (SOUSA CAMPOS, 2005, p. 70).

Mesmo sendo importante considerar, diagnosticar e tratar corretamente as doenças, numa clínica ampliada as ações estão compromissadas com a centralidade da atenção no paciente (ver quadro 2) e nas suas necessidades de saúde. A clínica ampliada suscita um tipo de cuidado que avança na construção da integralidade da atenção e fortalecimento do vínculo, definido pelo autor como uma relação intersubjetiva positiva, baseada no mútuo apoio.

Assim sendo, para o desenvolvimento de trocas solidárias, cumpre analisar o contexto em que se dá a comunicação entre o médico e o paciente, e considerar, as agendas distintas de preocupações desses atores na cena do cuidado. Para os médicos, a agenda tende a ser do seguinte tipo: “Quais são os sintomas? Que doença é esta? O que mostra o exame clínico? Qual é o diagnóstico? Que exames são necessários fazer? Quais são os resultados dos exames? Que medidas terapêuticas são necessárias?”

Para os pacientes, a agenda tende a ser: “Por que eu? Por que agora? Qual a causa disto? O que é que pode acontecer comigo? O que vão fazer comigo?” (NOGUEIRA-MARTINS; DE MARCO, 2010, p. 50-51).

Diante de agendas tão diferentes, emerge a importância de uma tentativa de “sintonia” comunicacional entre o médico e seu paciente.

Quadro 2 – Comparação entre a consulta centrada no médico e a consulta centrada no paciente

A CONSULTA CENTRADA NO PROFISSIONAL	A CONSULTA CENTRADA NO PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Valoriza o cumprimento do roteiro previamente estabelecido; • Não demonstra valorizar as iniciativas do paciente em comunicar aspectos afetivos, emocionais, sociais e familiares; • Pode interromper a narrativa do paciente caso sejam abordados assuntos delicados ou emocionalmente densos; • Em algumas situações demonstra dificuldade para perceber e compreender a comunicação não verbal; • Valoriza a história de procedimentos anteriores, mas nem sempre demonstra interesse pela experiência subjetiva do paciente com relação a estes procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta atenta para aspectos que extrapolam o roteiro (anamnese); • Valoriza as pistas oferecidas pelo paciente para continuar à coleta das informações; • Investiga os motivos que levam o paciente a não aderir ao tratamento; • Respeita sempre que possível os desejos e interesse do paciente; • Procura entender a comunicação não verbal e evita o uso de termos técnicos; • Demonstra interesse pelos laços afetivos e familiares do paciente; • Não se constrange para pedir auxílio.

Fonte: Ramos (2007).

2.1 A comunicação na prática médica

É tão difícil falar, é tão difícil dizer coisas que não podem ser ditas, é tão silencioso.
Como traduzir o profundo silêncio do encontro entre duas almas?
Clarice Lispector

A relação médico-paciente é um processo especial de interação humana, base da prática clínica em suas dimensões técnica, humano e ética, e mediada por práticas de comunicação (GROSSEMAN, 2011). A comunicação empática, a cortesia, o respeito e atenção dos médicos durante as consultas são os pontos mais citados, pelos pacientes, como componentes de uma experiência positiva de tratamento. Na perspectiva dos pacientes quatro atitudes são fundamentais para o bom desenvolvimento da relação: confortar, escutar, olhar e tocar (ISMAEL, 2002).

Confortar não é demonstração de piedade, e sim expressão de atitudes de apoio, uma vez que a doença fragiliza o ser humano, demandando acolhimento e escuta. Apesar da competência técnica, o distanciamento do médico pode convertê-lo em um fac-símile de condutas. “O médico que quiser desenvolver com o paciente uma relação terapêutica não pode demonstrar tédio ou impaciência, mesmo porque para muitos pacientes sua história pessoal só começa a ter algum significado com o aparecimento da doença” (ISMAEL, 2002, p. 67).

As competências relacionais que envolvem atitudes e habilidades comunicacionais de interação, empatia e construção de vínculo, têm sido amplamente estudadas por referência às suas implicações na prática médica. Estudos de Rider & Keefer (2006) mostram que a boa comunicação e relação médico-paciente têm impacto significativo no cuidado e aumento da qualidade da atenção à saúde, enquanto a falta de habilidade de comunicação está associada à má prática e erros médicos.

Consonante com o aumento da eficácia terapêutica da medicina propiciada pelos avanços tecnológicos, a relação médico-paciente, ajustou-se ao discurso da cientificidade e aos processos de industrialização, urbanização e produção de saber científico com tendência a especialização, fomentando atitude associada à distância, paternalismo e assimetria entre médico e paciente. A separação e controle da interação por parte do médico chega a de desconsiderar as percepções e experiências do paciente contribuindo para a diminuição do vínculo médico-paciente e erosão da confiança do paciente no profissional médico (GROSSEMAN, 2011).

Resultados imediatos da consulta estão ligados à satisfação do paciente, e esta se relaciona com comportamentos médicos como: informações oferecidas a respeito do problema de saúde e do tratamento; encorajamento para que o paciente exponha suas ideias e opiniões; demonstração de entendimento do processo de adoecimento; compartilhamento de decisões; afetuosidade e cortesia (HALL et al., 1988; WILLIAMS et al., 1995; ELWYN et al., 1999).

RIOS (2012) a partir de Makoul (2003; 2005) e Kurtz et al. (1998; 2003), cujos trabalhos apontam a comunicação efetiva e interação como competências clínicas essenciais ao profissionalismo em Medicina, define como habilidades essenciais para a comunicação médico-paciente:

- a) Construir uma relação médico-paciente que incentive a parceria e promova participação ativa e autonomia do paciente na atenção e cuidado à saúde;

- b) Desenvolver a conversa incentivando o paciente a falar sobre sua vida, saúde e tratamento com o emprego de perguntas abertas e fechadas adequadamente, e a escuta ativa com o uso adequado da linguagem verbal e não verbal (face, gestos, contato visual, posição do corpo);
- c) Compreender o paciente através da exploração de fatores contextuais do processo de adoecimento e vida (família, cultura, idade, sexo, socioeconômico, espiritualidade, crenças, preocupações e expectativas)/ reconhecendo suas ideias, sentimentos e valores;
- d) Reunir, organizar e compartilhar informações sendo capaz de fazer acordos terapêuticos e incentivar a participação do paciente na tomada de decisão/ autonomia;
- e) Encerrar a conversa verificando se o paciente tem outras questões e preocupações, está ciente do plano de ação, incluindo procedimentos, prognósticos, e seguimento.

O modelo de três funções de Cohen-Cole (1991) identifica três componentes da entrevista que são de fundamental importância para o êxito da relação/interação médico-paciente. A primeira função envolve a coleta de dados (para entender os problemas do paciente, reconhecida tradicionalmente como o objetivo principal da entrevista médica). A segunda função é o estabelecimento desenvolvimento de uma relação médico-paciente responsiva às emoções do paciente (destacando-se a capacidade de se comunicar a partir de apreciação empática da situação do paciente). Essa capacidade se manifesta em cinco habilidades específicas através de uma resposta emocional identificada como reflexão, legitimação, apoio pessoal, parceria e respeito. A terceira função envolve “educar” os pacientes sobre sua doença, motivando a adesão ao tratamento.

Ademais, Pellegrino (2002) afirma que é quase impossível imaginar o comprometimento com as virtudes esperadas em um médico quando a relação com o paciente é vista primariamente como uma mercadoria ou uma aplicação científica ao organismo doente, asseverando a importância do profissional refletir sobre os limites da legitimação de seus próprios interesses. Estimula aos que estão a serviço da saúde a recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, o que vai ao encontro do olhar crítico de LUZ (1997, p. 159):

Acredito que um novo paradigma médico pode nascer justamente ali onde a racionalidade médica ocidental esqueceu-se que era mais que um saber científico, isto é, que é também uma arte de curar sujeitos doentes, distanciando-se de sua dimensão terapêutica, na busca de investigar, classificar e explicar antigas e novas, sobretudo as novas, patologias através de métodos diagnósticos crescentemente sofisticados.

Como salienta Luz (2003), não se trata de simplesmente combater ou erradicar doenças. Segundo a autora, a busca, o incentivo e o desenvolvimento das novas práticas terapêuticas podem ser compreendidos como tentativa de solucionar ou diminuir as deficiências na dimensão terapêutica da biomedicina. Essas novas práticas induziriam transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura, presentes na cultura e ao valorizarem o sujeito e sua relação com o terapeuta como elemento fundamental da terapêutica, bem como o uso de pouca tecnologia, culminariam por valorizar a saúde como outro elemento fundamental da terapêutica, em oposição ao papel central que a noção de doença e seu combate ocupam na biomedicina. As novas representações que surgem na cultura a partir do desenvolvimento das terapias alternativas podem ser entendidas como resgate de valores perdidos na dimensão terapêutica da biomedicina, em decorrência de sua tríplice cisão: epistemológica, prática e clínica (LUZ, 2009).

2.2 Escuta como cuidado

Escuta: eu te deixo ser, deixa-me ser então.
Clarice Lispector

O silêncio é uma confissão.
Camilo Castelo Branco

Baptista (2000) analisou os processos de formação profissional como modo de produção em massa de sujeitos, ao que chamou de “fabril”, observando como se forjavam em meio a práticas e produziam efeitos: lugar de alienações. Destacou a “*escuta surda*” como efeito de práticas de formação intimidantes, pautadas nos preceitos cientificistas de neutralidade. No lugar de se “*contaminar*” pelos movimentos da vida, o médico os afastaria em nome da rigorosidade e objetividade. Ao esvaziar a vida de sua multiplicidade de formas e de conexões contribui para a repetição dos modos de existência “mecanicamente” instituídos (BAPTISTA, 1999).

Estamos chamando de “*escuta surda*” aquelas práticas que ouvem sem escutar, onde a escuta acaba reduzida a um ato protocolar, técnica de coleta de evidências (sinais e sintomas). Produz efeitos potenciais como a tutela e a culpabilização dos sujeitos, na medida em que fala

por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro. Como nos faz ver Heckert (2007.p. 207):

Essas questões nos levam a realçar um outro elemento em nossa discussão e que diz respeito ao especialismo, ao lugar do profissional de saúde no processo de escuta. O discurso competente é aquele que, permeado pela separação entre técnica e política, se outorga como portador de uma verdade sobre o sujeito, sobre o corpo, sobre a saúde. Detentor de um suposto saber (técnico e neutro), ao profissional caberia a análise e compreensão sobre o sujeito, captando suas dificuldades, problemas, necessidades.

As práticas falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com os sujeitos, escutando e problematizando suas necessidades e projetos de vida. O especialismo produz uma “*escuta surda*” ao erigir o cuidado como tarefa exclusiva do profissional de saúde, deixando ao paciente o lugar de objeto de sua ação. Adota atitude prescritiva de modos de vida, julgadora de práticas, deixando-se conduzir, muitas vezes, por valores do senso comum preconceituoso, não valorizando a subjetividade e variações entre os humanos, vistos como erros e perturbações a serem controlados. A “*escuta surda*”, como nos alerta Baptista (1999), não precisa lembrar do rosto e dos nomes dos pacientes e dos saberes, histórias e relações sociais que dão sentido à sua existência.

Abordar a escuta num plano de abertura à alteridade avançando para uma “escuta implicada” pressupõe superar a escuta como técnica e transitar para o plano da escuta como experimentação, que prevê perturbação dos modos de vida instituídos. Uma escuta sensível envolve uma disponibilidade subjetiva de afetar e ser afetado pelo outro, colocar em análise os próprios preconceitos, indiferenças, intolerâncias (MACHADO; LAVRADOR, 2007).

Uma escuta atenta, entendida como habilidade de comunicação fundamental, por meio da qual é possível compreender individualmente as diferentes dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente, “*escuta que se faz nos interstícios, entre vozes e silêncios, entre forças e formas. Exercitá-la é nosso desafio (in)terminável, (im)possível, posto que é nas errâncias dos processos de formação que a escuta se abre como arte, como modo de compartilhamento de experiências*” (HECKERT, 2007, p. 212).

Partindo do fato da comunicação intersubjetiva como elemento primário no relacionamento entre dois seres humanos – do qual a consulta homeopática é apenas uma modalidade – entende-se que o que se opera numa entrevista clínica é um processo discursivo no qual ambos os componentes da dupla se vinculam através da palavra.

A revalorização dos aspectos interativos do ato médico no contexto atual das práticas de saúde decorre de preocupações que buscam recolocar o sujeito como objetivo central de

um processo terapêutico. Para a inclusão da perspectiva do paciente na condução da consulta médica, é importante o modo como se estabelece a relação entre o médico e o paciente. Esse processo deve ser entendido como aquele necessário à obtenção de dados objetivos da doença, além dos subjetivos, como o impacto do adoecimento na rotina das famílias e do próprio paciente, assim como medos e preocupações que envolvem a queixa clínica (PENDLETON et al., 2006).

Na busca do entendimento amplo da agenda do paciente por meio do relato das histórias referentes às queixas clínicas pela perspectiva do indivíduo, nas quais aparecem sentimentos e emoções associados, pode surgir o que Barsky (1981) denominou agenda oculta, que incluiria questões importantes, mas difíceis de serem expostas pelo paciente por motivos de ansiedade ou medo.

Componentes deste processo que favoreçam a construção de um espaço intersubjetivo podem propiciar o resgate de sujeitos adoecidos, através de uma aproximação não somente do paciente ao seu médico, mas também da doença ao seu portador, o doente, e da terapêutica ao processo de recuperação dos pacientes (AYRES, 2011).

O conceito de agenda do paciente incorpora queixas, preocupações, sentimentos e expectativas associados. Ela influencia o resultado da consulta e deve orientar o curso da entrevista. Para tanto, é preciso adotar um modelo em que o entendimento da subjetividade do indivíduo e da influência nas queixas clínicas dos aspectos psicossociais, educacionais e culturais, como costumes, crenças e religiões, seja fundamental na realização de uma consulta eficiente. E mais, não é suficiente apenas entender esses aspectos, é preciso incluí-los no processo diagnóstico e terapêutico, reconhecendo sua importância nos resultados da consulta (ENGEL, 1980; STEWART et al., 1995).

Identificar e entender os motivos para o paciente procurar o médico é a primeira tarefa de toda consulta (ENGEL, 1980). Na racionalidade homeopática, a escuta é componente intrínseco de sua episteme (campo de relações, continuidades e descontinuidades entre práticas discursivas) e instrumento de abordagem fundamental para a realização de sua prática. O caráter amplo da escuta decorre dos propósitos de conhecer as manifestações da doença sob um enfoque que privilegia a *intersubjetividade* na compreensão do adoecer humano. O sentido existencial dessa relação intersubjetiva se configura como um *encontro desejante com a circunstância*, no ato de se colocar diante do Outro e engendrar as compossibilidades de ambos e seu mundo compartilhado (AYRES, 2011, p. 27).

A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? (AYRES, 2011, p. 37).

A conceituação de pacientes e médicos como *sujeitos* envolve os aspectos afetivos, éticos e socioculturais (AYRES, 2000). Pacientes se apresentam com frequência para atendimento portando um conjunto de queixas somáticas e psíquicas, que lhe trazem sofrimento e podem ou não ser manifestações de uma doença. Na investigação da efetividade de um tratamento, avaliações restritas a queixa principal, podem, portanto, ser incompletas ou parciais. Estudo realizado por Estrella (2011) aponta para diminuição das queixas principais que motivaram atendimento, assim como das corolárias, associadas ou não a queixa principal e melhora da capacidade de lidar fatores deflagradores com transtornos físicos e emocionais, durante tratamento homeopático.

Por exemplo, um paciente procura atendimento queixando-se dor epigástrica em queimação após as refeições e refere tratamentos anteriores para gastrite moderada com êxito parcial pois a sintomatologia é recorrente. Durante a anamnese ele relata sérios problemas de relação no trabalho com seus superiores e uma insônia refratária aos ansiolíticos e antidepressivos de que faz uso há aproximados 2 anos. Durante a condução do tratamento homeopático, ele pode perceber a influência de seu estado emocional nas manifestações orgânicas, procurando, inclusive, novo emprego.

O objeto central da escuta homeopática é a biografia pessoal obtida através de narrativas, sendo o discurso da pessoa doente uma fonte privilegiada de informações e de investigação, não somente no que se refere ao relato técnico de sintomas e queixas, mas, sobretudo, no que tange às manifestações de uma forma particular de lidar com o sofrimento relacionada a uma dinâmica própria no processo de adoecimento (Rosenbaum, 1999).

Para que esse tipo de narrativa seja obtida, o silêncio assume um papel fundamental ao permitir a reinterpretação das vivências mediante a motivação do paciente para compartilhar sua história. Ao “observar os modos de construção do imaginário necessário na produção dos sentidos”, Orlandi (2007) argumenta como o silêncio funda e fundamenta os sentidos adquirido pelas palavras, indicando os possíveis caminhos que incluem o que não foi dito ou não se pode dizer. O silêncio, como a linguagem, tem um caráter de incompletude, lugar do equívoco e do deslocamento dos sentidos. “O silêncio, mediando às relações entre linguagem, mundo e pensamento, resiste à pressão de controle exercida pela urgência da linguagem e

significa de outras e muitas maneiras” (ORLANDI, 2007, p. 37). Neste sentido, não é pensado como falta, mas a linguagem é que é pensada como excesso.

Na Análise do Discurso (AD), o sentido se faz em todas as direções, e não numa linha reta. É o silêncio que preside essa possibilidade, porque quanto mais falta, mais possibilidade de sentidos existe. O ser humano está “condenado” a significar. Com ou sem palavras, diante do mundo, há uma injunção à interpretação: tudo tem de fazer sentido. O ser humano está irremediavelmente constituído pela sua relação com o simbólico. A palavra aparece como movimento em torno do silêncio. O silêncio é assim a “respiração” da significação; um lugar de recuo necessário para que se possa significar, para que o sentido faça sentido. Reduto do possível, do múltiplo, o silêncio abre espaço para o que não é “um” (ORLANDI, 2007, p. 29).

Construído mutuamente nas relações entre os sujeitos, o silêncio como produto de relações sociais, não é livre de coerções. Orlandi (2007) distingue a política do silêncio em: silêncio constitutivo e silêncio local. O silêncio constitutivo indica que para dizer é preciso não dizer. Ao dizer algo, apagamos outros sentidos possíveis, mas indesejáveis, em uma situação discursiva dada. Isso mostra que o dizer e o silenciamento são inseparáveis. Porém, se no silêncio constitutivo os sentidos são formados pela inserção do sujeito em determinadas formações discursivas, no silêncio local o sujeito é impedido pela censura de dizer o que pode ser dito, produzindo um enfraquecimento de sentidos. O silenciamento produzido pela censura leva a um processo de produção de sentidos silenciados. Entre o não dizer e o dizer, entre o falar e o calar, o silêncio intervém na formação e no movimento dos sentidos.

No processo terapêutico da Medicina Homeopática, as narrativas dos pacientes são fundamentais na construção de um espaço interativo entre médicos e pacientes que propicie a compreensão do adoecimento e construção de novos sentidos sob a perspectiva de uma promoção de recuperação concordante com o conceito ampliado de saúde.

O sintoma pode ser interpretado como uma metáfora, ou seja, como a substituição de um significante antigo recalcado, por um significante novo (o sintoma), em função de uma relação de similaridade, que será esclarecida através da sequência de recordações evocadas pelo sujeito. Muitas vezes, essas recordações são facilitadas pelo tratamento homeopático, que favorece a ressignificação (exercício da normatividade).

A metáfora é recolhida por Rosenbaum (2004), com base no conceito de Charles Mauron de “metáfora obsedante” onde as "sobreposições de sentidos, significados e significantes" possibilitam a estruturação em torno de redes de associações. O estudo dos dados biográficos serviria de verificação à interpretação de experiências ligadas à produção de sentidos.

2.3 Prática médica homeopática e a construção compartilhada de sentidos

Todas as palavras tomadas literalmente são falsas. A verdade mora no silêncio que existe em volta das palavras. Prestar atenção ao que não foi dito, ler as entrelinhas.

A atenção flutua: toca as palavras sem ser por elas enfeitiçada. Cuidado com a sedução da clareza! Cuidado com o engano do óbvio!

Rubem Alves

Quando um ser humano se comunica com outro tem a oportunidade de construir-se enquanto sujeito que se relaciona. Para que uma relação terapêutica constitua-se entre médico e paciente como uma relação de ajuda, edificadora de sentidos e significados do processo saúde-doença-cuidado-cura, o ajudador, no caso o médico, deve sintonizar com o ajudado, responder a ele comunicando compreensão, personalizar o encontro mostrando ao ajudado sua responsabilidade no problema, e orientá-lo nas ações rumo à solução de suas questões. O ajudado, ou seja, o paciente, pode envolver-se com o problema, explorá-lo, compreender as diversas relações entre a sua vida, o problema e a sua responsabilidade diante dele, e agir em direção a resolução do mesmo. O ajudador sintoniza, responde, personaliza e orienta. O ajudado questiona, rejeita, explora, compreende, reinterpreta e age (Rosenbaum, 2005).

Rosenbaum & Priven (2004) propõem que a abordagem clínica e o tratamento homeopático ao lidarem com a singularidade do sujeito, instituem-se como medicina do sujeito, medicina que valoriza sua singular forma de viver o existir, na prática da articulação da filosofia da linguagem⁸ com a clínica homeopática, conferindo significados a doença e processo de adoecer, assim como criando condições de ressignificação. Segundo os autores:

Cada sujeito pode dar novos significados para as constantes inevitáveis de sua vida e reorientar aquelas que forem evitáveis. Durante um tratamento homeopático cada pessoa tem possibilidades reais de alterar sua própria rota e com isto mudar a direção de sua vida e de seus arredores. (ROSENBAUM; PRIVEN, 2004, p. 220-221).

A observação acima remete a Canguilhem (1995), para quem a vida é polaridade dinâmica. Ser doente é viver uma vida diferente, fora de uma normalidade orgânica. No seu entendimento do patológico, o autor privilegia a qualidade do sentido pelo sujeito na condição de doente:

⁸Ramo da filosofia que estuda os fenômenos linguísticos. Através da natureza do significado linguístico, do uso e aprendizado da linguagem, da criatividade dos falantes, da compreensão da linguagem, da interpretação e tradução, de aspectos linguísticos do pensamento e da experiência diferencia o ser humano e os outros seres que existem no mundo. Investiga como as frases compõem um todo significativo através das suas "partes", as palavras. Busca compreender como a linguagem se relaciona com a mente do falante e do intérprete, e como se relaciona com o mundo.

Não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência [...] é o ponto de vista do doente, que no fundo, é verdadeiro. **A medicina existe como arte da vida porque o ser vivo considera, ele próprio, como patológicos certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob a forma de valores negativos [...]. A medicina só existe porque há pessoas que se sentem doentes e não como um conjunto de procedimentos criados para informar aos indivíduos que eles estão doentes. [...]** O restabelecimento de um ser vivo revela que a vida não é indiferente às condições nas quais ela não é possível, dado que a vida é polaridade, e em si uma atividade normativa. (CANGUILHEM, 1995, p. 95-97 – grifo nosso).

De acordo com o conceito de normatividade de Canguilhem, o patológico estaria vinculado a uma questão absolutamente central: em que situação ocorre algo como a consciência da doença? A patologia aparece assim como o que se revela na relação entre o organismo e seu meio ambiente (levando em conta que o meio ambiente humano é fundamentalmente mediado por construções e valores sociais). Isso ficará claro, por exemplo, quando Canguilhem recusar a perspectiva que procura vincular o normal ao conceito de média aritmética, de frequência estatística ou, ainda, de tipo ideal em condições experimentais determinadas; como se o normal fosse um problema de biometria.

Canguilhem (1995) sustenta que anomalia (termo descritivo) indica uma variação do normal (termo valorativo), e que esta variação será entendida como negativa caso implique em impedimento ou obstáculo ao exercício pleno das funções de desenvolvimento da vida.

Nem toda anomalia é patológica. [...] Diversidade não é doença. O anormal não é patológico. Patológico implica pathos, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. (CANGUILHEM, 1995, p. 106).

Estar doente é restrição da normatividade. A vida, conquanto atividade normativa que não é indiferente às condições nas quais seja possível existir, buscará superação/ adaptação do estado restritivo. Assim sendo, se por um lado a doença constitui-se em um abalo, uma ameaça à existência, é também estímulo a reformulação. “A vida só se eleva à consciência e à ciência de si mesma pela inadaptação, pelo fracasso e pela dor” (CANGUILHEM, 2009, p. 83). A doença não é uma variação da saúde, ela é uma nova dimensão da vida.

Renunciando-se à ambição de restituir ao organismo o seu estado anterior, o processo de “cura” pode promover o resgate orgânico individual, criando novas normas que superem a restrição mórbida. Neste contexto, a cura seria a reconquista de um estado de estabilidade das normas fisiológicas e não uma volta à “inocência biológica”. Curar seria criar para si novas formas de vida, às vezes, superiores às antigas de viver, para além da patologia. (CANGUILHEM, 1995).

Evitar doenças, se preservar e não correr riscos equivale a permanecer na normalidade médica prescrita pela biomedicina (LUZ, 2003). Canguilhem e Hahnemann compartilham da compreensão dinâmica da vida. É a normatividade vital *daquele* sujeito que importa para a homeopatia. Ao elaborar seu diagnóstico e seu tratamento, no sentido da singularidade, a terapêutica homeopática oferece a possibilidade do *desvio*, ou melhor, legitima o *desvio* (DINIZ, 2006). A individualização dos fenômenos/sintomas desviantes de um padrão de normalidade expressam o padrão de reação *daquele* indivíduo à doença para um novo agir a saúde, enquanto acenam com a possibilidade de recuperação da saúde.

Essa recuperação ou “cura” é carregada dos sentidos e significados próprios a esta racionalidade e se traduz por um equilíbrio físico-mental-emocional; uma re-harmonização de todas as funções no contexto social, familiar e vital do sujeito (CAMPELLO, 2001).

Hahnemann (2006), ao correlacionar as ciências humanas ou humanidades com a medicina, incorporou aspectos antropológicos, filosóficos, sociológicos e psicológicos na compreensão do binômio saúde/doença, empregando conceitos do paradigma vitalista, predominante em sua época. Acreditava que era preciso traçar a história biográfica do doente, conhecer as suscetibilidades, causalidades, e as idiossincrasias da sua personalidade ao longo da vida em seus momentos de desequilíbrio, e não somente a história das doenças.

As práticas discursivas pertencem ao campo da intersubjetividade. Segundo Davies & Harré (1990), práticas discursivas constituem as diferentes maneiras com que as pessoas, através dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais. A narrativa do paciente lhe possibilita situar-se como sujeito no espaço de uma consulta médica e no processo de adoecimento. Uma escuta cujo objeto primordial é a narrativa do sujeito humano pressupõe uma atitude de respeito, interesse e de disponibilidade para "o outro", isto é, uma abertura ao processo de interação com o paciente. Tal atitude é influenciada por certos aspectos que indicam o modo de proceder do médico e que se refere ao ato de observar, olhar e ver o paciente (ARAÚJO, 2007).

Rogers (2009) estabelece as dimensões de respeito, aceitação e empatia como pré-requisitos na construção de uma relação médico-paciente. Respeitar o outro significa valorizá-lo pelo fato de ele ser, de ele existir. É considerar e reconhecer seu valor como ser humano. Talvez possamos dizer, a partir de Rogers, que o ponto de partida para uma relação de ajuda situa-se no desejo de aprender e se modificar através das dificuldades de encontro com a vida em suas miserabilidades – dor, doença, sofrimento – presente entre o que escuta e o que é ouvido, entre o ajudador e o ajudado, propiciando compreensão e aceitação para que a pessoa

possa ressignificar seus padecimentos e estado de adoecimento. E de acordo com Hahnemann (2007):

Ninguém está mais seguro de uma coisa quanto quem a sentiu em si próprio, e graças a essas notáveis observações, torna-se apto a compreender suas próprias sensações, seu modo de pensar e caráter – fundamento de toda e qualquer verdadeira sabedoria – e aprenderá, também, a ser um bom observador, o que todo o médico deve ser (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 141, p. 191).

Para a inclusão da perspectiva do paciente na condução da consulta médica, é importante o modo como se estabelece a relação entre o médico e o paciente. Lembrando como enunciado por Hahnemann, em 1810, na primeira edição do *Organon da Verdadeira Arte de Curar*:

A mais alta e única missão do médico é restabelecer a saúde nos doentes. Sua missão não é forjar ideias e hipóteses vazias sobre a essência íntima do processo [...]. Está na hora de uma vez para sempre, de que os que se chamam médicos, parem de enganar os que sofrem com palavras destituídas de conteúdo e comecem a agir. (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 1, p. 1).

E o doente contando coisas antigas,
íntimas, minuciosas
nas empáticas laboriosas atitudes do médico (se) encontra empático
ouvinte atento, bem intencionado,
na arte com ciência ao cuidado orientado,
pois um ser humano de consciência busca
não a mecânica da vida em conhecimento complicado
mas sua essência com sentido, dinâmica aplicada:
saúde implicada.

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Verdade
Carlos Drummond de Andrade

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa exploratória, predominantemente qualitativa com componente quantitativo, de “estratégia incorporada concomitante” (CRESWELL, 2010) investiga as práticas comunicacionais na relação médico-paciente. Busca ampliar a compreensão sobre processos sociais ainda pouco explorados através da análise das narrativas desenvolvidas na consulta homeopática, concebendo que “*o material privilegiado de comunicação na vida cotidiana é a palavra*” (BAKHTIN, 1981, p. 36) e que “*as narrativas são estruturas cognitivas que podem dar acesso às subjetividades das experiências pessoais dos indivíduos*” (GERMANO; CASTRO, 2010).

Neste capítulo, apresentamos o campo e a população da pesquisa, a coleta de dados e o plano de análise. Foram utilizadas categorias analíticas oriundas do referencial teórico adotado sobre a racionalidade médica, prática homeopática e estudos da comunicação. Na sequência deste capítulo explicamos a contribuição potencial de cada uma delas na elaboração do plano de análise.

3.1 O ambiente da pesquisa: a definição do campo

O campo de pesquisa foi o ambulatório do Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB). O Instituto foi fundado em 2 de julho de 1859 e reconhecido como associação de utilidade pública pelo Decreto nº 3.540 de 25 de setembro de 1918. Teve seu primeiro estatuto aprovado pelo Governo Imperial, mediante o Decreto nº 7.288 de 10 de maio de 1879. Trata-se de uma associação de caráter científico, educacional e cultural, filantrópica e sem fins lucrativos.

Administrado por uma diretoria eleita diretamente por seus membros titulares, o IHB mantém atividades de ensino e prestação de serviços mediante a realização de cursos de pós-graduação e formação continuada nas áreas de medicina, medicina veterinária, farmácia e odontologia, além de cursos de reciclagem, jornadas científicas e oferta de consultas ambulatoriais.

A direção geral compete ao seu Presidente e obedece às resoluções do Conselho Federal de Medicina e às do seu Estatuto, tendo ao longo dos anos se consolidado como

instituição de excelência no ensino e na prática assistencial da racionalidade homeopática, referência nacional e internacional. A Casa da Homeopatia como é alcunhada a Instituição, possui sede própria à Rua Frei Caneca nº 94, no centro da cidade do Rio de Janeiro. Suas dependências incluem um Ambulatório Escola, uma Farmácia Escola e um Espaço Cultural que abriga a maior Biblioteca Homeopática da América Latina. Além de critérios de reconhecimento histórico e de ser uma Instituição de referência da “boa prática homeopática”, a aproximação da pesquisadora ao campo, membro-titular da Casa e do corpo docente desde 1994, participante de sua diretoria, e diretora do Ambulatório Escola desde 2003, contribuiu para o acesso aos médicos e pacientes.

O Ambulatório Escola Professor Kamil Curi (ou simplesmente Ambulatório do IHB) funciona no andar térreo das dependências do IHB, contando com sete salas de atendimento médico e um consultório odontológico. O diretor do Ambulatório é designado por ação da Presidência do IHB de acordo com o estatuto social desta instituição. Compete ao diretor do Ambulatório a responsabilidade administrativa, organizacional e social das atividades realizadas. No exercício de suas atribuições deverá incentivar o estudo teórico e prático da Homeopatia, aprimorar sua prática com incentivo a pesquisa, fazendo cumprir as propostas de assistência dentro do âmbito didático pedagógico.

A prática clínica homeopática é exercida por profissionais voluntários regularmente registrados no IHB, e/ou pelos alunos sob supervisão na *Disciplina de Prática Ambulatorial*, conforme a área de atuação: Medicina ou Odontologia. Os supervisores para a disciplina de Prática Ambulatorial do IHB são indicados pelos Coordenadores dos Cursos de Pós-graduação e se reportam ao Colegiado do Departamento de Ensino, e ao diretor do Ambulatório. Segundo o referido regimento é dever (e direito) do profissional/voluntário /supervisor colaborar como incentivador da pesquisa e divulgador da prática homeopática (Art. 26).

O agendamento é realizado pelas secretárias do Ambulatório-Escola e os atendimentos acontecem de segunda à sexta-feira, de 8 às 17horas, e aos sábados de 8 à 12horas. As agendas médicas são individuais e o controle para as marcações de consulta (número de pacientes, tempo reservado para consultas de primeira vez e seguimento) é determinado pelo médico voluntário.

Em 2014 foram realizados 6.492 consultas (média de 541consultas/mês), sendo 20% consultas de primeira vez. No período de realização da pesquisa, a consulta de primeira vez era tarifada em R\$40,00 e as consultas de seguimento em R\$30,00. Destes valores, 50% são doados pelo profissional voluntário à Instituição, e os 50% restantes são de seu pró-labore. É

oferecida gratuidade de atendimentos para os de idade superior a 65 anos e concedida, independente de idade, aos que forem referendados como impossibilitados de pagamento.

O Regimento Interno estabelece um mínimo de três consultas por turno de atendimento (4horas), para viabilizar as atividades assistenciais e de ensino. Por ocasião da pesquisa atendiam no ambulatório 35 médicos, 3 cirurgiões-dentistas e 2 psicólogas. A população de profissionais voluntários é flutuante e anualmente renovada. O médico prestador serviços institucionais mais antigo possui 35 anos de Casa.

3.2 A população da pesquisa e coleta de dados

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, sem discriminação de gênero, etária, raça, credo, formação educacional, classe social e/ou patologias.

A consulta de primeira vez foi privilegiada porque inaugura uma relação terapêutica, sendo a qualidade deste encontro determinante da adesão e eficácia do tratamento (GROSSEMAN; KARNOPP, 2011).

No IHB os médicos são admitidos como voluntários após aprovação pela Diretoria do Instituto, sendo o termo de voluntariado renovado anualmente. As atividades assistenciais e educacionais do Ambulatório-Escola/IHB contemplam as diferentes escolas da prática e ensino da racionalidade homeopática. Durante o ano de 2014, os 35 médicos em atividade estavam assim distribuídos: 6 médicos com formação pela Escola Unicista Kentiana, 4 médicos com residência médica em Homeopatia pela UNIRIO e 25 oriundos de Escolas de Formação Pluralista (dos quais 10 representando a SOHERJ e 15 o IHB).

Buscando retratar uma prática médica amadurecida no âmbito da racionalidade que informa a Homeopatia, os médicos convidados deveriam cumprir o requisito de tempo mínimo de 3 anos de pós-graduação homeopática e ao menos 1 ano de prática no ambulatório. Este critério excluiu médicos ainda em formação (embora cumpram carga prática no ambulatório). Os que cumpriram estes requisitos foram sorteados, após serem agrupados por modalidades de formação na Homeopatia, quais sejam: residência médica (UNIRIO), formação unicista (Escola Kentiana/Grupo GUESH) ou Hahnemanniana pluralista (IHB, SOHERJ).

Buscamos contemplar a heterogeneidade das formações homeopáticas em prática no Ambulatório do IHB. Os participantes foram então sorteados proporcionalmente a representação destas, ficando assim distribuídos: 1 médico unicista, 2 médicos pluralistas e 1 médico com residência médica em Homeopatia. Entre os sorteados, um possuía dupla formação: SOHERJ/UNIRIO. Dentre os médicos sorteados, dois recusaram-se a participar do trabalho de campo. Nenhum paciente se recusou a participar após os esclarecimentos prestados sobre a intenção de gravar as consultas.

O estudo foi desenvolvido através das gravações orais de dois atendimentos de primeira vez por médico. Cada médico utilizou recursos próprios de gravação (*smartfones*), encaminhando os arquivos por correio eletrônico para a pesquisadora. Assim, foram gravadas oito consultas no período de 1/10/2014 a 30/12/2014. O material resultante das gravações foi transcrito e utilizado para os fins da pesquisa, ficando sob guarda da pesquisadora. As consultas foram numeradas de 1 a 8. A oitava consulta apresentou falhas na gravação da parte final, o que será comentado na análise do uso do tempo das consultas.

A inserção da pesquisadora na Instituição na qual ocorreu a coleta de dados permitiu prévia observação da polissemia dos discursos da prática social investigada, em suas particularidades sócio-institucionais. Por outro lado, demandou atenção a possíveis constrangimentos por parte dos sujeitos pesquisados, o que foi minimizado pelo fato das gravações serem realizadas pelos próprios e encaminhadas voluntariamente, o que permitiu uma decisão a cerca de seu compartilhamento após a realização dos atendimentos registrados.

3.3 Plano de análise

(Re)conhecer as práticas comunicacionais e as bases em que se dão as interações entre médico e paciente na cena do cuidado homeopático é o objeto desta análise.

Considerando que a semiologia homeopática confere a consulta características específicas à abordagem centrada na pessoa e que esta semiótica realiza-se como uma prática terapêutica orientada por um vitalismo mediado pelas palavras (ROSENBAUM, 2006), através da análise de conteúdo foram buscados indícios que permitissem inferir como componentes de intersubjetividade se expressam na relação médico-paciente e pudessem contribuir para a produção de sentidos voltada a atenção integral à saúde.

Segundo Bardin (1977, p. 42), a Análise de Conteúdo (AC) é “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens*”. A AC é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, possibilitando produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto (meio de expressão do sujeito) replicáveis ao seu contexto social, podendo ser quantitativa e/ou qualitativa (BAUER, 2002).

Na abordagem quantitativa se traça uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Na abordagem qualitativa se “*considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem*” (LIMA, 1993, p. 54).

Operacionalmente a AC costuma ser feita através do método de dedução frequencial ou análise por categorias temáticas. A dedução frequencial consiste em enumerar a ocorrência de um mesmo signo linguístico (palavra) que se repete com frequência, visando constatar “*a pura existência de tal ou tal material linguístico*” (Pêcheux, 1993, p. 64), não preocupando-se com o “*sentido contido no texto, nem à diferença de sentido entre um texto e outro*” (Pêcheux, 1993, p. 65), culminando em descrições numéricas e no tratamento estatístico.

Neste estudo privilegiamos a análise temática que “*funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos*” (BARDIN, 1977, p. 153), e tenta encontrar

[...] uma série de significações que o codificador detecta por meio de indicadores que lhe estão ligados; [...] codificar ou caracterizar um segmento é colocá-lo em uma das classes de equivalências definidas, a partir das significações, [...] em função do julgamento do codificador [...] o que exige qualidades psicológicas complementares como a fineza, a sensibilidade, a flexibilidade, por parte do codificador para apreender o que importa. (PÊCHEUX, 1993, p. 65).

De acordo com Fairclough (2001), os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, como também (re)posicionam as pessoas como sujeitos sociais. O autor visitou a obra de Foucault para identificar o discurso como fator de mudança social, à luz da relação dialética entre discurso e realidade social, e aprofundou estudos sobre ideologia e hegemonia discursiva, propondo diretrizes e elementos para análise da prática discursiva, análise textual, e análise da prática social. O discurso é um lugar de poder, e o poder dentro deste lugar é dependente da inserção na ordem do discurso, da legitimação como pessoa que tem o direito da fala. Quanto à prática social, o autor a entende como uma articulação de elementos diversos, como se internalizassem uns aos outros sem serem redutíveis a eles. São

eles: atividades, sujeitos e suas relações sociais, instrumentos, objetos, tempo e lugar, formas de consciência, valores e discurso (quadro 3).

Em sua obra, Fairclough (2001) identificou diferenças na comunicação na prática médica tradicional, a que denominou entrevista médica “padrão” (baseada na concepção biomédica do processo saúde-doença, centrada na pessoa do médico) a qual contrasta com a entrevista médica “alternativa”, as quais foram observadas na análise dos dados.

Na entrevista médica padrão o controle da interação (tomada de turnos e controle de tópicos) através de perguntas fechadas, obedece uma agenda pré- estabelecida. Já na entrevista médica alternativa as perguntas são mais abertas, e o controle de tópicos e turnos se estabelece mais colaborativamente, sugerindo uma aproximação deste padrão com o aconselhamento, que concede aos pacientes espaço para falar. Inclui demonstração de empatia, aproximando o médico e o sujeito doente, que é encorajado a assumir responsabilidade pelo próprio tratamento.

Ao estudar a relação médico-paciente Fairclough analisa o *ethos* estabelecido. Este pode ser observado através de hábitos e comportamentos de um grupo, sendo constituído pelas crenças e valores (re)produzidos pelos contextos sociocomunicativos em que estão inseridos.

Na prática médica padrão, os médicos reforçam um *ethos* científico, que se realiza “*na forma como tocam e olham os pacientes ao examiná-los, na maneira como filtram as contribuições dos pacientes e na ausência de gentilezas de significado interpessoal, como a polidez*” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 182). O predomínio do *ethos* científico inclinaria, segundo o autor, ao tratamento dos pacientes não como pessoas, mas como casos. Nesta abordagem, o médico consistentemente manifesta “a voz” da medicina e as contribuições do paciente mesclam a voz do médico a do “mundo da vida”, e estas se interrompem mutuamente, estabelecendo uma relação de conflito.

Em contrapartida, a entrevista médica “alternativa” se desenvolve como conversação, mais próxima de um *ethos* do mundo da vida. Ao rejeitar o elitismo formal, o médico se distancia da figura do cientista em favor de uma pessoa próxima das questões existenciais, “*se comportando um amigo interessado e solidário, um bom ouvinte*” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 208). Ao dar espaço para que o paciente narre sua história, encoraja-o com manifestações de atenção, o que favorece a compreensão e a adesão ao tratamento. Esta entrevista médica se utiliza de habilidades específicas elencadas por Cohen-Cole (1991) como capazes de promover uma relação médico-paciente responsiva às “necessidades” do paciente, quais sejam: reflexão, legitimação, apoio pessoal, parceria e respeito.

O contexto imediato das interações analisadas apresenta ilações com os resultados desta análise. O Ambulatório do IHB, ambiente da pesquisa de campo, é referência nacional e internacional de boa prática e ensino da Homeopatia. Ser atendido neste serviço se configura como uma oportunidade de acesso ao tratamento homeopático por profissionais de assumida capacitação técnica, assim como excelso compromisso com os princípios filosóficos desta racionalidade.

As gravações das consultas foram cronometradas em segundos, e posteriormente convertidas em minutos. Esta mensuração foi útil para a identificação discriminada das tomadas de turnos, controle de tópicos e pausas significativas, contribuindo para caracterizar a dinâmica das interações. As primeiras folhas dos transcritos e mensurações realizadas podem ser verificadas no Apêndice B. As tabelas elaboradas a partir da análise dos dados são apresentadas no capítulo seguinte.

O material obtido das gravações de consultas de primeira vez foi submetido à análise de conteúdo, com intenção de efetuar a descrição dos conteúdos declarados e, por meio de inferências fundamentadas, extrapolar o enunciado manifesto, procurando caracterizar como os fundamentos da racionalidade homeopática se expressam na prática clínica.

Empregamos a técnica de análise temática, que "*consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação, cuja presença (ou frequência) de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido*" (BARDIN, 1977 p. 105). As gravações das consultas foram transcritas e lidas diversas vezes na fase de pré-análise (*leitura flutuante*) até a obtenção de uma visão de conjunto do material para sistematização de suas particularidades em temas. "*O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura*" (BARDIN, 1977, p. 105).

Os temas identificados segundo uma classificação inicial e via processo progressivo de categorização, geraram os eixos temáticos que serão apresentados. As categorias analíticas previamente definidas foram: 1) controle interacional (tomada de turnos e controle de tópicos); 2) evidência de capacidade empática (atitudes de apoio, legitimação, respeito e polidez); 3) predominância do *ethos* científico x *ethos* do mundo da vida. Após a análise temática os temas foram (re)organizados em outras categorias, quais sejam: a) concepções de saúde-doença-cuidado, b) itinerários terapêuticos, c) o papel do médico.

As categorias prévias e as emergentes foram então agrupadas em três blocos:

1) Vozes e Silêncios (Com) Sentidos: Tomada de Turnos e Controle de Tópicos

- 2) Ampliando e Compartilhando Olhares: concepções de saúde-doença-cuidado e itinerários terapêuticos
- 3) Da Ausculta Aplicada a Escuta Implicada: predominância do *ethos* científico x *ethos* do mundo da vida; evidência de capacidade empática (atitudes de apoio, legitimação, respeito e polidez); o papel do médico.

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu às normas vigentes na Resolução CNS nº196/96, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ e aprovada. Pacientes e médicos foram assegurados seus direitos de retirar consentimento em qualquer fase posterior, sem penalizações, e uso sigiloso do material. Pacientes e médicos se posicionaram sobre sua participação através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, obedecendo às normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na Resolução CNS nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias (Apêndice X), uma das quais foi entregue aos pacientes e médicos, e outra arquivada pela pesquisadora, contendo informações que lhes permitia identificar e procurar a pesquisadora.

Quadro 3 – Elementos da prática social “consulta médica padrão” e “consulta médica alternativa”

Atividade	Consulta médica Padrão	Consulta médica alternativa
Sujeitos	Médico e pacientes	Médicos e pacientes
Relações sociais	Relação assimétrica de poder, no cuidado e atenção às pessoas, lhes diminuindo a autonomia. Distanciamento social, interposição da instituição nas relações, dessubjetivação.	Relação de proximidade e envolvimento que permite o relato de subjetividades e contribui para ressignificação dos sentidos do processo de adoecimento. Desenvolve-se como uma conversa em tom de aconselhamento.
Instrumentos	Entrevista médica. Agenda médica. Tecnicismo, farmacologização e medicalização.	Entrevista médica. Agenda do paciente e agenda do médico.
Tempo	Período variável de realização da consulta médica com predomínio de falas e introdução de tópicos pelo médico.	Período variável de realização da consulta com falas e introdução de tópicos organizados de forma colaborativa.
Lugar	Consultório médico	Consultório médico
Formas de Consciência	Interposição nas relações humanas dos equipamentos e insumos, tidos como um bem em si, ou seja, o acesso aos mesmos já é o êxito da prática. <i>Ethos Científico</i>	Considera as experiências de vida e as concepções de mundo do paciente. <i>Ethos do mundo da vida</i>
Valores	O médico é o sujeito do suposto saber – “a voz da medicina, a fala da ciência.”	O médico respeita e acolhe as narrativas do doente.
Discurso	Jargão médico. Elitismo formal, distanciamento pessoal, imediatismo, redução do tempo de consulta. Objetivação do sujeito à doença, não reconhecimento das singularidades e diferenças no processo de adoecer. Cultura somática, que reduz o outro a seu corpo, com centralidade da atuação clínica do médico.	Enfatiza a concessão aos pacientes do espaço para falar, reconhece as singularidades e experiências pessoais do processo de adoecer, com demonstração de empatia em relação a seus relatos.

Fonte: A autora (2015), adaptando modelo de Oliveira & Carvalho (2013) sobre a relação professor/aluno.

O Todo sem a parte não é todo,
A parte sem o todo não é parte
Mas se a parte o faz todo sendo parte,
Não se diga que é parte sendo todo. [...]
E feito em partes todo em toda parte
Em qualquer parte sempre fica o todo. [...]
Não se sabendo parte desse todo,
Um braço, que lhe acharam sendo parte,
Nos disse as partes todas desse todo.

Ao Braço do Mesmo Menino Jesus Quando Apareceu,

Gregório de Matos

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, apresentamos os resultados da Análise de Conteúdo a qual foi submetido o material obtido das gravações orais das consultas de primeira vez realizadas no Ambulatório do IHB. As entrevistas foram transcritas e os trechos que aqui se encontram reproduzidos retratam elementos das consultas e subsidiam as análises. Preservados como transcritos das gravações, passaram por eventuais pequenos ajustes (para melhor inteligibilidade dos conteúdos/contextos), assim assinalados: com colchetes [] para acrescentar contexto e indicar ao que se referia o assunto; reticências entre parênteses [...] para indicar que conteúdos foram removidos, sem intenção de modificação do sentido; e por reticências negritadas entre vírgulas „...“, para destacar os espaços de pausas/silêncios mais longos (três segundos ou mais), durante os diálogos, que refletissem momentos facilitadores para que médicos e pacientes pensassem no que foi dito, no que responder, ou ainda, transferir a responsabilidade do turno (a palavra) em prosseguir o diálogo.

Médico, paciente e acompanhante estão representados, respectivamente, de forma abreviada por M, P e A e ao fim de cada transcrito identificados de acordo com as díades formadas em consulta.

Este capítulo está estruturado em quatro partes. Na primeira, é apresentado um sumário das consultas que as contextualize e facilite a compreensão dos diálogos. Nas subsequentes apresentamos os três blocos em que foram agrupados os conteúdos analisados e suas respectivas discussões. Na segunda, “Vozes e Silêncios (Com) Sentidos: Tomada de Turnos e Controle de Tópicos”, podemos observar como se estabeleceu o encontro dialógico em consulta. Na terceira, “Ampliando e Compartilhando Olhares”, através das concepções de saúde-doença-cuidado e itinerários terapêuticos acompanhamos os caminhos trilhados em busca de compreender e tratar os agravos a saúde que motivaram aos pacientes procurar o atendimento homeopático. Na quarta, “Da Ausculta Aplicada a Escuta Implicada” subdividida: predominância do *ethos* científico x *ethos* do mundo da vida; evidência de capacidade empática (atitudes de apoio, legitimação, respeito e polidez); o papel do médico, retratamos o “atendimento médico” que se estabelece a racionalidade homeopática.

4.1. Sumário das consultas

Para facilitar a compreensão das interações médico-paciente, seguem-se sumários das mesmas, com base nas “queixas clínicas principais” reportadas ao médico ao início do atendimento, com breve contextualização. As identidades de médicos e pacientes foram preservadas através do uso de pseudônimos escolhidos entre gemas preciosas e flores. As consultas estão numeradas de 1 a 8 e guardam correlação com as tabelas onde estão representados os tempos de consulta, falas de médicos e pacientes, assim como a troca de turnos.

1) Consulta realizada entre *Dr Jaspe e D. Turmalina*

D. Turmalina é uma senhora na terceira idade, 74 anos, viúva, e comparece a consulta acompanhada pela filha, D. Ágata que participa ativamente com inúmeras intervenções. Procura tratamento para “gordura no fígado”.

2) Consulta realizada entre *Dr Jaspe e D. Rubi*

D. Rubi é uma jovem senhora de 41 anos, casada, que comparece a consulta acompanhada pela mãe, D. Cristal, com queixas em sistemas orgânicos diversos, referindo ter sido diagnosticada e tratada por outros profissionais para “problema de nervos”.

3) Consulta realizada entre *Dra Gardênia e D. Violeta*

D. Violeta é uma senhora de 51 anos, solteira, que busca solução para crises alérgicas de que sofre há 20 anos, relatando outros tratamentos prévios.

4) Consulta realizada entre *Dra Gardênia e D. Rosa*

D. Rosa é uma senhora de 54 anos, divorciada. Procura atendimento para tratar crises de alergia complicadas com infecções respiratórias, egressa de outros tratamentos.

5) Consulta realizada entre *Dra Safira e D. Esmeralda*

D. Esmeralda é uma senhora de 63 anos, viúva, que procura atendimento para quadro de diarreia crônica de 20 anos de evolução, tendo passado por múltiplos especialistas e investigações médicas, sendo recentemente diagnosticada como “alergia ao glúten e lactose”.

6) Consulta realizada entre *Dra Safira e D. Ametista*

D. Ametista é uma senhora de 51 anos, casada. Procura atendimento para tratar do “sistema nervoso abalado” com queixas de ansiedade diagnosticadas e tratadas por outros profissionais como síndrome do pânico.

7) Consulta realizada entre *Dra Dália e D. Margarida*

D. Margarida é uma senhora de 49 anos, casada. Queixa-se de dores de cabeça há 28 anos e ansiedade diagnosticadas como crises de enxaqueca e

depressão/ síndrome do pânico, com relato de inúmeros tratamentos prévios, inclusive psiquiátrico.

8) Consulta realizada entre *Dra Dália e D. Hortênsia*

D. Hortênsia é uma jovem de 24 anos, vivendo em união estável com um rapaz. Procura atendimento homeopático após outros tratamentos médicos e psicológicos para crises de ansiedade, insônia, distúrbios digestivos e aumento de peso.

4.2 Vozes e silêncios (com) sentidos: tomada de turnos e controle de tópicos

O que perfaz um verdadeiro diálogo não é termos experimentado algo de novo, mas termos encontrado no outro algo que ainda não havíamos encontrado em nossa própria experiência de mundo.
Gadamer (2004, p. 247).

Conforme introduzido no item Plano de Análise, Fairclough (2001) denominou controle interacional à categoria de análise do discurso que explora a dinâmica dos participantes da prática discursiva. *“A investigação do controle interacional é, portanto, um meio de explicar a realização e a negociação concretas das relações sociais na prática social”* (FAIRCLOUGH, 2001, p. 192).

A análise da tomada de turnos e controle de tópicos na interação entre médico e paciente oferece subsídios que podem apontar diferenças entre entrevista médica padrão e alternativa. Tomada de turnos é a passagem da vez de falas de um sujeito para outro em um diálogo. Sua natureza dinâmica é dependente das relações de poder entre esses sujeitos, assim como o controle de tópicos, que se refere à forma seletiva como o médico introduz os turnos e perguntas, e considera as respostas do paciente para as mesmas.

Na consulta médica padrão o controle interacional é tipicamente exercido pelo médico, que estabelece os ciclos de pergunta-resposta-avaliação, introduzindo os novos tópicos e comandando a duração dos turnos de fala. Suas perguntas são tipicamente diretivas (fechadas), de modo a obter respostas consideradas segundo a sua agenda de prioridades.

Na consulta médica alternativa, a sequência de turnos é organizada de maneira mais colaborativa, sendo o controle sobre a introdução e a mudança de temas/tópicos, compartilhado com o paciente. Estruturada em torno de um relato mais prolongado do paciente, é entremeada de manifestações de atenção do médico na forma de respostas

interativas que demonstram a sensibilidade do mesmo ao relato (FAIRCLOUGH, 2001, p. 178-180).

Na presente pesquisa, os tempos de fala foram cronometrados a partir das gravações das entrevistas, somando 227 minutos de interações. Foi utilizado o critério de arredondamento para exclusão das casas decimais. Por representarem valores inferiores à ordem de um minuto, as estatísticas referentes às médias e desvio padrão dos tempos de fala foram mantidas em segundos.

A gravação da consulta 8, entre Dra Dália e D. Hortênsia, por motivo de falha técnica do equipamento de gravação, foi interrompida por ocasião do exame físico, decorridos 19 minutos, ou seja, o material gravado não inclui a parte final. Considerando a importância dos momentos finais do atendimento de primeira vez, onde é feita a elaboração da proposta terapêutica (e que correspondeu, nas demais consultas analisadas a um maior tempo proporcional de fala do médico, a mesma foi excluída dos cálculos das médias e desvios-padrão de tempos de fala dos médicos e pacientes, e do desvio padrão das mesmas (embora mantida nas tabelas com seus tempos de fala, silêncios e trocas de turnos).

A Tabela 1 apresenta a distribuição do tempo de interação entre médicos e pacientes. Na Tabela 2 estão distribuídos os turnos. Na Tabela 3 serão encontradas as média e desvio-padrão do tempo de fala de médicos e pacientes por fala (em segundos).

Tabela 1 – Tempo de interação entre médicos e pacientes

		Consulta								Média*	Desvio Padrão*
		1	2	3	4	5	6	7	8		
Tempo Total (minutos)		41	31	28	49	32	35	26	19	32	8
Tempo (minutos)	Médico	17	6	5	8	7	10	4	2	7	4
	Paciente	14	11	23	36	21	24	22	17	22	8
	Silêncio	10	13	0	5	4	1	0	0	4	5
Tempo (%)	Médico	42%	20%	18%	16%	21%	27%	16%	10%	20%	9%
	Paciente	33%	38%	80%	74%	68%	69%	83%	89%	69%	20%
	Silêncio	24%	42%	2%	10%	12%	4%	2%	1%	10%	15%

Fonte: A autora.

*A média e o desvio-padrão do tempo total da consulta e tempo utilizado por médicos e pacientes excluem os registrados na consulta 8

Tabela 2 – Turnos de interação entre médicos e pacientes

		Consulta								Média*	Desvio Padrão*
		1	2	3	4	5	6	7	8		
Número de Falas		249	174	74	184	153	136	99	111	153	58
Número de Falas	Médico	115	83	37	92	77	68	50	56	77	26
	Paciente	134	91	37	92	76	68	49	55	76	32
Número de Falas (%)	Médico	46%	48%	50%	50%	50%	50%	51%	50%	50%	2%
	Paciente	54%	52%	50%	50%	50%	50%	49%	50%	50%	2%

Fonte: A autora, 2015.

*A consulta 8 encontra-se excluída no cálculos da média e o desvio-padrão dos turnos entre médicos e pacientes, e do percentual número de falas de cada um na interação.

Tabela 3 – Média e desvio-padrão do tempo de fala de médicos e pacientes por fala
(em segundos)

		Consulta								Média*	Desvio Padrão*
		1	2	3	4	5	6	7	8		
Média (segundos)	Tempo Médico / Fala	9	4	8	5	5	8	5		5	2
	Tempo Paciente / Fala	7	8	37	23	17	21	26		21	11
Desvio Padrão (segundos)	Tempo Médico / Fala	15	6	22	7	7	23	12		12	7
	Tempo Paciente / Fala	9	10	47	30	23	18	26		23	13

Fonte: A autora, 2015.

*Os registros de tempo e turnos da consulta 8 não foram considerados.

O intervalo de tempo de duração das consultas analisadas variou entre 26 e 49 minutos, sendo a média de tempo das consultas de 32 minutos. O tempo de fala total dos médicos variou entre 4 e 17 minutos. O tempo médio gasto pelos médicos em suas falas variou entre 5 e 9 segundos, sendo a média do tempo falado pelo médico de 5 segundos/fala.

O tempo total de falas dos pacientes variou entre 11 e 36 minutos. O tempo médio gasto pelos pacientes por fala variou no intervalo de 7 a 37 segundos, sendo a média do tempo falado pelo paciente de 9 segundos/fala. Podemos observar que nas consultas analisadas, o número de falas (tomada de turnos) do médico variou entre 46 a 51% (média de 50%) e a dos pacientes entre 49 a 54% (média de 50%), ou seja, foi estabelecido um equilíbrio na tomada de turnos. Os dados analisados demonstram abertura e estímulo à comunicação em fluxo (CARRIÓ, 2012).

Durante o tempo total de consulta, o percentual do tempo médio de fala ocupado pelos médicos foi de 20% (variando entre 16 a 42% do tempo total das consultas), sendo que os pacientes ocuparam em média 69% do tempo (variando entre 33% a 83%) falado. Os silêncios mensurados na interação entre médicos e pacientes variou entre 2% a 42% do tempo total da consulta (média de 10%).

Tipicamente o controle de tópicos foi exercido com parcimônia pelos médicos, autorizando um relato fluido, com interrupções em geral breves, utilizadas para apoio narrativo ou esclarecimentos.

Vejamos o que aconteceu durante a consulta de Dra Safira e D. Ametista, encaminhada por uma amiga para tratar seu “sistema nervoso abalado” frente às crises familiares (filho usuário de drogas; marido com sequelas de acidente vascular cerebral). Esta consulta transcorreu durante 35 minutos dos quais 27% foram utilizados pela médica e 69% pelo paciente, sendo a troca de turnos simétrica, 50% para cada, e as pausas significativas de 4% do tempo total da consulta.

Um tempo maior falado pelo paciente e/ou um maior número de falas não é isoladamente indicativo de uma boa interação, é necessário observar a qualidade desta interação, que neste caso ocorre através da escuta ativa de Dra Safira, cujas falas, acontecem intermediando o diálogo para esclarecimentos sobre os problemas de saúde enfrentados por D. Ametista, com um inquérito voltado para suas queixas (predominantemente subjetivas) e para o contexto psicossocial de seu adoecimento: *“AH! Foi então nessa época que você começou a ter os sintomas. O que apareceu para você perceber que não estava bem?”*; *“E o seu marido nessa situação? Também participa?”* *“E você está frequentando algum grupo de apoio que possa te orientar nessa situação?”*

Atitudes de apoio narrativo, empaticamente legitimando o relatado por D. Ametista, também podem ser verificadas, e correspondem a expressão percentual dos silêncios(4%) aferidos nesta consulta: *“Então já vem acontecendo há alguns anos, desde lá de trás,...”*; *“Entendo,..., então veio vindo num crescendo,...”*; *“Você tenta ajudar e não consegue,...”*. A reticência, os silêncios e as aparentes hesitações do médico presentes durante a consulta conferem o tom de conversação à troca de turnos.

Assim como ocorrido na consulta de Dra Safira e D. Ametista, observamos que a maior parte do tempo foi utilizado pelo paciente, sendo que apenas em uma delas o tempo do médico foi superior ao do paciente. Esse tempo foi utilizado na explicação detalhada do tratamento, e reflete o que ocorreu em todas as consultas: o tempo de fala mais prolongado do médico foi o utilizado para esclarecimentos e orientação terapêutica.

A consulta em que o tempo utilizado pelo médico (42%) foi superior ao da paciente (33%) apresentou algumas peculiaridades: a paciente compareceu acompanhada pela filha, que não apenas participou ativamente da entrevista médica, como de forma contínua tomava o turno e (re)dirigia a consulta para questões de seu interesse, com anuência polida de Dr Jaspe – *“A gente quando marca a consulta, porque depois eu quero vir, pode pedir o médico, ou é aleatório?”*; *“Todo homeopata é calminho como você?”*; *“Uma colega me disse para procurar ajuda com um homeopata[...] eu já cheguei prá ele dizendo...é isso, isso e isso...e ele parado me ouvindo e eu toda estressada, eu quero esse remédio aqui, falei.”* *“Estou pegando aqui uma carona.”* *“Essa farmácia que ele indicou é boa, é confiável?”*

Dr Jaspe não apenas permitiu a ativa participação de D. Ágata, como utilizou das mesmas para melhor esclarecer mãe e filha sobre a terapêutica homeopática, como será relatado na sequência do capítulo. Nesta consulta, dos 41 minutos totais de interlocução, 17 minutos foram utilizados pelo médico, sendo que destes, 5 minutos foram esclarecendo dúvidas/curiosidades da acompanhante e 6 minutos foram dedicados a explicação do tratamento a ser instituído, perfazendo 64% do tempo total gasto em falas pelo médico. Nesta interação, 10 dos 41 minutos, ou seja, 24% do tempo total da consulta foram de silêncio.

De acordo com Fairclough (2001), na entrevista médica padrão, as perguntas dirigidas pelo médico não são abertas, coibindo a liberdade de expressão ao paciente, sendo a fala do paciente interrompida tão logo o médico esteja satisfeito, com base na seletividade que adota para valorizar as informações obtidas, mesmo que isso frequentemente signifique interromper o turno do paciente e abafar suas falas sobrepondo novas perguntas e mudando o tópico. Em contrapartida, a entrevista alternativa é caracterizada pelo autor como uma “conversa terapêutica” claramente ligada a valores, tais como tratar o (a) paciente como pessoa e não apenas um caso, a qual seria mais permeável ao compartilhamento de sentidos, envolvendo crenças e valores, expectativas e sentimentos (e supostamente melhor acolhimento), o que foi verificado em todas as consultas analisadas.

A técnica de “modalização de sintomas” (caracterização minuciosa) inerente a semiótica homeopática demanda algumas perguntas fechadas, que conduzem a respostas objetivas como “sim” ou “não”, úteis para a individualização. Por exemplo, na consulta entre Dra Dália e D. Margarida, onde a última procurou atendimento com múltiplas queixas (inclusive enxaqueca há quase três décadas), destacamos as seguintes perguntas fechadas: *“Ainda está menstruando?”*; *“As dores de cabeça aparecem antes ou depois da menstruação?”*; *“Isso ocorre mais durante a noite?”*; *“Prefere ficar no escuro?”*; *“Barulho também incomoda?”*; *“E cheiro, incomoda?”*.

Simultaneamente, na sequência investigativa sobre as crises de enxaqueca, podemos observar a centralidade do inquérito de sintomas na pessoa através das perguntas abertas: “*Como são suas crises?*”; “*Como você caracteriza essa dor?*”; “*O que você sente?*” “*Está associada a alguma evento de sua vida?*”; “*Sente mais alguma coisa durante a menstruação?*” Perguntas abertas conduziram a enunciação e por vezes a reflexão do vivido, como no transcrito abaixo extraído desta consulta:

P: Começou quando eu estava do terceiro para o quarto mês de gravidez [há 28 anos]. [...] Eu estava muito tensa, foi uma gravidez muito conturbada, eu não esperava essa gravidez, meus pais não aceitaram muito. [...] Foi muita pressão de pai e mãe, eu fiquei fechada em casa, os pais diziam que eu não ia casar. Aliás, eu não casei porque meus pais não quiseram que eu casasse. Eu fui obrigada a fazer tudo para não contrariar. [...] Eu percebo que toda vez que estou muito estressada ou que sou magoada tenho as crises,...,tenho ressentimentos, sou difícil de perdoar.
(D. Margarida).

Uma relação interpessoal é necessária para estabelecer um diagnóstico, um plano educativo e terapêutico (COHEN-COLE, 1991). O primeiro minuto do encontro entre médico e paciente é de importante valor simbólico, nele o paciente é reconhecido (ou não) como centro do ato clínico. Acolher ao paciente com respeito e cordialidade minimiza dificuldades na comunicação. Atitudes de interesse para com o paciente (chamá-lo pelo nome, um olhar com atenção, um sorriso, um aperto de mão) desde o início da interlocução denotam abertura ao diálogo e consideração, favorecendo a construção de uma relação terapêutica exitosa (CARRIÓ, 2012; AYRES, 2011).

No exemplo abaixo a médica estimula o relato livre, e não faz perguntas objetivas que poderiam restringir as respostas, condicionando-as aos sintomas da doença, para a qual segundo a própria paciente, ainda não obteve ajuda. Em linguagem coloquial (“*me conta então*”), oferece oportunidade a paciente de expor o contexto doméstico e seus dramas, os quais a mesma associa aos “abalos” a sua saúde psíquica.

- M: O que a traz aqui hoje, D. Ametista?
- P: AH Doutora, estou com o sistema nervoso abalado devido as consequências da vida, [...] meu filho de 30 anos me dá muito trabalho, e tem também o meu marido que teve um AVC hemorrágico há 4 anos e quem cuida dele sou eu[...].
- M: O que apareceu para a Senhora perceber que não estava bem?
- P: Eu sinto falta de ar, o meu fôlego não completa, a minha respiração fica cortada e ultimamente estou tendo insônia, um sono sem qualidade. [...]Eu estou num lugar e de repente eu tenho a sensação de que algo muito ruim está para acontecer e eu tenho que parar o que estou fazendo e ir prá casa [...]vai me dando uma angústia,..., aperta meu peito, bem aqui no coração, e eu tenho que largar tudo e ir embora [...]. Até agora não encontrei quem me pudesse me ajudar.
- M: **Me conta então,...**, [grifo nosso]
- P: Olha, na verdade eu tenho esses problemas de nervos há algum tempo porque antes desses problemas, de meu marido ser uma pessoa doente, ele me trouxe muita

tristeza,...por traição,...foi aí que eu adquiri esses problemas de nervos, isso da respiração não completar. (Dra Safira e D. Ametista)

Após indagar da paciente o que a trazia ao atendimento e o que acontecera para que percebesse que algo não ia bem, Dra Safira escutou D. Ametista, sem interrompê-la durante 1 minuto, e quando o fez foi para elicitá-la sua percepção sobre o que estava acontecendo em sua vida que pudesse estar comprometendo sua saúde (LYNCH&MEDIN, 2006). Esta consulta durou 35 minutos, dos quais 69% (24 minutos) foram utilizados pela paciente para relatar as angústias e dúvidas suscitadas pelas dificuldades domésticas, e os impactos e consequências a sua saúde e qualidade de vida.

Já na consulta com a Dra Gardênia, D. Rosa introduz o tema “menopausa” o qual é adiado pela médica, que prefere conduzir a sequência da consulta para o aprofundamento de sintomas concernentes à queixa principal, usando a prerrogativa do controle de tópicos. Dentro da semiótica desta racionalidade, modalizar cada “queixa sintoma” é parte de sua técnica de individualização.

- M: Muito bem, D. Rosa, por que você está aqui hoje? Por que está procurando a Homeopatia?

- P: Eu fui indicada porque eu já procurei muitos médicos e sempre com problemas de alergia [...]tem duas semanas que fiquei de cama, com rinite, sinusite, coceira nos olhos, espirrando muito[...] e também tenho dermatite de contato, que fica coçando e aí aqui fica tudo feridinho, arde à beça quando tomo banho.

- M: Certo... Agora me diz uma coisa,você tem esses problemas há muito tempo?

- P: Não. Não tenho não. Eu comecei com isso quando tinha 39 anos, quando entrei na menopausa. Tudo começou na menopausa.

- M: 39 anos na menopausa? Então sua menopausa começou bem antes da época. [...] Nós vamos conversar sobre a menopausa,..., mas me diga como essa questão alérgica de que se queixou afeta você? Tudo o que você sente ,..., como você sente. (Dra Gardênia e D. Rosa)

Esta foi uma consulta que durou 49 minutos, sendo que destes, 74% (36 minutos) foram utilizados pela paciente. As pausas (10% do tempo de consulta, aproximadamente 5 minutos do total da interlocução) sinalizam estímulo ao prosseguimento do diálogo, assim como criam o tempo necessário para anotações e reflexão. Ao longo de toda a consulta, à medida que os sintomas da doença eram relatados, as interrupções da Dra Gardênia foram utilizadas para redirecionar o relato de D.Rosa para a personalidade, numa tentativa de individualização: *“Como essa questão alérgica de que se queixou afeta você?”* *“Tudo o que você sente ,..., como você sente.”* *“Traduz em palavras esse momento da sua vida.”* *“Como você experienciou isso?”* A questão “menopausa” é retomada posteriormente, bem como a “síndrome do pânico” que emergiu no relato da paciente. A Dra Gardênia reintroduz os

tópicos anteriormente propostos pela D. Rosa, estimulando-a a rememorar os acontecimentos e circunstâncias de sua vida por ocasião do início dos sintomas:

- M: OK, ... Então agora vamos falar agora sobre duas coisas, a menopausa e a síndrome do pânico. Quem veio primeiro?

- P: A menopausa.

- M: Então me fala como foi, **como estava sua vida aos 39 anos?** [grifo nosso].

- P: Começou assim [...] com muita hemorragia, muita mesmo, com pedaços, coágulos [...] muita cólica [...] até ter que parar de trabalhar no dia, porque vinha muito [...]aí falei com o médico e ele falou que poderia ser um cistozinho e que o remédio ia dissolver e resolver, e resolveu [...] Aí aos 40 anos não veio mais, a doutora passou tudo quando foi tipo de exame, inclusive de hormônios, que estava normal ,,,, disse que devia ser uma menopausa precoce [...] e aí toma remédio [...]. Agora tem 2anos, começaram uns calores no rosto, muito nervoso, e aí eu fui no médico para uma coisa e ele me falou que era com a síndrome do pânico que eu estava[...].

- M: Mas espera aí... Na época que você estava com calores no rosto...?

- P: Eh,....O médico me encaminhou para o cardiologista que fez todos os exames e aí disse que eu estava era com a síndrome do pânico, porque os sintomas que eu sentia eu falei prá ele, era palpitação, um medo que parecia até que eu ia morrer.

- M: Ah! Então não eram só calores no rosto, **então você vai me dizer tudo o que você teve [...]** Então [...] você tinha 51 anos, há 3 anos atrás [...]. **Eu quero que você me diga tudo o que sentiu nessa época.** [grifo nosso].

(Dra Gardênia e D. Rosa)

A prerrogativa do controle pelo médico pode ser usada para valorizar as queixas da paciente: *“Mas espera aí... Na época que você estava com calores no rosto...?”* Esta interrupção do relato da paciente suscitou aprofundamento dos conteúdos, sugerindo interesse e valorização das experiências e percepções de D. Rosa sobre seu processo de adoecimento. A abordagem centralizada no paciente oferece ao médico o conhecimento das crenças do paciente sobre a sua doença, o significado pessoal e social que lhe é atribuído, além de suas expectativas sobre o que lhe vai acontecer, como serão os procedimentos médicos e seus objetivos terapêuticos (KLEINMAN, 1978).

Vejamos a interação abaixo. Lembrando da importância do primeiro minuto da consulta, após os dez segundos iniciais gastos pela médica indagando o que a trazia D. Hortênsia a consulta, e uma primeira listagem de queixas pela paciente, Dra Dália busca contextualização de ocasião e circunstâncias envolvidas, conduzindo a paciente a uma fala entremeada de pausas e silêncios expressivos de seu sofrimento e a exposição da “queixa” de não ser ouvida e compreendida.

A atitude de cordialidade, de escuta sem ressalvas, denota apoio narrativo. Incentivada pelo apoio de Dra Dália, *“O que foi que aconteceu?”*, a paciente evolui para um relato ininterrupto da crise conjugal deflagrada de seus distúrbios. D. Hortênsia, falará então durante 10 minutos com brevíssimas interrupções, em média de 2 segundos, utilizados pela médica a fim de obter maiores detalhes: *“Como foi essa separação?”* *“Fale mais sobre isso,*

não estou entendendo direito.” “O que você chama de ansiedade? O que você sente?” “Os medos como são? Fala pra mim.”” “Por que você desiste?”

O contexto do adoecimento assim se delinea. Desta consulta temos registro até o décimo nono minuto devido a problemas do dispositivo de gravação, ocorrido a partir do momento do exame físico. Porém, como nas demais, independentemente da falha técnica, foi possível observar o silêncio respeitoso do médico acolhendo o relato nos momentos de lembranças mais dolorosas. Ao longo do desenvolvimento de toda a consulta ocorreu uma tomada de turnos equilibrada (50% das falas foram da médica), em que Dra Dália interage estimulando ao relato com intuito de modalizar as queixas e compreender a individualidade de D. Hortênsia.

- M: O que te trouxe a homeopatia?
 - P: Eu não consigo dormir. Muita ansiedade, eu já fui em vários psicólogos[...]
 - M: E quando foi que isso começou?
 - P: Ah, isso começou no ano passado depois que me separei.
 - M: Foi depois da separação?
 - P: Sim, foi depois da separação,....
 - M: Quem foi que quis separar, você ou ele? O que aconteceu?
 - P: Fui eu, foi uma separação muito conturbada... [...] não aguentava mais a vida que estava levando... [...] Muitas brigas, muita pressão da parte dele, mexeu muito comigo. De dois anos pra cá tive que fazer tratamento com psicólogo, coisa que nunca precisei, uns medos. Eu deveria continuar o tratamento, mas não encontrei um psicólogo que fosse mais profundo... [...] gastando dinheiro à toa, me passam uns remédios que nada a ver.
 - M: Os medos, como são? Fala para mim.
 - P: Ah, aquela sensação de que vai morrer... Já fui a médico, já falei e o que eles dizem é que eu tenho que controlar isso, mas como é que eu vou controlar? Eu não consigo sozinha controlar um troço desses, aí passam remédio... mas nenhum deu jeito... [...].
 - M: Mas fala mais disso, não estou entendendo direito. Como é?
 - P: É uma agonia, uma coisa dentro de mim... [...] As coisas que eu fazia antes, sair com as pessoas, conversar, sair sozinha, me dá um medo, não faço mais.
- (Dra Dália e D. Hortênsia).

Observamos que na totalidade das consultas, a tomada de turnos predominantemente se organizou de forma colaborativa, em vez de ser assimetricamente controlada pelo médico, sendo o controle sobre a introdução e a mudança de temas/tópicos, nesse caso, compartilhado com a paciente. A cooperação que se estabeleceu facilitou a exposição de preocupações e crenças/expectativas sobre a doença.

O modelo informativo da consulta médica padrão concorre para uma interação onde o médico funciona como um técnico, fornecedor de informações corretas para o paciente. A superação deste tipo de relação paternalista, de caráter informativo, assimetricamente controlado pelo médico, implica na necessidade de conceber o processo de comunicação para além do direito à informação.

O processo de estabelecimento de uma relação empática com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente. Este modelo dialógico exige mudança de atitude do médico que avance na construção de vínculos de confiança. A elaboração negociada de uma proposta terapêutica minimizaria problemas da “adesão”. Considerar dificuldades, avaliar obstáculos/resistências a serem superados, assim como prever a revisão, também negociada, do tratamento, são atitudes intrínsecas a este modelo.

Nesse sentido, no exemplo abaixo, podemos verificar que o Dr Jaspe aproveita o momento da elaboração da proposta terapêutica para elucidar elementos da diagnose e terapêutica homeopáticas, preparando a paciente para a sequência do tratamento. Dr Jaspe estimula D. Turmalina ao desenvolvimento da observação de si mesma, informando da possibilidade de alterações a partir da observação sobre a evolução de seu próprio estado. Agindo assim, incita D. Turmalina a agir proativamente no acompanhamento e seguimento da própria saúde mediante o desenvolvimento da habilidade de auto-observação.

- Dr Jaspe: Como é a primeira consulta, o que geralmente faço é um retorno em 1 mês, 1 ½ mês para reavaliar [...] e aí **vamos reajustando a fórmula a partir da segunda consulta de acordo com o que a Senhora me contar da evolução**[grifo nosso]. A Senhora vai me dizer, olha doutor eu melhorei, a dor passou um pouquinho, aquele sintoma que eu estava sentindo quando comia aliviou, a dor de cabeça quando eu comia gordura melhorou, etc.,..., E aí a gente vai ajustando a fórmula de acordo com como a Senhora vai ficando. O objetivo é conseguir deixar a pessoa equilibrada e com um remédio só, melhorar a imunidade.

- D. Turmalina: Ah é?

- Dr Jaspe: Sim, mas às vezes as pessoas passam por circunstâncias da vida que dão uma desequilibrada, precisamos fazer outros remédios [...].

- D. Ágata: Ad eternum?

- Dr Jaspe: [...] Não é *ad eternum* não, depende da pessoa. **A homeopatia é a medicina da pessoa, do ser humano como um todo, só vou medicar se houver necessidade** [grifo nosso], [...] quanto ao tempo de medicamento seu organismo é quem irá dizer. (Dr Jaspe e D. Turmalina)

O trecho acima retrata o momento da prescrição e discute elementos da conduta em uma consulta de primeira vez (orientações). Observamos que nas consultas analisadas, este foi o período da consulta em que o médico utilizou mais a fala, com abertura ao paciente para manifestação de preocupações e dúvidas, as legitimando e negociando condutas. Vejamos abaixo como Dr Jaspe tece considerações sobre os tratamentos previamente instituídos, esclarece sobre a abordagem terapêutica homeopática e compartilha responsabilidades com D. Turmalina.

- M: Então, vou fazer calcarea phosphorica 12 CH, 2 tabletes pela manhã ao acordar.

- P: Isso é antes ou depois da refeição?

- M: Tanto faz, fica a seu critério de escolha, contanto que sejam 3 estímulos por dia.
- P: E aí eu suspendo aquilo que eu tomo?
- M: Não, a Senhora pode tomar junto, um não interfere com o outro, o mecanismo de ação dele é totalmente diferente do remédio alopático, mesmo o remédio que a Senhora compra na farmácia que se diz natural é um fitoterápico, em dose ponderal tem efeito colateral. [...]
- P: É que o exame deu um pouquinho alto o colesterol [...] e aí a outra doutora me passou [um remédio] para o colesterol e nada para o fígado, mandou fazer só a dieta, tirar toda gordura, na água e sal, tirar todo o tempero, nem cebola. Mandou que eu caminhasse para perder peso, 8kg, e com a dieta a gente perde mesmo. Aquele outro eu comprei por minha conta.
- M: A Senhora faz um meio termo nisso. Não precisa ser exagerada. [...] Por enquanto nada radical com o tempo se suspende os outros.
(Dr Jaspe e D.Turmalina)

Este trecho de consulta também permite exemplificar que foi-nos possível observar que três dos quatro médicos participantes desta análise, utilizaram jargões médicos, um dos fatores apontados como limitadores da qualidade da relação médico-paciente. Entretanto, esta é atenuada por não vir acompanhada de outros fatores dificultadores, como a desconsideração a cultura do paciente, e sua compreensão e dúvidas relativas ao tratamento.

4.2.1 Discussão

O ser que pode ser compreendido (leia-se compreender-se) é linguagem. E o que é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão diálogo? Podemos então afirmar que “*sujeitos são diálogos.*” (GADAMER, 1996 apud AYRES, 2009, p. 28).

No encontro entre médico e paciente, distintas subjetividades estão presentes e devem dialogar: um sujeito, portador de necessidades que questionam sua condição de “normalidade”; outro sujeito, doador de possibilidades, cientificamente dadas e aprovadas, para a superação e o retorno à condição de higidez. Este processo de interação objetiva encontrar uma (re)direcionalidade da doença para a saúde. Para tanto, um “saber fazer médico” que prime por ser compromissado em intervir sobre um organismo visto para além de sua dimensão biológica, contribuindo para uma nova “normatividade da vida” deve ser erigido através de um diálogo (induzido pela interrogação da anamnese) de reciprocidade (ACIOLE, 2004).

Segundo Clavreul (1978) faz-se necessário a discussão da medicina como sendo um discurso. Se o paciente participa deste discurso mesmo que não possua seu saber e sua prática, ao médico não cabe pretender possuir todo o saber e toda técnica. Falar da medicina como um discurso permite não restringi-la a cientificidade, e a “máxima” de verdade que este critério invoca, muito embora este institua uma hierarquia do saber. Nesta, “o doente nunca é um outro” em relação a esse discurso. Ele participa dele, é convidado a reunir-se, a submeter-se a ele e, de fato, ele o precede e tenta raciocinar sobre sua doença em termos médicos (p. 49). Entretanto, a exatidão do saber médico não é a verdade. Ao contrário, “*constituindo o que faz seu objeto (doença) como sujeito de seu discurso, a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso médico*” (p. 50).

Hahnemann (2007, parágrafo 1, p. 1) admoestaria que “*já é tempo para que todos que se denominam “médicos” deixem finalmente de enganar a humanidade sofredora com o palavrório destituído de conteúdo e comecem, de uma vez por todas, a agir, isto é, aliviar e curar realmente*. Porém, a tradução de sentidos é delicada. A linguagem utilizada entre ambos deve ser coloquial e clara, portadores que são de experiências e saberes diversos.

Clavreul (1978) vai mais adiante e sugere que, na verdade, também o médico é submetido a uma redução, colocando-se essencialmente enquanto o porta-voz da instituição médica, cujos conceitos e legitimidade é obrigado (e convencido) a defender. É esta ordem que deve ser apresentada e reafirmada ao paciente. Deste ponto de vista, a RMP torna-se, na realidade, a relação entre a instituição médica e a doença, não existindo espaço para a presença subjetiva, isto é, para o sujeito do médico e o sujeito do paciente.

A expressão consagrada por Balint (1984) ao descrever o que ocorre na assistência médica como um “*conluio do anonimato*”, onde a responsabilidade pelas condutas adotadas é diluída por encaminhamentos e opiniões de especialistas, poderia ser considerada um reflexo desta realidade. Assim como os registros nos prontuários médicos, utilizados muito mais como um documento onde o médico presta contas à instituição, relatando-lhe as lesões encontradas no exame e as “corretas” condutas adotadas, do que como um histórico da individualidade do doente em seus processos de adoecimento e recuperação da saúde. O mesmo se pode verificar nos receituários médicos que não importando se o paciente pode ou não comprar o medicamento, primam pela prescrição tecnicamente correta.

Salvaguardando a “boa reputação” do profissional no seu meio, a prática médica assim posicionada atua como um instrumento de consenso/coerção, assegurando a manutenção de uma determinada hegemonia de classe. Como refere Luz (1986), “*reduzir a saúde à ausência*

relativa de doença, a programas médicos curativos ou preventivos, tem sido, no modo de produção capitalista, a forma política de eludir o problema das condições de existência nele vigentes”.

O médico, ao silenciar os aspectos subjetivos que compõem a cidadania, em nome da “neutralidade científica”, atua politicamente conformando o paciente à ordem social em vigor. A relação médico-paciente (RMP) pode ser entendida, neste sentido, como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não hegemônicas. O uso de jargões médicos e o processo de medicalização social são instrumentos desta dupla dominação. A linguagem utilizada pelos médicos estabelece uma barreira linguística através da utilização de um vocabulário especializado, enquanto a medicalização, além de atender aos interesses do complexo médico-industrial, consubstancia a supremacia do conhecimento médico e a dependência do paciente a este. O paciente se vê sujeito aos seus preceitos que transformam as pessoas em doentes em potencial, ou suspeitos, à revelia do que elas sentem de si mesmas (FERNANDES, 1993).

A relação entre saber e prática na medicina foge ao modelo harmonioso que a ideologia corporativa pressupõe. Não por desconhecimento - pelo contrário - mas por uma percepção nem sempre consciente, por parte dos médicos, da inadequação deste saber à realidade (CAMARGO JR., 2003). Erigida nos pilares do positivismo científico, o que se verifica é a ausência de uma relação dialógica entre o médico e o paciente, já que o primeiro nada mais faz do que “dialogar” com a doença que habita o corpo do segundo, e com ela interage, articula, define, recorta e estabelece sua ação. (SCHRAIBER, 1993; ACIOLE, 2003).

Pacientes e médicos refletem essa dialética no encontro que confere autoridade social para o médico, conquanto o agir tanto a saúde quanto a vida implique na autonomia democrática que reivindica para o paciente maior controle e participação no processo do *cuidar de si*, relacionada a visões mais coerentes entre saúde, doença e cura.

A análise da prática comunicacional em termos do controle interacional estabelecida através do diálogo entre médico e paciente na prática homeopática, demonstrou-se simétrica. O equilíbrio na troca de turnos, num ritmo de falas e pausas que permitem a díade médico-paciente reflexão, são evidências de um esforço de escuta ativa e “implicada”, que a consideração pelos enunciados dos pacientes, explicita.

Nas entrevistas clínicas, mesmo que o controle ainda seja exercido pelo médico que orienta a abertura de turnos, ao (re)introduzir tópicos de relevância para seu escrutínio diagnóstico, observamos permutas no controle dos turnos com o paciente. O tempo de escuta

sem interrupções permitiu uma exposição de conteúdos e a condução do diálogo pode assim evoluir para uma construção compartilhada de sentidos sobre os processos de saúde e adoecimento.

Estudos de Marvel *et al.* (1999) sobre a interação médico-paciente em consultas médicas padrão demonstraram que o tempo médio de fala do paciente antes de ser interrompido pelo médico no redirecionamento da consulta é de 23,1 segundos. Mudar de assunto, emitir diagnósticos e/ou assumir condutas precocemente são atitudes de uma escuta semiológica que desconsidera o paciente, prejudicando uma comunicação em fluxo.

Em uma comunicação em fluxo, *“o papel de autoridade cede lugar para o de utilidade: ser útil ao paciente. O tom desta comunicação é integrador de subjetividades, é de aceitação do outro, é empático”* (CARRIÓ, 2012, p. 70). O uso e a interpretação das narrativas são ferramentas operacionais desse encontro, e assumem características tanto semiológicas como terapêuticas, marcadores para acompanhar as trajetórias dos sujeitos em tratamento.

“Amparado”, o paciente consegue falar de si, fazer confissões, o que permite um entendimento ampliado deste em suas vicissitudes, vulnerabilidades e idiosincrasias. E enxaqueca passa ser “uma dor na cabeça que parece que estão enfiando um prego”, pânico é “uma sensação de estar toda desestruturada”, ansiedade é “coração agitado”, e os problemas dos nervos nada mais são senão “estar entre a cruz e a espada frente às tomadas de decisões na vida”.

Da doença para o doente em sua forma singular de adoecer e viver o adoecimento, as tentativas de individualização se sucederam através do controle de tópicos e trocas de turnos em todas as consultas, onde a abertura para o livre relato do paciente foi regra e não exceção. Simultaneamente, algumas rupturas com mudanças bruscas no diálogo, seja da parte do médico, ouvinte e intérprete a traduzir queixas e sintomas em diagnósticos e terapêuticas plausíveis, ou do paciente por dificuldade em expor os sentidos/sensações de seu padecimento ou por preferir maior objetividade na condução de sua avaliação e tratamento, puderam também ser verificadas.

Foi possível observar que o controle é exercido pelo médico. Características de controle interacional da entrevista médica padrão como a introdução de temas, controle de tópicos e uso de jargões médicos, também foram verificadas, porém realizadas de forma indireta e mitigadas pela escuta interessada, estímulos ao relato espontâneo, interrupções sensíveis, reticências que dão, a ambos, tempo de elaboração de sentidos.

Convém notar que a iniciativa de ceder uma parte do controle aos pacientes mesmo numa entrevista médica do tipo conversação, “*na fronteira entre o aconselhamento e a entrevista médica padrão*” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 188), parte do médico. Mesmo numa consulta homeopática é exercido um gerenciamento do uso do tempo (abertura e encerramento da consulta e tópicos), muito embora, devido a sua semiótica, ser este mais longo. Ainda assim, esse gerenciamento é exercido de uma forma que não é característica da prática médica tradicional – os emparelhamentos dos ciclos pergunta-resposta, com ênfase na proposta convite-aceitação remete-nos a anamnese centrada na pessoa, a polidez e ao *ethos* do mundo de vida (a serem descritos e discutidos ao longo deste capítulo).

Segundo Caprara e Rodrigues (2004), 25% dos benefícios oriundos da prática médica não estão relacionados com a qualificação tecnológica do médico ou com os efeitos terapêuticos dos medicamentos (ou de placebos), mas com os efeitos terapêuticos da própria palavra do médico, sobre uma série de sintomas que surgem como eventos ligados aos fenômenos de estresse (cefaleia, cansaço, constipação, problemas gástricos, modificações do peso etc.). Esses autores chegaram à conclusão de que o maior tempo de consulta favorece uma melhor anamnese e conseqüente melhor qualidade de atendimento, com explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação do médico sobre a compreensão do paciente e a participação do paciente na consulta.

Cumprе ressaltar, entretanto, que o tempo diferenciado da consulta é próprio da racionalidade homeopática. A semiótica que conduz à terapêutica homeopática leva o médico a ouvir, a dar tempo ao paciente para pensar, se observar e gradativamente, por se ouvir ao ser ouvido, se dar a conhecer. Não é uma mera manifestação do perfil humanista do médico, mas uma imposição semiológica para se completar o raciocínio clínico. O interrogatório que embasa a anamnese da homeopatia busca nos eventos orgânicos e emocionais, desencadeantes do processo de adoecimento que motiva a consulta. Esta investigação demanda tempo para conhecer a pessoa em sua totalidade biopsicossocial, respeitando seu relato espontâneo, para que se possa fazer o diagnóstico do medicamento homeopático e estabelecer um plano terapêutico.

As investigações apontam que os fatores que limitam a RMP concernem à atitude do médico que desencoraja o paciente a falar sobre suas preocupações, expectativas, percepção sobre o seu adoecimento e as causas que o fizeram adoecer, assim como sobre suas crenças e o impacto social, emocional e físico que a doença acarreta em sua vida (GROSSEMAN, 2011). Ao longo das consultas analisadas, observamos que ao contrário da consulta médica padrão, não havia uma agenda médica pré-estabelecida e que esta se desenvolveu na

contextualização das queixas principais trazidas pelo paciente. O médico “toma da palavra” para “dar voz” à individualidade do sofrimento de cada paciente, implicado que está em ouvir e fazer ouvir, os sentidos do adoecido e do adoecimento.

Ademais, se o diálogo na RMP é instrumento essencial, entretanto não é suficiente por si só, visto que não é toda e qualquer conversa capaz de promover vínculos de confiança que permitam elaborar um plano terapêutico pautado em valores, conhecimentos, responsabilidades e compromissos compartilhados. Não basta apenas fazer o outro falar sobre aquilo que o médico considere relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro mostra ser indispensável que ambos saibam para que se possam colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados.

Buscar sentidos na totalidade das vivências que possibilite revelar-nos, a nós próprios, nosso papel de médicos na prática do cuidado e vir a compreender que para cuidar da saúde de outrem é preciso buscar perceber o dissimulado, ouvir o não dito, o interdito. Implica em olhar e ver, ouvir e escutar, as necessidades não verbalizadas pelo paciente, mas expressas em gestos, palavras balbuciadas, atitudes, sintomas que nada mais são que códigos de um sofrer, metáforas de um desequilíbrio entre pensar/sentir/fazer para além do sobreviver, a vida acontecer. E nesse sentido, não estaremos apenas produzindo uma melhor atenção à saúde, como também formando-nos melhores cuidadores enquanto (n)os compreendemos.

4.3 Ampliando e compartilhando olhares

A verdade prática é uma experiência ilimitada e aberta à resignificação. É quando buscamos ativamente nos colocar em contato com outro horizonte (outra pessoa, outra cultura, outra experiência), buscando responder a algo que enxergamos desde nosso próprio horizonte, que, então, podemos compreender ao eu e ao outro. O conhecimento consequente a esta experiência hermenêutica será tão mais significativo quanto mais ativo e compartilhadamente promover a fusão de horizontes (AYRES, 2009).

Diálogo na perspectiva hermenêutica é *fusão de horizontes* (GADAMER, 2007), produção de compartilhamentos, familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Para enriquecê-lo é preciso superar as barreiras linguísticas que o jargão técnico interpõe e construir pontes entre o mundo da tecnociência e o senso comum. Cumpre ouvir o que o outro, demandante do cuida-

do, mostra ser indispensável que saibamos. Para colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados, é mister participar dos diálogos onde sociedade e o ser humano sujeito de suas biografias inscrevem suas falas.

Neste item nos propomos apresentar as concepções de saúde-doença- cuidado que emergiram no encontro entre médicos e pacientes, assim como os itinerários terapêuticos trilhados em busca de atenção aos agravos à saúde. Procuramos desenvolver os temas dialogando com a racionalidade normativa que orienta hegemonicamente a saúde pública.

4.3.1 Concepções de saúde-doença-cuidado

Se o médico souber adaptar o que existe de curativo nos medicamentos ao que descobriu de indubitavelmente mórbido no doente e adaptar ao doente o medicamento [...] e finalmente souber reconhecer os obstáculos ao restabelecimento em cada caso e for hábil para removê-los de modo que este seja permanente, terá compreendido a forma racional de curar e será um verdadeiro médico. Será também um conservador da saúde se conhecer as causas que perturbam a saúde, originando as doenças e souber afastá-las das pessoas sadias.

HAHNEMANN 2007, parágrafos 3 e 4, p. 1-2)

Os conceitos de saúde, doença, cuidado e cura são distintos para a homeopatia e para biomedicina. A homeopatia entende as enfermidades como alterações na saúde do corpo&mente desencadeadas pelo desequilíbrio vital e expressas pelas alterações de sensações e funções (HAHNEMANN, 2006). A biomedicina trabalha com o conceito de saúde como ausência de doença, centrado na relação entre normal e patológico (CANGUILHEM, 2009), enfatizando o componente orgânico anátomo-patológico, gerando uma organização da atuação médica focada em sintomas, sinais e resultados de exames a serem classificados, na produção do diagnóstico de doença/lesão, que orienta sua terapêutica (CAMARGO JR., 2010).

A concepção de saúde-doença-cuidado adotada pela filosofia homeopática considera uma perspectiva multicausal dos fenômenos, compreendendo que a doença não está apartada do indivíduo adoecido e do contexto social em que este está inserido. Sua concepção vitalista entende a doença como um fenômeno social total. As causas do adoecimento extrapolam o modelo biológico, pois inscrevem o ser humano em todo contexto vivencial, sendo sua expressão sintomática indicativa não apenas do desequilíbrio orgânico como também das

relações estabelecidas com o meio ambiente e o agir a vida em sociedade, com ênfase na família, trabalho, lazer e religião (MARTINS, 2003).

Representações sociais sobre doenças que atribuem importante valor simbólico e lógico aos medicamentos são compartilhadas pela população em geral (RABELLO, 2010). Se para os pacientes atendidos pelo modelo da biomedicina estar em processo de investigação diagnóstica através de exames e encaminhamentos a especialistas é estar em tratamento, o que já significa a própria terapêutica (LUZ, 1998), a sobrevalorização da técnica em detrimento da experiência do paciente, pode conduzir a uma contínua busca por cuidado e atenção. Observemos o que diz D. Hortênsia que busca atendimento para “controlar” suas crises de ansiedade associadas aos problemas da vida, referindo que outras tentativas de tratamento foram frustradas, dando a entender que sem a ajuda de medicamentos este controle não é possível:

- P: Eu não era assim, era controlada. Agora eu estou nervosa, não consigo me controlar, e os problemas da vida [...]. Já fui a médico, já falei e o que eles dizem é que eu tenho que controlar isso, mas como é que eu vou controlar? **Eu não consigo sozinha controlar um troço desses, aí passam remédio, mas nenhum deu jeito (grifo nosso).** (D. Hortênsia).

A associação dos adoecimentos a distúrbios emocionais decorrentes de dificuldades no seio da família, trabalho e mudanças de vida em sociedade, esteve presente de forma explícita em sete das oito consultas analisadas, como discriminadas abaixo:

- P: Eu não consigo dormir, muita ansiedade [...]. Isso começou no ano passado depois que me separei. (D. Hortênsia).

- P: Essas crises de enxaqueca tenho desde que estava grávida de meu filho mais velho que já está com 28 anos. Eu estava muito tensa, foi uma gravidez muito conturbada, eu não esperava essa gravidez, meus pais não aceitaram muito. (D. Margarida).

- P: É uma agonia que me dá vontade de sair correndo. Eu voltei [residiu fora do país] tem dois anos e morei lá por 18 anos. Acho que comecei a sentir isso depois da mudança já estando lá há uns três anos. (D. Rubi).

- P: Tem as dores musculares, elas acontecem devido ao meu nervoso. Eu lembro quando minha mãe faleceu que eu não sentia minhas pernas, quando eu sinto uma emoção muito forte me dói os músculos, fica tudo dolorido, parece que eu corri, corri, corri. (D. Ametista).

A análise da queixa principal da consulta e dos diagnósticos apresentados pelos pacientes por ocasião do primeiro atendimento revela que "sintomas mal definidos", (em alguns casos associados a queixas específicas), estão entre os principais motivos que levaram os pacientes a buscar atendimento homeopático. Vejamos alguns exemplos:

-P: É uma agonia, uma coisa dentro de mim. Eu determino fazer uma coisa prá mim, eu vou começo a fazer, mas dá três dias, eu já perdi a vontade.

-M: E quando foi que isso começou?

-P: Ah, isso começou no ano passado depois que me separei.
(Dra Dália e D. Hortênsia).

-M: O que a traz aqui hoje?

-P: Estou com o sistema nervoso abalado [...]sinto falta de ar, o meu fôlego não completa, a minha respiração fica cortada e ultimamente estou tendo insônia, um sono sem qualidade. (Dra Safira e D. Ametista).

Nos enunciados dos pacientes desta amostragem, a Homeopatia foi procurada com o intuito de cuidar de sofrimentos crônicos para os quais outros recursos terapêuticos previamente empregados foram pouco eficazes, como também para aliviar queixas por eles nomeadas como *“falta de ânimo”*, *“falta de vontade para realizar as tarefas do dia-a-dia”*, *“não sentir o corpo estruturado”*, *“não reconhecer a si mesmo”*, ou para o tratamento de distúrbios considerados *“neurovegetativos”* pelos profissionais de saúde anteriormente consultados, como exemplificado pela fala de D. Rubi:

- P: Eu fui muitas vezes a médicos, fiz exames, nunca dava nada,,,,, [...]. Chegaram a conclusão que eram os nervos, distúrbios neurovegetativos, e que eu tinha que controlar [...],fiz tratamentos e não adiantaram nada.
(D. Rubi).

O sincretismo reportado por Luz (2012), entre as racionalidades biomédica e homeopática no cotidiano das práticas de atenção a saúde, levando a formas híbridas de atenção, pode ser verificado na totalidade das consultas analisadas, apontando para a o uso terapêutico de ambas quando se trata de buscar alívio para males e queixas crônicas.

-P: Graças a Deus há pouco tempo encontrei um médico que me pediu um exame de sangue que diagnosticou que eu não tinha colite e nem nenhuma dessas baboseiras que eles [outros médicos consultados] falavam, e sim uma séria alergia ao glúten e também a lactose. [...] Estou aqui com exame para que você possa constatar. [...] Eu dei graças a Deus! [...] Foi então que comecei um tratamento sério com uma outra médica que me orientaram[...], que disse que eu perdesse o medo[da doença] e que me encaminhou a uma nutricionista. Ela fez uma dieta para mim [...] mas perdi muito peso e massa muscular e agora estou esperando ir a um cardiologista para que ele me poder me liberar para fazer exercício e tal. [...] Esses tratamentos que tem por aí, eu não sou muito apaixonada por medicamentos, sempre ataca alguma outra coisa, e aí eu queria que você cuidasse de mim nesse ponto com a Homeopatia. Cuidasse desse emagrecimento bruto que tive, tá vendo? A carne da gente fica né,,,,,?! Perde muita força. (D. Esmeralda).

D. Esmeralda expressa seu desejo de ser *“cuidada”* pela Homeopatia. Ser cuidada pela Homeopatia para D. Esmeralda é não ser atacada pelos medicamentos. Mas ser cuidada é também saber o que tem, ser diagnosticada e tratada. Ser acolhida, atendida por médicos que a façam perder o medo – o medo da vida e de morrer – como o médico que ao invés de lhe dizer

baboseiras, a diagnosticou, e a biomédica com quem começou um tratamento sério, provavelmente pelo vínculo de confiança estabelecido durante a consulta. Ela segue com melhoras depois de procurar a nutricionista indicada pela médica, e agora procura atendimento homeopático em busca de um medicamento que lhe recupere (e não solape) as forças.

Como D. Esmeralda, inúmeros pacientes que procuram atendimento homeopático, desejam evitar o uso indiscriminado de medicamentos químicos, principalmente os antibióticos e antidepressivos, e supõe que a Homeopatia seja desprovida de efeitos colaterais. Devido à recorrência de doenças, optam por tratamento que estimule e fortaleça o organismo frente às agressões. Entendem o tratamento homeopático como alternativo a drogas “fortes” que causam dependências ou “*deixam dopadão*” como expresso pela acompanhante de uma das pacientes, inclusive alcunhando o medicamento homeopático de “*remedinho*”. A associação a um “bálsamo” sem contraindicações, capaz de proporcionar alívio para as agruras e tensões da vida, também foi encontrada, como conta D. Ametista:

- M: Você já tomou remédio homeopático?

- P: Sim, numa época que meu marido esteve desempregado e eu larguei o artesanato para fazer faxina que dava mais dinheiro e quando minha patroa me pegava chorando me dava das bolinhas dela,....

- M: E melhorava?

- P: Sim, um bálsamo! Dava uma certa paz “o remédio da mágoa”[SIC].
(Dra Safira e D. Ametista).

O questionamento por vezes dissimulado da competência médica, a ocorrência de automedicação, assim como a não adesão do tratamento prescrito, seja por alteração da posologia a critério próprio ou por suspensão (devido a efeitos adversos), foram mencionados em todas as consultas analisadas. O uso de medicamentos para “tratar” os sofrimentos inerentes as perdas e os “aborrecimentos” frente às dificuldades da vida, também foram comuns. Os trechos abaixo explicitam:

- P: Já fiquei um ano sem menstruar, aí o médico passou um anticoncepcional prá mim que eu fiquei tomando por conta própria, mas esse remédio começou a me dar enjôo, aí eu voltei no médico, ele ficou de mudar, mas não mudou [...]. Eu fui à outra ginecologista que ficou de ver e fazer uns tratamentos, mas até agora nada.
(D. Hortênsia).

-P: Eu sou viúva do segundo esposo, e eu acho que foi daí que comecei a tomar esse remédio para dormir,...., [...]. Ele [o médico] passou para tomar 3vezes[por dia], mas eu só tomo para dormir, porque eu não quero me viciar nisso. Eu faço um chazinho [...], procuro não tomar o remédio, só em dias em que estou muito agitada, muito chateada. (D. Rosa).

As duas racionalidades têm em comum o fato de perceber “a experiência de estar doente” como uma situação de estresse orgânico, onde ocorre uma luta do organismo contra “agentes que o atacam” ou “forças que o desequilibram”, porém se para a biomedicina doença e lesão estabelecem uma relação de equivalência, para a homeopatia estar doente ultrapassa o mensurável. Estar doente é também impedimento de exercer as tarefas do dia-a-dia, pois mesmo sem que desordens orgânicas possam ser verificadas e quantificadas, a falta de ânimo, ligada ao afeto e a volição, frustra um salutar modo de viver. É o caso de D. Hortênsia:

- P: Tudo que eu faço agora é por obrigação. Sem vontade, tudo o que penso em fazer é momentâneo, aí já não tenho mais a vontade, o ânimo, o querer. Eu não era assim, bate aquele desânimo, sei lá. Eu me pergunto o que está acontecendo comigo. (D. Hortênsia).

O ser doente é não só aquele que padece o adoecer funcional/lesional como também aquele que resente redução de suas capacidades, e sofre com as dificuldades a serem enfrentadas e as mudanças que fazem parte deste processo e que exigem do organismo crises adaptativas.

- P: Trabalho, faculdade, perdi o gosto para tudo. Não tenho mais paciência para o trabalho. Eu posso até fazer as coisas que tenho em mente, mas dá três dias eu paro,...., E aí eu não realizo nada.(D. Hortênsia).

Segundo Capazzolo (2003), de 30 a 50% da demanda do clínico geral no atendimento primário, é de pacientes com queixas que não se enquadram em nenhum quadro nosológico, com sintomas puramente psíquicos ou psicogênicos, reflexo de um mal-estar coletivo que se poderia definir como biopsíquico. É o caso de D. Rubi que sente tantas coisas, ao mesmo tempo, que tem até vontade de “sair correndo”.

- P: Eu sinto muitas coisas ao mesmo tempo, tem dia que estou bem, tem dia que estou horrível [...]. Acordo na madrugada passando mal, sinto calor aqui dentro, o estômago parece que aperta e aí vem vontade de vomitar, ir ao banheiro, as mãos geladas, tremendo, é uma angústia que dá vontade de sair correndo prá rua. [...] Fico muito nervosa. (D. Rubi).

Se a doença inclui tudo aquilo que perturba o indivíduo no exercício normal de sua vida e ocupações, o médico homeopata busca reconhecer a relevância de atender a este conjunto multifatorial. Como vemos no relato abaixo, D. Rosa se acostumou a sofrer de uma série de incômodos, orgânicos e psíquicos, associados à síndrome menopáusicas para a qual já fez diversos tratamentos, sem alívio. Sua maior reclamação por ocasião da consulta, sendo inclusive o que a motivou a procurar o tratamento homeopático, são as crises de alergia que a

impedem de trabalhar naquilo que gosta, comprometendo o agir a vida. Com isso D. Rosa não pode e nem quer se acostumar, como podemos constatar:

- P: Sempre que está naquela data prá ficar menstruada eu sinto os sintomas [falando a respeito da menopausa], é dor de cabeça, enjôo, cólica, dor nos peitos, vontade de chorar, dá uma depressãozinha, eu até já me acostumei com essas coisas, eu só não me acostumo com a alergia que é muito chata [...] e eu acabo sendo obrigada a sair do trabalho, me sinto chateada, porque fico espirrando, espirrando, aí paro de trabalhar um tempo. (D. Rosa).

Incitados a procurar atendimento homeopático por amigos que tiveram boas experiências com o tratamento/atendimento para suas queixas, alguns pacientes chegam à consulta esperando soluções para suas crises pessoais de forma pronta e rápida. A seguinte sequência exemplifica, na fala da filha de D. Turmalina, que a acompanhava:

- A: Eu fui ao homeopata porque não fui bem numa prova da pós e aí fiquei chateada,....,desesperada, sentindo uma porção de coisas [...] uma colega me disse para procurar ajuda com um homeopata que ela já estava tomando uns remédios e que estava bem. Aí eu já cheguei prá ele dizendo é isso, isso e isso,....,e ele parado me ouvindo e eu toda estressada, eu quero esse remédio aqui [Ritalina] e este outro [medicamento prescrito para a amiga].

- M: Chegou com a receita já pronta, né? Mas é que na homeopatia a gente trata não a doença ou o doente, e sim a pessoa, cada um.
(Dr Jaspe e D. Turmalina).

No diálogo acima, o médico é abordado por D. Ágata, acompanhante de D. Turmalina, que deseja saber se um medicamento prescrito para tratar a ansiedade de uma amiga poderia ser tomado também por ela. Ele aproveita a oportunidade para esclarecer sobre a importância de (re)conhecer em cada paciente as formas singulares de (re)agir frente as circunstâncias da vida. Serão essas características pessoais e suas expressões no desequilíbrio da atitude vital que irão auxiliar ao diagnóstico e orientar ao tratamento individualizado.

- M: Às vezes pessoas estão submetidas ao mesmo stress, por exemplo, uma prova, mas cada um reage de uma maneira diferente. A forma que ela [a amiga tratada para ansiedade antes de provas, que a indicou para tratamento homeopático] reagiu é semelhante as características daquele remédio que o homeopata passou, se reage de outra maneira precisa de outro remédio. [...] Até a rinite de cada um é uma rinite diferente. Cada um espirra de uma maneira. (Dr Jaspe).

Se a anamnese dirigida aos sinais e sintomas da doença segue uma agenda fragmentadora do sujeito, uma anamnese menos diretiva valoriza o relato espontâneo criando um espaço de (re)encontro de subjetividades na díade relacional. Quando isso ocorre pode promover auto-observação e reflexão, numa construção de sentido que muitas vezes provoca confissões, como no caso de D. Rubi ilustrado abaixo:

- P: Acordo na madrugada passando mal, sinto calor aqui dentro, o estômago parece que aperta e aí vem vontade de vomitar, de colocar tudo prá fora. Vou ao banheiro, as mãos geladas, às vezes vomito, mas não sai nada, só uma gosma branca. [...] Fico muito nervosa.
- M: [...] Nervoso? Conta prá mim como é esse nervoso.
- P: É uma angústia É uma agonia que me dá vontade de sair correndo, **muitas vezes me deu vontade de me jogar na frente do primeiro carro** [grifo nosso].
- M: E o que passa pela sua cabeça nesse momento da agonia?
- P: Que eu vou morrer [...].Eu fico sem forças prá nada, fico assim jogada, largada. (Dr. Jaspe e D. Rubi).

“*Largada da vida*” ou largando-se da vida ao pensar em se atirar na frente do primeiro carro para “*dar fim a agonia*”? A “confissão” de D. Rubi tornou mandatório avaliar frente ao que foi revelado, sua ideação e potencial risco suicida como componente de um quadro depressivo e não mera e eufemisticamente “um distúrbio dos nervos”.

Outro tema que emergiu foi o dos exames complementares. Na totalidade das consultas foi possível observar que apropriados do discurso científico, os pacientes buscam esclarecimento por não compreender o porquê dos exames não revelarem seu mal estar ou ainda (se) indagando como embora tratados adequadamente, seus exames não apontam melhora, como no caso de D. Esmeralda.

- P: Aqui estão os meus exames. Você está vendo aí. O que os médicos nunca entendem é como embora eu tenha uma vida regrada, uma dieta, não gosto de doces, não sou chegada a me empanturrar, não gosto de frituras, não uso isso, meu LDL dá picos altos. Acho que deve ser por causa da minha agitação. Mas tá aí, não tenho pressão alta, não tenho glicose alta, nada de diabetes ou hipertensão. Esse outro exame aqui é da parte abdominal, ele mostra um cisto. (D. Esmeralda).

Alguns pacientes buscam a consulta homeopática por conflitos emocionais (concomitantes a patologias orgânicas) que não aparecem em sofisticados exames de imagem. Esses pacientes deixam de levar os importantes exames diagnósticos para avaliação do homeopata. Em três das oito consultas, (inclusive na única que não havia uma associação das queixas orgânicas a problemas da esfera psicossocial e a patologia tinha indicação cirúrgica), os exames ficaram guardados ou esquecidos em casa. Como explicitado abaixo:

- P: Eu fui muitas vezes a médicos, fiz tratamentos,....[...].Eu tenho todos os exames que fiz[...]. Eu tenho tudo guardado.
 - M:Trouxe?
 - P:Agora aqui comigo eu não tenho não.
 - A: Dá próxima vez você traz prá ele. Nunca dava nada.
 - M: Isso. Dá próxima vez você traz. (Dr Jaspe e D. Rubi).
- P: Em 2005 eu descobri que tinha o vírus da hepatite, só o vírus não a doença. Agora em 2014 eu vinha me queixando de dores nos ossos e cansaço e aí a doutora

pediu os exames que acusaram que sou portadora da hepatite C. Eu não sei se é assim que se dá o nome, eu ia trazer os exames mas esqueci, eu estou no nível 2 da doença, e então ainda tem isso prá me entristecer, para aumentar minha tristeza. (D. Ametista).

- P: Fiz uma USG do abdômen que mostrou a gordura no fígado, e com um cisto também, mas já estou sendo encaminhada para cirurgia [...], o que eu quero tratar é esse problema no fígado [...], eu estou tomando remédio., e a doutora passou dieta e um medicamento, e estou tomando outro que comprei por minha conta. [...] Mas é de ervas e também para o fígado não lembro o nome agora. Tomo esses dois. **Eu esqueci de trazer o ultrassom** [grifo nosso]. (Dr Jaspe e D. Turmalina).

No caso de D. Turmalina, chama a atenção o uso da metonímia - “*esqueci de trazer o ultrassom*” – interpondo a consulta, não apenas o resultado de seus exames, mas o artefato tecnológico que os produz. Alguns pacientes conjeturam substituir medicamentos alopáticos pelos homeopáticos, como se houvesse uma correspondência direta entre seus efeitos. Desejam eliminar alguns sintomas das doenças dispondo de medicamentos homeopáticos. Ainda na consulta de D. Turmalina, podemos observar o uso associado de medicamentos prescritos por médico a outros oriundos da automedicação com remédios da “flora”.

Cabe ao médico homeopata conhecer sobre o grau de lesão, que é considerado para a diagnose e terapêutica. Entretanto, como se pode aferir, D. Turmalina, pouco sabia informar sobre a gravidade, ou não, do seu problema no fígado, que desejava tratar. Apenas que havia um cisto a operar.

No exemplo transcrito abaixo, o emprego de tecnologias “armadas” estaria justificado para uma elucidação do quadro de constipação severa (quinze dias sem evacuar!) assim como uma melhor investigação da história familiar e biopatográfica da paciente. Vejamos:

- M: Sente alguma dor no estômago?
 - P: Sim, um pouco.
 - M: Gases? E o intestino?
 - P: Preso, eu vou muito pouco ao banheiro.
 - M: Com que frequência?
 - P: Em média de 15/15 dias, às vezes levo um mês, já fui até a médico para ver isso, ele passou um remédio mas não adiantou,....
 - M: De 15 em 15 dias! E como são as fezes?
 - D. Hortênsia: Duras.
 - M: Grandes ou pequenas?
 - P: Grandes.
 - M: Dói para evacuar?
 - P: Dói.
 - M: Sai sangue?
 - P: Não.
 - M: Você sente vontade ou nem vontade você tem?
 - P: Às vezes sinto vontade, em outras fico forçando.
- (Dra Dália e D. Hortênsia).

Neste caso, além da individualização, a solicitação de exames que poderia colaborar para excluir patologias orgânicas/mecânicas como etiológicas do distúrbio.

Noções filosóficas da reorganização da vitalidade foram identificadas no discurso médico, não sendo verificadas nas narrativas dos pacientes que procuraram por esta prática médica. Se os pacientes procuram tratamento homeopático desconhecendo os princípios desta racionalidade, podem enfrentar dificuldades com a terapêutica. Na consulta de D. Dália, podemos observar a preocupação da paciente sobre como devem ser tomados “corretamente” os medicamentos homeopáticos durante a explicação da posologia pela médica.

- M: Remédios da homeopatia devem ser tomados longe de gostos fortes na boca. O que é gosto forte na boca? Pasta de dente, café. Então se você for tomar o remédio você deve dar um espaço de 15 minutos, ou você toma em jejum e espera 15 minutos, ou você toma o café e espera 15 minutos, tá bom?

- P: Mas o certo é tomar em jejum?

- M: Tanto faz. Você vai tomar de manhã, mas longe do café da manhã. O que ao interferir no estímulo ao organismo. é que alimentos e outras substâncias importa é o estímulo ao organismo. (Dra Dália e D. Margarida).

Já na consulta de D. Rubi, que foi levada a consulta por D. Cristal, sua acompanhante, o descrédito pela terapêutica das “aguinhas, gotinhas e bolinhas” pode ser verificada na ironia que acompanhou sua indagação - “*Só Isso?!*” - e a elucidação de Dr. Jaspe:

- P: Eu queria nunca mais sentir isso na minha vida.

- M: Vai melhorar.

- A: Isso tem tratamento, **ele vai melhorar você**. Vai sim.

- M: Você vai melhorar. [...] Você vai colocar na boca, sublingual, todo dia pela manhã.

- P: Como é?! [a indagação é feita entre risos, percebe-se o tom de ironia]

- M: Você vai abrir o vidro, colocar 3 glóbulos na tampinha, levar a boca e deixar dissolver[...]. Só isso.

- P: Só isso???! [a indagação é feita entre risos, novamente em tom de ironia]

- M: **Não precisa acreditar, basta tomar. É ciência, não é religião** [grifo nosso]. (Dr. Jaspe e D. Rubi).

Na Homeopatia, a doença é entendida como desequilíbrio da energia vital, cabendo promover reequilíbrio orgânico e não apenas eliminar ou mascarar os sintomas nosológicos. Para o prático homeopata deve-se evitar utilizar uma diversidade de medicações “sintomáticas”, e sim colaborar para recuperação da saúde em seu sentido ampliado, com o mínimo de medicamentos, evitando induzir a agravação do processo de adoecimento e sofrimento (HAHNEMANN, 2006).

- A: E esse “remedinho” que ele [o homeopata por ela consultado] passou para mim, é bom mesmo? Um dia antes vai fazer efeito? Eu disse para ele que era então como a Ritalina, e ele disse que não tinha nada a ver.

- M: Não vai te dar efeito colateral algum, mas o que pode acontecer é que como ele está fazendo um remédio para o teu sintoma, o sintoma depois voltar, e a cura não ser muito duradoura. [...] O objetivo é conseguir deixar a pessoa equilibrada e com um remédio só, melhorar a imunidade.

- P: Ah é? *Ad eternum*?

- M: Pelo menos 2vezes/semana, depois 1vez/mês, depois a cada 6 meses. Não é *ad eternum* não, depende da pessoa. **A homeopatia é a medicina da pessoa, do ser humano como um todo, então só vou medicar se houver necessidade**[grifo nosso]. (Dr Jaspe e D. Ágata).

Observamos que talvez pela primazia de uma anamnese individualizante, prevalece o emprego de tecnologias leves em todas as consultas. Esta “dinâmica terapêutica”, ao não se restringir por diagnósticos nosológicos e patológicos, pode permitir tornar o paciente um colaborador, numa relação construtiva que avance para o incentivo à auto-observação e a negociação compartilhada de sentidos e cuidado.

- M: A Senhora não tem muitos sintomas, a não ser aquela dor de cabeça quando come um pouco mais de gorduras e a dor, desconforto na barriga [...] e aí vamos reajustando a fórmula a partir da segunda consulta de acordo com o que a Senhora me contar da evolução. A Senhora vai me dizer, olha doutor eu melhorei, a dor passou um pouquinho, aquele sintoma que eu estava sentindo quando comia aliviou, a dor de cabeça quando eu comia gordura melhorou,...., E aí a gente vai ajustando a fórmula de acordo como a Senhora vai ficando.(Dr. Jaspe).

4.3.2 Itinerários terapêuticos

Eu atravesso as coisas — e no meio da travessia não vejo!
só estava era entretido na idéia dos lugares de saída e de chegada.
Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa;
mas vai dar na outra banda é num ponto mais embaixo,
bem diverso do que em primeiro se pensou [...]
o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.

João Guimarães Rosa (1986: 26-52)

Os caminhos trilhados por pessoas em busca de cuidados terapêuticos expressam construções subjetivas individuais (e também coletivas) relativas ao processo de adoecimento e formas de tratamento. A literatura socioantropológica utiliza o termo itinerário terapêutico para definir este percurso. Referido a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões, os itinerários terapêuticos constroem uma trajetória em busca de cuidados que articula elementos da percepção sobre a doença, política de saúde e gestão de serviços (CABRAL et al., 2011).

Alves e Souza (1999), em revisão da literatura sobre “busca de atenção” localizam o surgimento das primeiras reflexões acerca de itinerários terapêuticos, atreladas ao estudo sobre o “comportamento do doente” (*illness behavior*). Tais estudos consideravam que a escolha do tratamento seria determinada por uma lógica de consumo, privilegiando a melhor relação custo-benefício para o paciente. As teorias sofreram mudanças. A procura de cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, valores e ideologias quanto pelos perfis da doença, pelo acesso econômico e pela disponibilidade de tecnologia (CABRAL et al., 2011).

A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais interpretam, nomeiam, vivenciam e produzem respostas no enfrentamento das situações colocadas pela doença, como realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as práticas em saúde.

A discussão sobre o acesso aos serviços de saúde envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, na pavimentação de caminhos para a universalização da sua atenção. As narrativas são a forma de acesso aos itinerários terapêuticos, elemento central para apreensão e compreensão desta experiência prévia (ALVES; SOUZA, 1999). Nesse item serão apresentados elementos característicos desta “itinerância” e como essa levou ao tratamento homeopático.

Procurado por pacientes de todas as classes sociais, o ambulatório do IHB recebe pacientes oriundos tanto da assistência pública quanto da assistência privada. Seus serviços de assistência são divulgados pelos pacientes beneficiados, pelos alunos do curso de formação, e profissionais voluntários. A facilidade de agendamento, a flexibilidade com que os médicos disponibilizam marcações e os preços populares cobrados aos que possuem condição de pagamento – R\$40,00 para consultas de primeira vez e R\$30,00 para consultas de seguimento – contempla parte da população e colabora para o acesso.

A quase totalidade dos pacientes participantes procurou o ambulatório Professor Kamil Curi por indicação de amigos (já em tratamento na instituição) ou familiares. Apenas uma das pacientes já se tratara previamente com homeopatia enquanto outra havia tratado um filho. Ninguém foi encaminhado por outros médicos ou por indicação de outros profissionais de saúde. Lá chegando não encontraram dificuldades de acesso/marcação de consultas. Este achado pode estar correlacionado a um contexto particular do Ambulatório onde as consultas foram realizadas e dos profissionais que as realizam.

- M: Você vai tomar os papéis e quando acabarem você marca. Basta ligar para cá e se a agenda estiver muito cheia, peça para me chamar, que vejo como posso marcar. (Dra. Safira).

Sete dos oito pacientes desta análise procurou atendimento homeopático como tentativa de solucionar problemas de saúde que anteriormente diagnosticados e tratados se mostraram de resolutividade parcial, e alternativa para abordagens “agressivas”. Como nos conta D. Esmeralda que, satisfeita com a experiência terapêutica do filho, busca o tratamento homeopático para ser cuidada de problemas crônicos (diarreia protraída) e suas consequências: emagrecimento e fraqueza.

- P: Eu sempre tive vontade de me tratar pela homeopatia. Já levei meu filho para se porque ele tinha um problema sério de amígdalas e acabou chegando num ponto que antibióticos já não resolviam até que **quando passaram um medicamento que poderia atacar o coração dele**, sabe? **Eu me recusei e comecei a procurar outros tratamentos e uma amiga me falou da homeopatia** [grifo nosso]. Eu não sou muito apaixonada por medicamentos, sempre ataca alguma outra coisa, e aí eu queria que você cuidasse de mim nesse ponto com a homeopatia. (D. Esmeralda).

Alguns pacientes chegaram para o atendimento homeopático com diagnósticos estabelecidos, e muito embora em acompanhamento com outros médicos, experimentavam recidivas de suas enfermidades ou alívio paliativo dependente do uso contínuo de medicamentos que lhes “faz mal”, “deixam grogue”, como nos caso de D. Rosa e de D. Hortênsia.

- P: Já usei diversos tipos de pomadas, mas acaba, sabe como é, né? Aí passa, você para de usar e aí volta[a alergia], e você vai de novo ao médico. [...] Já tomei Nimesolida, e eu tomo Allegra D, quase todo dia. Não tomo todo dia porque faz mal, eu já reparei que minha urina fica com um cheiro muito ruim. (D. Rosa).

- P: Eu já fui em vários “psicólogos”. Uma me passou um remédio natural que não fez nenhum efeito e outro me passou tarja preta. [...]Eu não vou tomar tarja preta ! Eu até tomei umas 3vezes, mas me deixou muito grogue. [...] O médico me disse que tudo é da ansiedade, mas até agora todos os remédios que passaram não fizeram efeito. (D. Hortênsia).

No senso comum, o tratamento homeopático é considerado mais seguro, porém o medicamento demoraria a “fazer efeito”. No caso da consulta de D. Rubi, no entanto, sua acompanhante referendou o tratamento e se posicionou a respeito durante o atendimento, questionando o senso comum:

- A: Eu falei prá ela. Eu me trato com homeopatia, não me dou com alopátia. Agora se eu trato com homeopatia, rapidinho eu meloro. Eu tenho experiência nisso. E por isso eu disse, vamos lá. (Dr Jaspe e D. Rubi)

A angústia existencial e os dramas individuais foram proeminentes, apontando para os limites da abordagem biomédica na atenção às subjetividades. Em 6 das 8 consultas, o homeopata foi informado: *“fui muitas vezes a médicos, fiz tratamentos e nada[...]chegaram a conclusão que eram os nervos.”* Entretanto, a racionalidade homeopática foi procurada não só pela valorização das subjetividades preteridas pelo modelo hegemônico, mas também como escolha após tentativas frustradas de tratamentos prévios para outros agravos.

- M: Ao longo desses 20 anos [crises alérgicas] você procurou algum tratamento?
- P: Eu fiz um tratamento com vacinas e outros medicamentos que agora não me lembro o nome.
- M: E melhorou?
- P: Até melhorou por um tempo, mas no final de 2011, início de 2012, fiz tratamento com Benzetacil, melhorou; mas este processo começou a retornar agora em junho. Comecei a tossir de novo, dificuldade de respirar, a pele engrossando. (Dra Gardênia e D. Violeta).

A superespecialização, acompanhando o progresso da tecnologia e o fenômeno da medicalização da sociedade pode fazer com que pacientes visitem diversos profissionais para o acompanhamento de determinado transtorno, sem elucidação nem alívio das queixas/sintomas. Foi o caso de D. Esmeralda em seu périplo em busca de tratar uma diarreia crônica.

- P: Eu trago um histórico de muitos anos de diarreia [20 anos]. Cuidava com especialista e tudo, mas ninguém se lembrava do glúten, porque eu só tinha diarreia, nunca senti uma dor de cabeça, um mal-estar, porque tem vários sintomas essa doença do glúten[...]. Eu fazia a dieta, mas não fazia a dieta específica do glúten, e o que aconteceu como o médico me explicou, foi que ela foi atacando e tirando a força dos intestinos aos poucos [...]. Cheguei a um ponto que piorei muito e só vivia de água, fiquei muito ruim, pensei que ia morrer em fevereiro deste ano. Pensei, o que eu faço agora? Mas graças a Deus, **depois de ir a muitos médicos** [grifo nosso] há pouco tempo encontrei um que me pediu um exame de sangue que diagnosticou [...]. Foi então que comecei um tratamento sério com uma outra médica gastroenterologista que disse que eu perdesse o medo[de morrer]e me encaminhou a uma nutricionista. (D. Esmeralda).

No caso de D. Rosa, por ocasião da consulta, já fora tratada para “síndrome do pânico”, e queixava-se de crises de alergia e enxaqueca, sendo todos os sintomas agravados durante a menopausa. Aos sintomas comuns à síndrome menopáusicas (suores frios, calores no rosto, alterações de humor) estavam associados sintomas da esfera afetiva, expressão do momento de fragilidade emocional atravessado pela paciente (viuvez e fim do ciclo reprodutivo), cujo contexto foi recuperado mediante estímulo de Dra. Gardênia.

- M: Aos 51 anos, quando você começou a ter calores no rosto e suores frios, raiva do mundo, você relaciona a alguma coisa que você estava experienciando na vida? Como estava sua vida?

- P: Teve a morte do meu segundo marido, foi em dezembro de 2006, e eu comecei a tomar esse remédio Alprazolam em janeiro para dormir mesmo, eu fiquei chateada com a morte dele.

- M: E como foi que a morte dele, desse segundo marido te afetou?

- P: A morte dele me pegou de supetão, eu não esperava, ele gozava de saúde, e de repente infartar numa segunda e na terça já estar morto. Foi uma coisa muito constrangedora.

- M: Sim, como foi para você esta experiência? **Como você experienciou isso? Traduz em palavras esse momento da sua vida** (grifo nosso).

- D. Rosa: Ehhh,...,Eu senti muito mal, né? Eu não quis ficar mais na minha casa, eu sonhava com ele, foi uma perda assim de repente. A gente está aqui é para morrer mesmo, né? Mas ninguém esperava. Eu nunca pensei que eu ia ficar viúva, entendeu? [...] Acordava hoje de bom humor e amanhã não acordava. Era assim, num dia bom humor, no outro péssimo humor. (Dra Gardênia e D. Rosa).

A escolha pelo atendimento homeopático conquanto abordagem mais sistêmica também pode ser verificada. D. Esmeralda levou seu filho para tratar das infecções recorrentes de amígdalas, e salientou que durante o acompanhamento homeopático a médica não se restringiu a queixa que motivou a consulta, aproveitando para tratar também a pele do rapaz. Mesmo sem a informação de que a apreensão da totalidade sintomática é inerente a semiótica, diagnose e terapêutica homeopática, identificou melhora de seu filho para além da queixa principal.

-P: Procurei uma médica homeopata e então meu filho fez tratamento e ela aproveitou também cuidou da pele dele que ficou linda e está linda até hoje, e da garganta ficou curado, hoje ele pode pegar chuva, tomar banho de água fria e nem precisou extrair as amígdalas. (D. Esmeralda).

Além dos fatores supracitados, outro tema que emergiu na “itinerância por saúde” foi a (in)disponibilidade de serviços públicos e acesso a seguro de saúde. Pinheiro (2001) elenca entre as dificuldades encontradas para utilizar os serviços de saúde e obter atenção integral, a organização do atendimento, a disponibilidade dos profissionais e a capacidade dos serviços em absorver as demandas e necessidades da população (PINHEIRO, 2001). Estas comprometem a formação de vínculos terapêuticos e adesão ao tratamento no cotidiano do cuidado em prática, independentemente da racionalidade médica escolhida.

Através dos relatos de D. Violeta, D. Margarida e D. Esmeralda nos deparamos com alguns fatores que limitam o atendimento das necessidades de saúde da população. Vejamos:

- P: Tratei por uma temporada na clínica médica da homeopatia só que lá eles atendiam através de plano, e quando não tive mais cobertura, tive que parar. Desde lá nunca mais tive um clínico geral. (D. Violeta).

- M: E você já tomou homeopatia alguma vez?

- P: Não doutora, eu cheguei a ir a outro médico,..., ele é psiquiatra, mas deixei de ir porque de três em três meses ele pedia um eletro, e fazia uma medicação. Eu não tive condição de continuar o tratamento, mas durante o tempo que usei o medicamento não tive a crise. (Dra. Dália e D. Margarida).

- P: Graças a Deus há pouco tempo encontrei um médico que me pediu um exame de sangue que diagnosticou que eu não tinha colite e nem nenhuma dessas baboseiras que eles falavam e sim uma séria alergia ao glúten e também a lactose [...]. Foi muito Floratil que eu tomei,....e me tratando hem? Não só no SUS, particular também. Esse que descobriu, eu só interrompi porque ele viajou para os EUA. (Dra. Safira e D. Esmeralda).

D. Violeta procurara a Homeopatia para se tratar de uma diarreia que a molestava desde a morte traumática de seus sobrinhos, e teve que interromper o tratamento “particular”, explicitando um dos recursos utilizados pela população para lidar com a precarização dos serviços públicos de assistência à saúde – o uso de clínicas populares ou credenciadas a planos/seguros de saúde.

Entretanto, mesmo que o direito de atenção a saúde assegurado pelo SUS seja contemplado, as idas regulares ao médico, incluindo custos com locomoção, realização de exames e aquisição de medicamentos, dificultam e/ou inviabilizam continuidade terapêutica. Como relatado por D. Margarida que não teve condições financeiras de manter os custos do tratamento psiquiátrico bem sucedido que realizava para enxaqueca crônica. Já D. Esmeralda, penalizada pela saída do médico do serviço, se viu obrigada a trocar de profissional depois de ter encontrado um que a diagnosticou e tratou adequadamente após vinte anos (!) buscando solução para seu problema de saúde.

4.3.3 Discussão

Segundo Travassos et al. (2006), 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 influenciada pela cultura médica local dos profissionais que realizam esses serviços e pela ideologia do prestador. A demanda, por sua vez, é o que leva os sujeitos a procurarem os serviços de saúde, para obterem acesso e se beneficiarem com o atendimento recebido. De acordo com suas motivações, crenças e possibilidades, os indivíduos percorrem diferentes instituições e práticas terapêuticas para diagnosticar e tratar suas doenças.

Na atual conjuntura socioeconômica, a distribuição desigual de renda, a precarização do trabalho, a retração das redes sociais, entre outros, agravam as desigualdades sociais (CASTEL, 1993; BOURDIEU, 1998). Esses fatores contribuem para o adoecimento e resultam no aumento de demanda de atenção médica e corroboram para a crise na estrutura de

atendimento da saúde pública (VALLA, 1999; LUZ, 2001), configurando uma relação desequilibrada entre oferta dos serviços e demanda da população em busca de atendimento médico.

Com relação à organização do atendimento, Pinheiro (2001) ressalta que mesmo com a demanda programada através do agendamento ou referenciada mediante encaminhamento, demora-se muito tempo para conseguir marcar consultas, propiciando a superlotação das unidades básicas de saúde e dificultando o atendimento dos usuários. Já com relação aos profissionais, salienta que a quantidade e disponibilidade estão aquém das demanda e necessidades da população. Situação agravada pela baixa remuneração e precárias condições de trabalho, que resulta em evasão de profissionais e conduz a busca por outras instituições de saúde, pelos usuários dos serviços.

Nem sempre as necessidades dos sujeitos em saúde se convertem em demanda, assim como nem toda demanda corresponde ao que é ofertado pelos serviços públicos de saúde. A demanda “é o pedido explícito”, a “tradução das necessidades mais complexas” do usuário do serviço de saúde (CECILIO, 2001, p. 116). Por detrás da demanda de consulta médica podem se esconder diversas necessidades de saúde, como a busca de soluções para melhorar as condições de vida, os conflitos familiares, entre outros.

O conceito médico de doença determina suas atitudes na prática. O modelo biomédico foi concebido por cientistas médicos para o estudo da doença (disease) e não para a compreensão do mal-estar (illness). Sendo a “doença” definida por parâmetros morfofuncionais/nosológicos, o médico se exime da preocupação com questões psicossociais, que se encontrariam fora da responsabilidade da medicina e do escopo de sua autoridade (ENGEL, 1977). Separam-se teoria e prática, conhecimento sistematizado e pessoal, pensamento intuitivo e analítico, no entanto, *“os problemas da prática não se apresentam com recortes bem delineados; ao contrário, os problemas se apresentam cada vez mais complexos e indeterminados”* (AGUIAR e RIBEIRO, 2010).

O reducionismo biológico, ao excluir do escopo de considerações sobre o processo saúde/doença fatores sociais ou individuais, ditos subjetivos, molda uma prática fragmentada do cuidado. Simultaneamente, desenvolve um conjunto de técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões para dar conta destes “problemas de saúde”.

O sofrimento social transformado em queixas inespecíficas ou em diagnósticos médicos (como dores musculares, depressão, crises de ansiedade e/ou pânico) e “farmacologizado” colabora para uma “medicalização da vida” que faz diminuir a autonomia no cuidado de si, aumenta a dependência a tratamentos, fazendo de uma interminável

sucessão de consultas, exames e procedimentos para uma atenção a saúde, um périplo. Além das recidivas, este tipo de tratamento colabora para um estado de negação da emocionalidade, afastando os pacientes do contato com os próprios desejos e necessidades (BARRIOS, 1999).

Inserida neste contexto, a utilização de práticas terapêuticas alternativas ou complementares não é obrigatoriamente sinônimo de desmedicalização, visto que mesmo estando a cargo da iniciativa dos próprios indivíduos, espelham-se nas ações médicas hegemônicas (determinismo, reducionismo biológico, patologização) na prevenção e tratamento das doenças (CAMARGO JR., 2010). Se para todo mal há cura, ele será encontrado na prescrição de um medicamento, eis “um novo dito popular”.

Uma forma de evitação ao sofrimento do paciente é uma redução de seus relatos sobre dor-doença-sofrimento a prescrições medicamentos; solicitação/avaliação de exames diagnósticos; o encaminhamento a especialistas. Neste cenário, crescem as evidências de fragilidades na área da comunicação em saúde. Entretanto, se o excesso de exames complementares fragiliza vínculos e se interpõe na construção de uma relação de parceria, a não utilização de recursos diagnósticos necessários para melhor elucidação dos limites entre fisiológico e patológico, assim como o silenciamento do sofrimento, não é aceitável em nenhuma especialidade médica. Concordantes com Engel (1977), defendemos um modelo de prática mais amplo que incluía o psicossocial, sem sacrificar as vantagens da abordagem biomédica.

O "modelo biopsicossocial" de Engel, centrado tanto na doença (*disease*) quanto no sofrimento do doente (*illness*), ajudaria a resolver o paradoxo comum

[...] que algumas pessoas com resultados laboratoriais positivos são informados de que eles estão em necessidade de tratamento, quando na verdade eles estão se sentindo muito bem, enquanto outros se sentindo doentes, apresentam exames que dão por certo que eles estão bem, ou seja, não têm nenhuma doença” (ENGEL, 1977, p. 133).

Atitudes e espaço de encontro intersubjetivo no exercício de uma prática para saúde que se apóie na tecnologia, mas não se restrinja a ela, está no interstício do discurso dos pacientes que buscam a racionalidade homeopática. A concepção do processo saúde-doença-cuidado na prática homeopática fundamentada na singularidade do ser humano enfatiza a compreensão dos sentidos do adoecimento. Os processos de adoecer, melhorar (ou piorar), lidar (ou não conseguir lidar) com a doença, podem ser compreendidos através das narrativas e gerar opções de diagnóstico, e terapêuticas individualizadas.

Podem as queixas e sofrimentos tão notavelmente diferentes de cada paciente indicar alguma coisa senão a peculiaridade de sua doença como um todo (HAHNEMANN, 2006, p. 281)?

A doença é uma experiência significativa. Para ser apreendida, necessita que se identifiquem como é vivenciada e quais as expectativas que suscita sobre a atenção a ser recebida (KLEINMAN, 1980).

A doença, sendo senão uma condição peculiar não consegue falar sua própria história, enquanto o paciente sofrendo dela consegue sozinho dar uma consideração da sua doença por meio de vários sinais de sua saúde desordenada, dos sofrimentos que ele sente, dos sintomas dos quais pode se queixar, e por meio das alterações que nele são perceptíveis aos sentidos. (HAHNEMANN, 2006, p. 682).

Da narrativa dos itinerários percorridos emerge a crítica à atenção recebida: seletiva, fragmentada, “rotuladora”, reiterando Caprara *et al.* (2001): quando o nome da doença prevalece, o sentido atribuído pelo doente é silenciado. Se considerarmos que diversos problemas de saúde são desencadeados por determinantes psicossociais, uma “itinerância” de profissional em profissional torna o médico, ele próprio, motivo de angústia, dúvida e inquietação.

Se muitas doenças têm início em situações difíceis, como processos de luto, desemprego, crises conjugais, entre outras, e a persistência dessas situações pode agravá-las, uma boa capacidade de escuta e diálogo revela-se essencial para acolher e estimular ao sujeito a reconhecer os reveses e obstáculos a serem ora suportados ora superados. A melhora e/ou a recuperação da saúde também estão inseridas num contexto de apreensão de novas formas (menos danosas e sofridas) de lidar com as situações traumáticas da vida.

Os pacientes chegaram para atendimento com diversos (e frustrados) tratamentos instituídos. A satisfação de pacientes tratados ou em tratamento homeopático demonstrou ser o principal veículo de divulgação desta terapêutica, confirmando que a propagação “boca-a-boca” pelos pacientes motivados pelo sucesso terapêutico e pela qualidade da atenção recebida durante o tratamento homeopático promove sua divulgação e sustenta sua prática. (LUZ, 2005; ROSEMBAUM, 2006).

4.4 Da ausculta aplicada à escuta implicada

O paciente consegue dar uma consideração da sua doença por meio de vários sinais de sua saúde desordenada, dos sofrimentos que ele sente, dos sintomas dos quais pode se queixar, e por meio das alterações que nele são perceptíveis aos sentidos. A pseudo-sabedoria dos médicos comuns pensa que raramente tudo isso merece ser ouvido e, mesmo se eles ouvem, alegam que é de nenhuma importância, que é empírico e não coincide com o que seus livros teóricos lhes ensinam e é, portanto, de nenhuma utilidade para os seus objetivos [...]. Substituem o estado individual de cada doença por uma imagem patológica e direcionam suas armas medicamentosas, grandes doses de medicamentos, substâncias poderosas que onde elas não fazem bem, injuriam o paciente. (HAHNEMANN, 2006, p. 682).

Pendleton et al. (2011) referem que a consulta deve envolver duas perspectivas, a do médico e a do paciente. A médica é representada pelo conhecimento do funcionamento do corpo e de como as doenças se manifestam e evoluem. A do paciente, por sua experiência de adoecer; expectativas sobre a abordagem de “sua doença”; repercussões na rotina “do agir a vida”; e participação nas propostas terapêuticas.

Neste item apresentamos como as vozes da ciência dialogam com as experiências de vida dos pacientes que procuraram atendimento homeopático, atentos aos conflitos deflagrados, os apelos declarados e os silêncios provocados por esse diálogo.

4.4.1 Ethos científico e ethos do mundo de vida

Nós somos aquilo que fazemos repetidamente.
Excelência, então, não é um modo de agir, mas um hábito.
Aristóteles

Partindo da ideia de que todo discurso pressupõe um processo interativo, no qual as imagens projetadas ao dizer induzem e condicionam a ação comunicativa, os participantes dessa interação exercem poder um sobre os outros. A partir da enunciação, projeta-se um autorretrato onde qualidades são impressas e representativas da auto-imagem de quem as enuncia. Desde os antigos gregos, esse autorretrato discursivo, conhecido como *ethos*, caracteriza-se como “a construção de uma imagem de si destinada a garantir o sucesso do empreendimento oratório” (AMOSSY, 2005, p. 10).

Definido socioantropologicamente como conjunto de **hábitos ou crenças** que demarcam uma comunidade, referenciado ao ideário e costumes de um determinado contexto histórico, o *ethos científico* é expressão reflexa do seu tempo. Sua imagem no século XXI é (de)formada pela primazia do olhar sobre o corpo biotecnológico. O discurso médico sustenta-se na objetividade, seu imperativo metodológico, enquanto no espelho de sua ideologia, a subjetividade busca enxergar a própria face. “*A medicina é a imagem mesma que a sociedade quer dar-se de si própria*” (CLAUVREUL, 1978, p. 32). O médico exerce uma mediação entre um complexo de valores e normas partilhado pelos membros da comunidade científica, obrigação moral a orientar sua prática, e o *ethos do mundo de vida* do paciente.

A consulta transcrita abaixo exemplifica a voz da medicina em seus jargões e procedimentos, mesclada aos conceitos, costumes (incluindo automedicar-se) e críticas da paciente.

- P: Eu tive uma época com rejeição a corante vermelho, o médico mandou suspender tudo [...], e **eu fui testando por minha conta** [grifo nosso].

- M: E o que você sentia?

- P: Eu sentia sabe o quê? Umhas bolas vermelhas no corpo coçando mais nessa região aqui e aqui, [...] uma coceira horrível, e os meus lábios incharam, aí **eu fui e comprei o Polaramine por minha ordem mesmo** [grifo nosso]. Depois fui no médico, ele disse que o **prurido** foi **urticária gigante** [grifo nosso], e fizemos os testes. Mas ainda está faltando fazer o de crustáceos. Eu continuei me coçando e a outra médica que me atendeu na emergência falou que eu tenho que tomar o Allegra D porque meu caso pode ser de **anafilaxia** [grifo nosso], é assim que se diz né? E aí tenho tido menos. Mas não me dou com coco, e noutro dia comi um cuzcuz e aí fiquei com as bolotas; a tal da urticária gigante, seja lá o que isso for. E aí outra vez foi o camarão, mas umas vezes tenho outras não. Outra vez comi Kani, fechou tudo, fui parar no hospital de novo. [...] Minha pressão foi a 18, o médico foi logo fazendo um Fenegan.

- M: - Kani é carne de caranguejo faz “**reação cruzada**” [grifo nosso] com camarão, lagosta, siri. Como foi a sensação, me descreve de novo.

- P: Foi algo assim como se estivesse me apertando por dentro. **Diz a doutora** [grifo nosso] que eu tive um **edema de glote** [grifo nosso]. Diz ela, ..., Eu fui na emergência e aí ela falou, que eu podia ter “**chocado**” [grifo nosso], que eu tinha que procurar agora um especialista para isso.

(Dra. Gardênia e D. Rosa).

“Diz a doutora”, nos relata D. Rosa, que ela deveria procurar um especialista para suas alergias, que estas podem ser uma anafilaxia. Enquanto isso D. Rosa além de automedicar-se, faz os testes em si mesma - um dia come camarão, noutro coco – aparentemente sem se dar conta dos riscos que corre. Será que experimentará comer Kani outra vez? É possível que não tenha entendido a informação que recebeu de que Kani faz reação cruzada com camarão, lagosta e siri, assim como parece não ter compreendido que anafilaxia é uma reação de hiperssensibilidade aguda, de intensidade variável, que se desenvolve rapidamente, podendo ser fatal.

A paciente continua o relato da doença e das medidas adotadas para controle. A médica tenta conduzir a consulta para a semiótica homeopática: da doença e seus sintomas, para a paciente e seus sentidos. Incita a paciente a dizer o que realmente gostaria de comer, expressão de sua individualidade, e não o que lhe é imposto ou esperado como hábito higienodietético adequado para o tratamento de seus distúrbios orgânicos.

- P: Eu estou fazendo tratamento porque estou com gordura no fígado. [...] Então ela [a doutora] falou para cortar o glúten e a lactose por 2 meses e voltar lá. Procuo comer coisas naturais, muita fruta e sucos. Cortei refrigerantes, leite, queijos, entendeu?

- M: Esquece a Dra do Glúten e da Lactose, me fala como é que é. [...] Se você estivesse numa ilha deserta e você só pudesse levar as coisas que você gosta, o que não poderia faltar?

- P: Massas!!! (A paciente ri muito). Mas eu como muita massa natural, macarrão de arroz, e gosto muito de doce também.

- M: Isso, muito bem, não vale querer me enrolar, tem que dizer do que gosta. (Dra Gardênia e D. Rosa).

A relação que se estabelece entre médico e paciente na prática homeopática, caminha no sentido de estimular ao paciente que relate sobre seus hábitos, crenças e valores de vida. O uso de linguagem coloquial, evitar diagnósticos preconcebidos, estimular ao paciente a perceber as alterações de seu organismo e como as sofre, foram verificadas, em todas as consultas analisadas. Entretanto, no trecho abaixo, assinalamos a dificuldade apresentada por D. Rosa para falar de si, mesclando ao seu relato termos e condutas médicas.

- P: Eu sinto muita dor de cabeça aqui parece que estão enfiando um prego. É uma dor profunda na testa, não é constante. E aí vem a sinusite. Eu tenho muita enxaqueca também, que o médico disse que é da gordura do fígado.

- M: E essa dor de cabeça que você chama de enxaqueca, aonde é, em que parte da cabeça? Não tem nada a ver com essa que parece um prego? Porque tem mais essa, vamos ver quem é quem.

- P: É, porque você sabe, né? Cabeça tem dores diferentes; essa é aqui e só de um lado, a outra é da sinusite quando começo a espirrar.

- M: Não use o nome de sinusite. Sinusite é diagnóstico médico. **Diga pra mim como você sente** [grifo nosso]. Quando é essa, como é o jeito da dor? (Dra Gardênia e D. Rosa).

Dra Gardênia insiste: “*Quero que você me relate tudo o que sente, como você sente*” dando sequência a investigação. A individualização inerente as necessidades diagnósticas e terapêuticas da homeopatia, privilegia o que singulariza cada paciente, fazendo da anamnese um inquérito detalhado que contempla não apenas os sintomas objetivos, foco do *ethos* científico, mas também os da esfera afetivo-volitiva, avançando para o *ethos* de vida. Este último expressa-se através do humor, temperamento e emoções envolvidos no processo de adoecimento.

D. Rosa enumerará mudanças de tempo com vento, corantes vermelhos, poeira e poluição como fatores deflagradores de suas crises de alergia, e relatará também o quanto isto a irrita, contraria e aborrece, visto ser impeditivo de seu trabalho. O estímulo ao relato culminará numa autorreflexão pessoal.

- P: Eu fico abafada, [...] me dá falta de ar, começo a ficar nervosa,...., [...]Eu sou agitada, faço tudo ao mesmo tempo. Lavo, passo, arrumo, faço comida. [...] Tenho quatro gatos, são meus filhos, mas não ficam dentro de casa, porque quando começou esta espirração, o pessoal começou a falar.
- M: Mas você sente enquanto está com os gatos?
- P: Não, engraçado,...., eu não sinto quando estou com os bichos. [...] Eu gosto de animais. [...] Fiz teste de alergia e pelo não deu, deu cheiro de barata e pólen e eu gosto muito de jardim. Acabei até com o meu jardim.
- M: E você percebia? Porque **uma coisa são os testes outra é a sua sensibilidade** [grifo nosso].
- P: Ah! Eu adoro mexer em terra, plantar e replantar, mas parei com isso e notei que não melhorei, estou até pior,...., [...]. Eu sou muito ansiosa. Faz de conta que amanhã tem um passeio para gente ir de barca. Pronto! Eu já fico sofrendo hoje. Será que vai dar tudo certo? Com que roupa eu vou? Sabe essas ansiedades de adolescente? E aí vem a agitação, as palpitações. Tem épocas que fico pior.
- M: E isso sempre te acompanhou?
- P: Sim, isso sempre me acompanhou. **É,...., a verdade é que eu vivo assim desde sempre** [grifo nosso]. (Dra. Gardênia e D. Rosa).

Ao longo da consulta D.Rosa fala sobre os sintomas que a preocupam, revelando o quanto necessita de esclarecimento a respeito de sua saúde. Afirma que não quer se “viciar”, se “acostumar” a tomar remédio para dormir, mas reluta na exploração de seus sentimentos. Vejamos:

- P: Tem época que eu fico muito agitada, aí fico me tremendo, e então eu tomo remédio a noite. Eu não tomo de dia porque não quero me acostumar.
- M: Como é esse “agitada”?
- P: Ah,...., é coração batendo mesmo, palpitando.
- M: Ah! Agitada é coração batendo. Ah tá,...., agora entendi,...., Não é você, é o coração.
- P: É. Eu fico deitada e ele tum tum tum, parece até que está batendo aqui...Aí eu pego e tomo remédio. **Eu gosto de deitar e tomar o meu remédio,....,relaxar, não sentir mais nada,...., e aí fico mais tranquila.**[grifo nosso]. Eu procuro não tomar o remédio, só em dias em que estou muito agitada, muito chateada, e a gente se chateia e nem sabe o porquê, né? Não sei se é da idade, se é da menopausa, dos fatos da vida. (Dra. Gardênia e D. Rosa).

Em um mundo cada vez mais saturado por informações de fácil acesso na mídia sobre saúde e doença, o consumo de substâncias medicamentosas, vem sendo estimulado para apaziguar as dificuldades inerentes ao cotidiano, desincentivando reflexões, “anestesiando” emoções. Como pode ser observado na consulta de D. Rosa, o medicamento proporciona uma espécie de suspensão das tensões da vida, um alívio, sem necessidade de ressignificação da doença em novos sentidos e normas de vida.

A médica convida a paciente a relacionar um mal-estar (referido como agitação e palpitação), ao contexto da vida. D. Rosa lembra que começou a tomar o medicamento para dormir por ocasião da morte do segundo marido, relatada como um evento muito traumático. A paciente viu-se confrontada com a finitude: “*de repente infartar numa segunda e na terça já estar morto*”, referindo o fato como constrangedor.

Do latim “*constringere*”, atar, ligar, apertar fortemente. Ação verbal utilizada como sinônimo de coagir, impor, obrigar a realização de algo não desejado. Segurar, premer, restringir, inibir a movimentação. Embaraçar, atrapalhar ou acanhar; colocar alguém numa situação desconfortável. Quanto sentido em uma só palavra. Algumas consultas tem um elemento de “*insight*” outras de “*catarse*”, produzindo certo alívio compartilhar sofrimentos, exonerar “*fantasmas*”, dar nome aos medos.

D. Rosa foi obrigada a confrontar a morte, a do marido e a sua própria. Viu-se viúva, o que jamais pensara lhe fosse suceder. Desconfortável, com a vida atrapalhada, teve que se segurar nas filhas, para que pudesse continuar a viver, que no final, é o que importa.

- M: E como foi que a morte dele, desse segundo marido, te afetou?

- P: Eu fui tomada muito de surpresa, ele estava bem, tinha saúde aparentemente – foi infarto fulminante, em dezembro de 2006. E aí eu fiquei sofrendo muito.

- M: Traduz em palavras esse momento da sua vida.

- P: [...] A morte dele me pegou de supetão, de repente infartar numa segunda e na terça já estar morto. Foi uma coisa muito constrangedora. [...] Eu senti muito mal, né? Eu não quis ficar mais na minha casa, eu sonhava com ele, foi uma perda assim de repente. **A gente está aqui é para morrer mesmo, né?,..., Mas ninguém esperava. Eu nunca pensei que eu ia ficar viúva, entendeu?** [grifo nosso],..., [...] Começaram uns calores no rosto, muito nervoso, e aí eu fui no médico que me encaminhou para o cardiologista que fez todos os exames e aí disse que eu estava era com a síndrome do pânico, porque os sintomas que eu sentia eu falei prá ele, era palpitação, um medo que parecia até que eu ia morrer. Ele me falou que era com a síndrome do pânico que eu estava, e passou esse remédio [Alprazolam] que até me fez muito bem. [...] Mas fui superando com as minhas filhas que me deram muito apoio e força[...]dizer que eu fosse em frente, que eu estava viúva e nova. [...] Graças a Deus, é isso aí, **importa é não perder a vida, não é?**[grifo nosso] (Dra. Gardênia e D. Rosa).

Livremente ou quando indagados, problemas familiares, profissionais, financeiros entre outros, são apontados como geradores de desequilíbrios emocionais. Para promover (e preservar) o melhor equilíbrio da pessoa frente às intempéries da existência o médico homeopata deverá estar receptivo aos sofrimentos do paciente, possibilitando uma anamnese em que se exponham afetividades, estimulando ao paciente que fale de si, ao que é sensível, como reage a determinadas circunstâncias emocionais. Importa não lhes perder a vida. Vejamos na consulta entre Dra Dália e D. Hortênsia:

- M: Você me disse que começou tudo depois da separação. E o que aconteceu?

- P: Muitas brigas [...]. Muita mágoa, [...] não nos falamos mais e com o tempo me casei, tenho outra pessoa, minha casa, tenho minha vida.
- M: Então você encontrou outra pessoa?
- P: Sim, mas isto está atrapalhando o meu relacionamento, eu não tenho paciência, ele acaba pagando, sofrendo também. **Eu não tenho paciência para ter um relacionamento entre um homem e uma mulher** [grifo nosso]. Esse relacionamento foi meio que uma válvula de escape, porque eu me separei e voltei para a casa dos meus pais, e eu não queria voltar para casa dos meus pais. Ele apareceu, já tinha sido um relacionamento meu,..., aí fiquei com ele. Não sei se é por causa do outro relacionamento,..., eu tenho medo de que tudo o que aconteceu no outro relacionamento volte a acontecer agora. (Dra. Dália e D. Hortênsia).

Sintomas comuns à doença podem adquirir valor semiótico se bem modalizados (fatores de melhora, agravação, desencadeantes, concomitantes). Um sintoma não é por si mesmo característico sem individualização. O relato das sensibilidades e as circunstâncias de seu aparecimento e desenvolvimento, “raras, estranhas e particulares” de sua expressão, distinguem o indivíduo no coletivo do adoecido na multidão. Como podemos verificar na interação abaixo:

- P: A última crise que me deu há um mês atrás. Deu o enjôo de novo, cheguei até a vomitar. A vista começa a embaçar, vem em ondas.
- M: E é sempre no mesmo olho? Como é essa dor? Como você caracteriza essa dor? [...]
- P: Olha,..., há três anos atrás eu fiz uma cirurgia de pterígio do lado de cá. Foi muito simples, mas quando eu voltei prá casa com um tampão no olho, na metade do caminho do hospital prá casa, me veio um pânico tão grande, só olhando de um lado. Não consegui conciliar o organismo olhando só de um lado,..., Cheguei em casa fui tentar relaxar e piorou. Não sei explicar,..., tive uma crise, isso deve ser a síndrome do pânico.
- P: Como é que é isso? O que você sente?
- M: O meu corpo desestruturado. Doutora, é horrível! Meu corpo desestrutura. Fico em pânico sem saber o que fazer, sinto o pulso acelerar, e aquele medo, hoje quando eu sinto, porque não é sempre que me dá, até eu sentir minha vista desembaçar, é horrível. [...] Eu fico assim como se não fosse o meu corpo. Não é o meu corpo, não é,..., (Dra. Dália e D. Margarida).

A consulta propiciou identificar as implicações de experiências negativas de cuidado como deflagradores dos desequilíbrios atuais: mesmo a cirurgia tendo sido exitosa, o doente não fora preparado para enfrentar os procedimentos que poderiam gerar angústia, ansiedade, inseguranças. Os significados, pessoal e social, atribuídos pelo indivíduo a sua doença, suas expectativas e objetivos terapêuticos também devem ser permitidos pela consulta (KLEINMAN, 1978).

A busca por desencadeantes constitui a categoria do inquérito biopatográfico valorizado pelos médicos homeopatas. (De)marcam na história patológica pregressa, e presente, as condições que ao impactarem a vida dos indivíduos, foram coadjuvantes do

adoecer. Quando estimulados a memorização de fatos, o sintoma quando desvelado pode vir a ser o enredo e a trama dos sentidos contextualizados do adoecimento.

No exemplo a seguir podemos observar como as “alergias” de D. Violeta se associam as crises atravessadas (mudanças de domicílio por problemas de saúde e finanças na família) e que se interpuseram nas escolhas que gostaria de ter adotado para própria vida.

- P: Eu vim para o Rio com 18 anos e comecei com alergias [...] que se acentuaram ainda mais porque eu morava em [bairro da zona sul] e passei a morar em [bairro da baixada fluminense].
- M: Então foi durante este processo de deslocamento que se acentuou a alergia. [...] E por que foi que você se deslocou de [bairro da zona sul] para [bairro da baixada fluminense]?
- P: Porque aqui eu morava de aluguel e lá eu comprei um terreno e fiz uma casa para mim e uma irmã mais nova, de quem eu e meu irmão cuidávamos. Meu pai faleceu quando eu tinha 17 anos, e minha mãe morreu quando eu tinha 21 anos.
- M: E é você quem cuida dessa irmã?
- P: Eu e meu irmão que é técnico de enfermagem. Ela foi diagnosticada com um quadro psicológico, amputou as pernas aos 29 anos e morreu agora com 56 anos.
- M: E agora tem alguém morando lá?
- P: Estamos cada um no seu cantinho, ..., [...]. Eu me sinto desequilibrada, o que de repente pode estar ligado à alergia. (Dra. Gardênia e D. Violeta).

Dra. Gardênia, ao explorar a história biopatográfica da paciente, observa que esta havia abdicado de projetos de vida para cuidar da irmã (esquizofrênica e amputada de ambas as pernas) e que após o falecimento desta, suas queixas agravaram. Para melhor compreender a atitude vital de D. Violeta frente às circunstâncias da vida, ela busca conhecer afetiva e volitivamente a paciente. Simultaneamente, é possível perceber que a paciente reflete sobre escolhas que foi fazendo ao longo da vida, fazendo dela a pessoa que se tornou.

- P: Eu sou meio intransigente, não aceito opinião dos outros, tenho a minha formada. É um defeito grave, acho que a gente devia ser mais maleável. Sou um tanto individualista, no sentido do viver, entendeu? Não é que eu não queira repartir, mas preciso de um tempo meu, só meu. Não gosto de pessoas que criam dependência.
- M: Isso de certa forma é saudável, você acha isso um defeito? Você viveu algo assim?
- P: Para quem olha de fora, sim. Minha irmã [deficiente mental e física de quem cuidou por muitos anos], não sei se é por causa dela, ..., Eu gosto de ajudar, mas não gosto que criem dependência. Mesmo quando ela tinha as pernas era dependente de mim. Eu sou assim, gosto de ajudar as pessoas, mas não que criem dependência de mim. Estou sempre disposta a ajudar as pessoas nestas condições, entendeu? [...] No mês que vem eu vou prá [cidade na região dos Lagos no Rio de Janeiro] para ficar com uma sobrinha [filha de uma outra irmã que faleceu] que vai ganhar bebê. (Dra Gardênia e D. Violeta)

“O paciente detalha a marcha de seus sofrimentos; o médico vê, ouve, e observa com seus outros sentidos o que há de alterado ou fora do comum nele” (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 84, p. 65). Acompanhar a trajetória da pessoa, buscando perceber e identificar

hábitos, emoções e reações, a fim de buscar nos significados, os sentidos do vivido. À medida que o paciente se sente acolhido e respeitado, adquire confiança de compartilhar com o médico seus sentimentos mais íntimos. No caso de D. Violeta, relatado acima, ao longo da consulta Dra Gardênia a ajuda a perceber e dar sentido a dificuldade que a paciente encontra nos relacionamentos. “Escutemos”:

- M: Ah! Ela era dependente e isso te incomodava um pouco. Foi por isso que você não procurou parceiro? Filhos?

- P: Eu acho que além disso,...,tenho aquele grave defeito de ser uma mulher muito romântica. Eu tive parceiro, entendeu,...,? Durou 13 anos, mas para amar tem que confiar. [...] Sou exigente, não me adaptei. A pessoa tem que se doar, para ter um filho o pai tem que participar, tem que haver calor humano.
(Dra. Gardênia e D. Violeta).

4.4.2 Evidência de capacidade empática: atitudes de apoio, legitimação e polidez

Encontro de dois: olho a olho, cara a cara
E quando estiveres perto,
Eu arrancarei teus olhos
E os colocarei no lugar dos meus.
E tu arrancarás os meus olhos,
E os colocarás no lugar dos teus.
Então, eu te olharei com teus olhos
E tu me olharás com os meus.

MORENO (1889-1974)

Segundo Rogers (2009), entre as competências e atitudes essenciais ao médico estão: empatia; demonstrar atenção e disponibilidade, interesse ao/pelo paciente, sinalizando apoio e parceria através de comportamento autêntico e congruente.

Um médico é autêntico e congruente quando “*é aquilo que é*”, quando suas relações com o paciente se desenvolvem sem máscaras ou artifícios, com expressão aberta e consciente de sentimentos, disponíveis para serem assumidos e comunicados, caso necessário. Quanto mais o médico ouvir e aceitar o que se passa em si mesmo, assumindo a complexidade dos próprios sentimentos, maior será seu grau de congruência (ROGERS, 2009).

No processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão implicadas no resultado da prática médica. A consulta de primeira vez inaugura uma relação que se pretende de ajuda. Utilizar uma pergunta aberta ao início da entrevista,

demonstrando interesse parece estimular o paciente a expressar-se livremente. É o que se pode observar no caso de D. Ametista, que precisou de um mínimo de incentivo de Dra Safira para expor seu “problema dos nervos”.

- M: E o que a traz aqui hoje?

- P: Estou com o sistema nervoso abalado devido às consequências da vida. [...] Meu marido teve um AVC hemorrágico há quatro anos e quem cuida dele sou eu, e tenho um filho que dá muito trabalho, é usuário de drogas e por conta disso vêm as consequências,...., O corpo não aguenta a pressão, né?

- M: **Quando esses transtornos familiares começaram seus problemas de saúde começaram a aparecer?** [grifo nosso]

- P: Olha, na verdade eu tenho esses problemas de nervos há algum tempo porque antes desses problemas, de meu marido ser uma pessoa doente, ele me trouxe muita tristeza por traição, foi aí que eu adquiri esses problemas de nervos, isso da respiração não completar. **Até agora não encontrei quem me pudesse me ajudar**[grifo nosso]. (Dra. Safira e D. Ametista).

Na totalidade das consultas analisadas, evidências de atitude empática em atitudes de estímulo a expressão de sentimentos e dos sentidos da doença para o paciente, estiveram presentes ora apoiando, ora legitimando, o relato biopatográfico. Um fragmento deste encontro de subjetividades é transcrito abaixo:

- M: Você disse que está precisando tomar decisões importantes e difíceis esta semana, foi por isso então que teve essa contratura, diz respeito a seu filho?

- P: Faz semanas, meses, que estou querendo tomar essas decisões, mas estou com medo de como seria depois.

- M: Sim!? Medo do que seria,....,?!

- P: Pedir para ele morar noutra casa [...]. A minha alegria depende de como ele está, o dia que ele se droga muito eu fico triste, o dia que ele se droga pouco eu fico bem, entendeu? Se eu não visse isso talvez ficasse melhor, mas e se eu não ficar?

- M: Ah, a sua dúvida é essa, se vai conseguir ficar longe do seu filho?

- P: Eu penso em viajar e deixar ele em casa. Fico querendo visitar os parentes no nordeste, mas como deixar o meu filho?

- M: Você pensa em viajar, mas não em se mudar?

- P: Eu já pensei até de ver se me adaptava por lá. Eu e meu marido, e o filho de 17 anos ficava com a avó até o final das aulas, e depois ele iria passar as férias lá,...., Se todos se adaptassem,...., quem sabe a gente ficasse?

(Dra. Safira e D. Ametista).

Como se pode depreender do trecho da consulta entre Dra Safira e D. Ametista, cuidar de pessoas se beneficia da qualidade emocional da empatia. *“Não é preciso ficar de beijos e abraços, bastam um olhar de compreensão, uma palavra de ânimo, que evidenciem uma preocupação personalizada”* (CARRIÓ, 2012, p. 54). A empatia é um estado emocional que permite detectar emoções seja em nível verbal ou não verbal e se distingue da simpatia pela qualidade da solidariedade progressiva. Compreender de maneira afetuosa, disponibilizar-se ao outro, o que pode possibilitar ir além dos conteúdos superficiais.

Na consulta entre Dra Dália e D. Margarida, abaixo transcrita, podemos observar que a queixa de dor de cabeça de décadas da paciente está associada ao seu sofrimento emocional crônico desde uma gestação indesejada, tendo a paciente seus projetos de vida alterados.

- M: Essas crises de enxaqueca tenho desde que estava grávida de meu filho mais velho que já está com 28 anos. Eu estava muito tensa, foi uma gravidez muito conturbada, eu não esperava essa gravidez, meus pais não aceitaram muito. [...] Eu tinha 18 anos, foi uma pressão de pai e mãe, eu fiquei fechada em casa, meus pais não quiseram que eu casasse,....

- P: E você aceitou essa gravidez?

- M: Doutora, o problema são os pais aceitarem,...., Naquela época os filhos faziam o que os pais queriam. **Eu fui obrigada a fazer tudo para não contrariar** [grifo nosso]. Fui trabalhar, estudei ainda, fiz o primeiro semestre de contabilidade, mas não quis mais. Eu tinha que deixar meu filho com meus pais e ou eu trabalhava ou estudava. (Dra. Dália e D. Margarida).

O diálogo que se estabelece entre o homeopata e seu paciente deve favorecer a partilha de sentimentos, de forma que a condução de uma entrevista médica tão minuciosa não seja percebida como invasiva. É preciso sutileza nos modos de indagar, para sem ofender ou agravar o sofrer, se possa resgatar os sentidos do vivido na biopatográfica história de cada um. Vejamos como D. Margarida se sente segura em relatar a Dra Dália sua vivência amorosa.

- M: E você ficou junto com esse namorado?

- P: Não, nunca mais mantivemos contato. Hoje sou casada com outra pessoa,...., [...], mas além da enxaqueca, tem a TPM, muita irritação, eu estouro muito com meu marido. [...] Acho que tem a ver com o fato de que quando a gente se conheceu ele vinha de um outro casamento. Depois eu fui percebendo que ele era uma pessoa que sempre me amou, porque senão já teríamos separado. Hoje a gente tem um filho de oito anos. Depois de oito anos vivendo juntos, a gente programou um filho, mas também não veio logo. Eu tinha 35 anos naquela época. Fiquei cinco anos para engravidar, e isso também me frustrou. Eu pensava muito [...], meu primeiro filho veio morar comigo já com 14 anos e eu não tive aquela oportunidade de criar. (Dra. Dália e D. Margarida).

Anotar o que o paciente diz, notar como diz, e o que isso pode vir a denotar - nisso consiste a escuta implicada, empática, o que vem ao encontro da escuta semiótica da prática homeopática. Escutar sem preconceitos o que o paciente declara a cada momento permite coletar matizes de realidade que produzem sentidos, o que pode auxiliar aos pacientes na reflexão sobre possíveis associações de causas precipitadoras ou mantenedoras do mal-estar (adoecimento, doença) assim como os sentidos compartilhados podem colaborar para orientação de condutas não necessariamente prescritivas.

No caso de D. Margarida, relatado anteriormente, foi possível desvelar a ansiedade e o quanto esta estava associada à prévia cirurgia no olho, experiência vivida como traumática. Podemos observar como o envolvimento empático permite a Dra Dália colocar-se no lugar da

paciente, legitimando seu sofrimento. Ao considerar a alteração de pressão registrada durante o exame físico como consequência do relato emocionado da paciente, Dra Dália pode tranquilizar a paciente, aproveitando para salientar a correlação de estados emocionais e sintomas físicos, e que não necessariamente esses precisam ser tratados com fármacos. Vejamos o desfecho da consulta:

- P: E essa pressão que não está legal é o que?
- M: Eu vou esperar para ver na próxima consulta, porque você estava com um pouco de dor [a paciente se queixara de dor de cabeça no início da consulta], e emocionada. Você vai voltar em dois meses, continuar fazendo os exercícios, iniciar o tratamento. Quando você voltar, se continuar alta aí a gente vê a necessidade de uma maior investigação. (Dra Dália e D. Margarida)

Na escuta atenciosa de uma narrativa mais fluida, com explicitação de uma atitude empática, a compreensão de nuances do sofrimento pode se desvelar. É o que acontece na consulta de D. Esmeralda. Incentivada pela Dra Safira, D. Esmeralda diz estar consciente de ser exigente consigo mesma e ansiosa, não aceitar as dificuldades impostas pela vida, e relata os recursos que identifica para lidar com suas dificuldades.

- M: Então você é exigente, ansiosa e gostaria de se reeducar. E qualidades?
- P: Eu adoro viver! Eu não vejo dificuldades. Eu estou sempre procurando driblar as dificuldades que aparecem. Não aceito um pessimista chegar prá mim com uma opinião sobre a vida, a doença. [...] Sou otimista. Ninguém me vê negativa, nem tampouco desanimada, triste. Não sou chegada a fotos, música de fossa [...] Sou dinâmica, tenho necessidade de movimento, de me mover de um lugar para outro, de mudanças. Eu já morei na Europa [...]. Ficar parada me dá a sensação que já morri, de que acabou. Sabe,...,? Gosto desse movimento. (Dra. Safira e D. Esmeralda).

O grau de proximidade que se estabelece ao longo da consulta através da troca harmoniosa de impressões, sensações e circunstâncias de vida, estimula revelações.

- M: Você fica triste com isso? [Comentando a respeito das múltiplas mudanças que a paciente viu-se obrigada a fazer, de alimentação, residência, cidade.]
- P: Foram muitas mudanças. Ah! Abala ou não abala? Mexe. É porque eu não sou chegada a dar lugar a depressão, melancolia. Eu não deixo isso chegar, mas se não vigiar ela entra. Mas tem horas que eu tenho vontade de ir embora,....
- M: Uhummm,..., Dá vontade de pegar a minha mala e ir embora, não é mesmo? Ainda mais você que gosta de se deslocar pelo mundo, né? [Silêncio seguido de risos são ouvidos.]
- P: A verdade é que eu não me identifico. O pior é que não me identifico em nada,..., Eu me sinto um peixe fora d'água. O que eu estou fazendo aqui, Meu Deus?! Parece que nunca estou onde estou. Talvez todas essas mudanças no fundo sejam uma busca por encontrar a mim mesma. (Dra. Safira e D. Esmeralda).

Como demonstra Rogers (2009), à medida que a pessoa é ouvida empaticamente, aceita e valorizada do jeito que é, criam-se condições propícias para que ela também faça a

escuta de seu próprio fluxo de experiências com mais precisão e descubra conexões entre suas atitudes e a realidade que permitam (re)elaborações sobre si mesma. Quiçá, propiciando novas atitudes perante a vida.

4.4.3 O papel do médico

Ao procurar um bom médico, escolhi de preferência um médico que jamais se mostre grosseiro[...]que não desdenhe de pessoa alguma[...]que deixe aos que sofrem a liberdade de se lastimarem; que jamais emita opinião sem prévia reflexão; que prescreva poucos medicamentos [...]que não dissimule o mérito de seus confrades e não faça autoelogios; enfim um amigo da ordem, um homem de amor e de caridade. Antes de escolherdes um médico, observai como ele se comporta com os doentes pobres e se, em seu gabinete, quando está só, se ocupa com trabalhos sérios (HAHNEMANN, 2006, p. 227).

O tecnicismo empobrece o encontro médico e paciente em suas dimensões propriamente intersubjetivas. A interação dá lugar ao procedimental no ato terapêutico. Outras dimensões da vida sócio-cultural, seus contextos socioeconômicos e crenças pessoais, que também são determinantes da saúde e suas vicissitudes, são depreciadas ou preteridas. Cuidado, respeito, solidariedade com a atenção a subjetivação compõem uma relação médico-paciente de agir tanto técnico quanto humanizado. Neste item, buscaremos evidências que possam contribuir para esta reflexão. Retomemos ao diálogo da consulta entre Dra Safira e D. Ametista.

Vimos no item anterior que D. Ametista atravessa uma situação doméstica que a mantém sobressaltada, “*entre a cruz e a espada*”. Tem um marido de 55anos, “sequelado” de um acidente vascular cerebral sob seus cuidados e três filhos, um deles, um homem de 30 anos que passa os dias, “drogado”. Sua única ajudante é uma jovem, também dependente de drogas. A filha, casada, cuida da própria vida, protegendo-se dos dramas da casa dos pais, onde ainda vive seu irmão caçula, adolescente. Com o interesse da Dra Safira emergiu uma camada mais profunda da determinação do sofrimento de D. Ametista para o qual ainda não encontrara quem a pudesse ajudar:

Demandas como drogadição, maus-tratos, conflitos familiares e crises conjugais, foram trazidas para as consultas médicas analisadas como queixas vagas ou expressas em sintomas orgânicos (tratados medicamentosamente sem sucesso) tais como dores

osteomusculares, cefaleia recorrente e distúrbios “neurovegetativos”, como nos fala D. Ametista:

- P: Tem época de crises, devido às decisões que tenho que tomar. Semana passada tive que tomar umas decisões sobre esse meu filho, fiquei com uma dor tensa, muscular, atrás da orelha, fiquei até com dificuldade de andar, toda tensa, só desse lado. [...] E quando estou pensativa demais, querendo resolver, tomar uma decisão, aí nos lugares mais fechados ou quando tenho que esperar, vai me apertando o peito. (D. Ametista).

Viver implica em tomar muitas decisões importantes que podem gerar medo, angústia, inseguranças. Associado ao desejo de ter aliviados os sintomas que os dramas e traumas da vida imprimem em seu corpo, os pacientes procuram também alguém com quem dividir as decisões que precisam tomar. A consulta homeopática pode vir a contribuir para reflexões que visam buscar soluções convenientes para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. Como podemos inferir da consulta de D. Ametista:

- M: Você disse que está precisando tomar decisões importantes e difíceis esta semana, e foi por isso então que teve essa contratura. Você está conseguindo dividir essas dúvidas e decisões com alguém? [...] E o seu marido nessa situação? Também participa?

- P: Ele teve o AVC hemorrágico ficou um mês em coma. Foi muito pesado, um mês em coma e mais dois meses internado e isso deixou a mente dele assim infantil, demente, ficou assim meio bobão, um doente dementado. Deixo ele fora disso e pego essas pancadas todas prá mim. [...] Faz semanas, meses, que estou querendo tomar essas decisões, mas estou com medo de como seria depois. [...] A sensação que tenho e me faz muito mal é a de alimentar essa situação. Eu fico entre a cruz e a espada porque eu estou participando de uma coisa contra a minha vontade, mas a pressão é tão grande que eu termino cedendo. [...] Eu procuro as pessoas para falar, mas não as que vão me botar para baixo. **Procuro ver a pessoa mais forte, que receba melhor. [...] Uma pessoa que possa me dizer uma palavra boa** [grifo nosso]. (Dra. Safira e D. Ametista).

O médico é procurado em vigência de forte sofrimento que a paciente (res)sente estar carregando sozinha. É parte da influência que o paciente deseja receber. Ao buscar atendimento D. Ametista esperava além de esclarecimentos e orientações terapêuticas, um ouvinte para seus dramas íntimos, alguém com quem pudesse também desabafar e se aconselhar. Dra Safira a acolhe; busca compreender a experiência de D. Ametista no processo de adoecimento, na totalidade de suas implicações (físicas, morais, emocionais) o que permite que D. Ametista fale de seus sentimentos.

É possível perceber também que se o desabafo por efeito catártico já traz algum alívio, este em si não basta, é necessário também que o médico possa oferecer “uma palavra boa”. No caso de D. Ametista, a “conversa” com a Dra Safira, propiciou reflexão:

- P: É,...., Eu não posso mais ficar entre a cruz e a espada, ficar tomando essas pancadas todas. Preciso tomar uma atitude, enfrentar que ele não é mais o meu bebê. Quem sabe se eu procurasse mesmo o grupo de apoio não teria forças para tirá-lo de casa, e enfrentar seu tratamento? [...] Eu tenho o hábito de quando estou muito angustiada na madrugada, de escrever. Na calada da noite eu escrevo cartas para o meu filho, e aí entrego e saio de perto. Eu não escrevo muito bem, com muitos erros de português porque estudei muito pouquinho, mas mesmo assim ele entende.

- M: Ah! Mas escreve de coração! É o que você escreve para ele? E ele lê? Dá um retorno?

- P: Às vezes ele diz que vai mudar, outras que ele exagera. [...] Tem uma que está para eu entregar que diz o que falei para a senhora, para ele se mudar para outra casa, que essa escolha da droga é dele e não minha.

- M: É mais fácil escrever do que falar?

- P: É porque quando eu olho para o rostinho dele todo carinhoso, ele me quebra, e aí não tenho coragem de dizer para ele ir embora da minha casa.

- M: Entendi. Então continue escrevendo, inclusive se sentir vontade de escrever sobre você, escreva. A gente se encontra em 4 semanas.

(Dra. Safira e D. Ametista).

Dra Safira ultrapassa a tomada do caso e o inventário de sintomas, valorizando outras formas de expressão, não apenas pelo estímulo a escrita, mas principalmente, pelo interesse na leitura do que a paciente “*escreve de coração*”. Reconhecendo as concepções e sentidos do paciente a respeito de seu processo de adoecimento, suas expectativas e as escolhas de cuidado adotadas, o médico as legitima e integra a condução do tratamento.

O enfrentamento diário de questões de sofrimento existencial exige dos profissionais de saúde modos e habilidades no cuidar. Na busca de compreensão de suas angústias existenciais é possível através das falas dos pacientes observar o papel simbólico de “psicólogo” investido ao médico, idealizado no que concerne à homeopatia, reconhecido por ser um bom ouvinte no senso comum.

- Dra Dália: O que te trouxe a homeopatia?

- D. Hortênsia: Eu não consigo dormir e sofro de muita ansiedade. Já fui em vários psicólogos. Uma me passou um remédio natural que não fez nenhum efeito e outro me passou tarja preta. [...] Foi então que conversando com uma amiga ela falou do atendimento aqui, que eu ia gostar, que o médico escuta a gente [...] disse que se até agora eu não tive resultado é porque não tinha gostado de nenhum psicólogo, que para fazer o tratamento tem que gostar e se adaptar a pessoa,....[...]. E aí eu vim prá cá para cuidar dessa ansiedade e dessa insônia. (Dra. Dália e D. Hortênsia).

Através da análise das consultas, nos foi possível refletir sobre o papel que o médico exerce na medicalização social. É possível que nas distintas racionalidades médicas, o médico se sinta pressionado a agir como prescritor tanto para os sintomas da doença quanto para aqueles decorrentes das adversidades da vida. Ou seja, a cultura dos pacientes pode exercer pressões sobre o médico. Confrontado com a doença (e suas consequências), convivendo com emoções e conflitos, desafiado frente à expectativa de uma onipotência que não têm, é

plausível que utilize dos medicamentos para atenuar sua possível frustração e impotência. Observemos a interação abaixo:

- M: Você está tomando algum remédio?
- P: Não, eu evito, até por conta da hepatite. O único que tomo quando o negócio está muito feio [crises de ansiedade] é o Rivotril 0,25.
- M: Sei,...,quando está muito difícil,....
- P: Mas eu costumo evitar, uso só SOS.
- M: Eu vou deixar um outro SOS, quem sabe para você evitar o Rivotril e não precisar utilizar alopátia. São dois medicamentos, cada um a ser usado em dias alternados, que você mandará fazer neste primeiro momento para vermos se vai diminuindo essa angústia. Eles irão te ajudar nessa angústia de morte, nos sintomas de pré-pânico que você destacou.
(Dra. Safira e D. Ametista).

Críticas ao comportamento dos médicos e a racionalidade biomédica que caracterizam a prática médica tradicional emergiram na forma de questionamentos ao saber médico. Destacamos com a fala de D. Hortênsia:

- P: Sinto muita dor de estômago e vontade de comer muito. Eu não era assim, era controlada, comia pouco. Eu engordei, pesava 64 e agora estou com 84Kg. Eu estou nervosa, não consigo me controlar, e com os problemas da vida,...., como, e não consigo dormir bem[...]. O médico me disse que tudo é da ansiedade, mas até agora todos os remédios que passaram prá mim, nada fez efeito e aí o que eles dizem é que eu tenho que controlar isso, mas como é que eu vou controlar? Eu não consigo sozinha controlar um troço desses, aí passam remédio, mas nenhum deu jeito. (D. Hortênsia).

As críticas ressaltam a necessidade de incluir as perspectivas do paciente. O médico que não as explora se arrisca a realizar uma consulta improfícua. A congruência entre a prescrição médica e a crença do paciente sobre o conceito de saúde é elemento central para o seguimento das orientações (BALLESTER, 2010).

D. Esmeralda é porta-voz do que enunciamos. Reconhece a médica gastroenterologista como uma benção. Ela chegou e alegrou sua vida, não apenas pelo diagnóstico conferido aos distúrbios há anos em busca de tratamento, mas por compartilhar o(s) sentido(s) da doença consigo.

- P: Ela foi a benção [médica gastroenterologista]. Quebrou todos aqueles diagnósticos que estavam sobre mim, e que eu dizia: não aceito, não aceito, vou encontrar um médico! Orei muito. Ela me escutou, examinou e disse que não acreditava em todos aqueles diagnósticos porque senão eu não teria chegado aos 63 anos![...] Olha, ela chegou e alegrou minha vida! (D. Esmeralda).

Verificamos que desinformados das bases filosóficas e operacionais da racionalidade homeopática, os pacientes podem ser surpreendidos com a condução da consulta, tanto

positiva quanto negativamente. Uma das queixas que emerge é a de que médicos homeopatas não examinam seus doentes.

- M: Vamos deitar um pouquinho, para examinar seu abdômen.
- P: O médico [o outro homeopata com quem se consultou] não me examinou!
- M: Depende da necessidade, filha.
- A: Mãe, ele não me examinou!
- M: É que seu problema é dos nervos. Também não é assim, não queira falar mal do profissional não.
- A: É vai ver que como eu cheguei com a receita pronta ele achou que eu só queria a receita mesmo. [...] Médico também é um psicólogo.
- M: É às vezes é preciso a gente se fazer de psicólogo, e outras trabalhar junto com o psicólogo, tem casos que é preciso fazer psicoterapia de apoio, só o remédio homeopático não dá conta [...]e se consegue evitar que eles tomem remédios alopáticos, que sejam encaminhados para o psiquiatra. (Dr. Jaspe e D. Turmalina).

Na consulta de D. Turmalina, causa surpresa à filha da paciente que o médico homeopata conduza um exame físico. D. Ágata reclama não ter tido o mesmo atendimento, ao que sua mãe a repreende, lembrando que o problema da filha é dos nervos (e que ela não deveria falar mal do médico). Esta é outra consulta em que o reconhecimento da escuta atenciosa é associado a uma abordagem psicológica.

Outra questão de importância é a abordagem terapêutica. Os medicamentos com seus nomes difíceis (não acompanhados de bulários) e de posologia tão diversa da que estão habituados, exigem que o prático homeopata comunique com clareza a terapêutica a ser instituída, para que com isso possa facilitar a tomada e adesão ao tratamento. Alguns médicos se esforçam em explicar a prescrição, procurando elucidar suas orientações, podendo oscilar entre a utilização de jargões médicos e abordagem coloquial. Na consulta de D. Turmalina, por exemplo, sua filha D. Ágata, chama atenção em tom irônico para o uso da linguagem técnica pelo médico, que continua a prestar esclarecimentos, em linguagem pouco acessível, a paciente e sua acompanhante.

- M: Eu vou fazer um remédio constitucional para a Senhora, porque vejo necessidade de remédio de fundo.
- A: A Senhora entendeu tudo o que ele falou, né? Remédio constitucional, remédio de fundo?
- M: A Senhora é longelínea, sua constituição é fosfórica e por isso vou fazer calcarea phosphorica para dar uma ajuda aos drenadores que vou fazer, senão a Senhora vai melhorar, mas depois pode voltar [as queixas]. [...] O objetivo é conseguir deixar a pessoa equilibrada e com um remédio só, melhorar a imunidade. (D. Jaspe e D. Turmalina).

Como foi possível verificar através das consultas analisadas, e de forma explícita na consulta entre Dr Jaspe e D. Turmalina, se o médico busca conhecer seu paciente, o paciente também deseja (re)conhecer quem é o médico e estimar seu preparo técnico para atender.

- P: **Eu tenho uma curiosidade. Vocês se formam em médico?**[grifo nosso]

- M: Isso.

- P: Médico o que? Clínico Geral?

- M: A gente se forma em medicina geral.

- P: Aí depois vai para o caminho da Homeopatia, é isso?

- M: Depende. Alguns como eu, por exemplo, fazem outra especialidade primeiro. Eu fiz [outra especialidade]primeiro. Eu me formei em Medicina, aí fiz residência em [xxx], me especializei e trabalhei, mas não ficava muito satisfeito, até que por fim descobri a Homeopatia. Aí fiz uma especialização em de três anos em homeopatia [...]. Então é assim, você estuda seis anos, se forma médico, e aí ou faz uma residência médica, [...] ou uma pós-graduação e a prova de título de especialista da AMHB. [...]. A residência [informando sobre sua formação e experiência enquanto residente em homeopatia] é muito bacana porque tem o departamento de homeopatia os pacientes te procuram porque você é homeopata, os outros especialistas te encaminham, e você também pode ter a troca, quando você tem um caso que diagnostica e que precisa de auxílio dos demais colegas, tem esse intercâmbio. (Dr Jaspe e D. Turmalina).

O contexto social da saúde desenvolveu na identidade de médico múltiplas imagens que refletem as diversas situações de trabalho. O médico acumula empregos e especialidades, inclusive, atuando para racionalidades divergentes quanto à concepção saúde-doença-cuidado.

Múltiplas jornadas de trabalho em muitas vezes áreas de difícil acesso e segurança, vínculos empregatícios diversos, com atuação tanto na saúde privada dominada pelas seguradoras quanto na pública precarizada de recursos, são fatores apontados por Schraiber (1993) há duas décadas, que interferem na qualidade do atendimento prestado. Realidade de ambas as racionalidades, delatada pelo relato em tom de “desabafo” de um dos médicos. Como podemos constatar através da fala de Dr Jaspe, não houve mudança nesse cenário.

- A: E você só trabalha aqui?

- M: Não. Trabalho aqui, no Hospital [xxx] e no Hospital [xxx]. E tenho um consultóriozinho também.

- A: Ah, lá é outro preço! Quanto deve ser? Uns trezentos, quatrocentos a sua consulta?

- M: Como eu alugo um horário eu tenho que cobrar de acordo com o horário do local em que estou sublocando. [...] Eu cobro duzentos e cinquenta reais. Eu ia cobrar até menos, mas a colega, dona do consultório, que me subloca, me pediu que eu cobrasse o mesmo valor que ela e o marido, que atendem no mesmo consultório, cobram [...]. Eles tem convênio, no momento prá mim não compensa assumir as despesas do consultório uma vez que estou aqui e em outros serviços. Atendo no [outro serviço] às segundas e sextas como [outra especialidade] e homeopata, porque por incrível que pareça tem quem não queira se tratar com a homeopatia. **E aí eu trato como [outra especialidade] também, fazer o que, não é mesmo? Antes de tudo a gente é médico**[grifo nosso]. (Dr Jaspe e D. Turmalina).

Nesta mesma consulta, a acompanhante da paciente faz alguns comentários a guisa de provocação (interrompendo e desviando o foco de atenção da consulta inúmeras vezes) que denotam o desprestígio da imagem dos médicos, ao mesmo tempo que denuncia fatores de

precarização do vínculo entre o médico e seu paciente. O médico aproveita para reforçar a idealização da imagem dos homeopatas.

- A: Todo homeopata é calminho como você?
- M: Olha, tem uns descompensados, mas a maioria é calminho.
- A: Quero saber como você pode ser assim calminho. Posso te chamar de você, né?
A gente tem que se consultar só com médico homeopata [...].Os doutores de hoje consultam em 5 minutos[grifo nosso].
- M: A gente tem que ser calmo, se a gente for ficar nervoso, o que vai transmitir para o paciente? **A homeopatia é a medicina da pessoa, do ser humano como um todo, se for se apressar, como poderemos entender e atender ao paciente?**[grifo nosso]. De vez em quando, a gente como todo ser humano descompensa, mas a gente procura estar sempre equilibrado. (Dr. Jaspe e D. Turmalina).

Ao encontrar um profissional interessado, estudioso, aberto para o diálogo, o paciente passa a reconhecer no médico um parceiro comprometido com o cuidado. D. Ágata não reluta em dizer ao Dr Jaspe que se sente mais satisfeita em ser atendida por um médico que gosta e está satisfeito com o que faz.

- A: Médico estuda muito!
- M: É mais homeopatia é mesmo muito gostoso de estudar. Eu particularmente adoro.
- A: Percebe-se. Eu depois vou ficar contigo [referindo-se a troca de profissional para acompanhar suas próprias questões de ansiedade]. (Dr. Jaspe e D. Turmalina).

No caso de D. Ágata, que acompanhava sua mãe, o diálogo travado com Dr Jaspe reflete, inclusive, a necessidade de saber se na prática a teoria não é outra, ou seja, se quando o médico adoece também faz uso do que prescreve, e neste caso, medicamentos homeopáticos.

- A: Se não fosse minha mãe fazer a comida, a gente nem comia.
- M: Que sogra boa! Eu sinto falta da minha. Ela morreu esse ano, na verdade era a pessoa que criou minha esposa, quando eu ficava doente ela é quem me levava a comidinha. Tive recentemente doente, senti falta.
- A: Você toma homeopatia quando fica doente?
- M: Tomo!(Dr Jaspe e D. Turmalina)

O diálogo de proximidade travado ao longo de toda a consulta permitiu que o médico falasse de si, não como um exemplo a seguir, mas como alguém que reconhece suas próprias fragilidades e necessidades de cuidado.

4.4.4 Discussão

A formação médica centrada na competência técnico-científica corrobora para a construção de uma identidade profissional do médico que falha no manejo das dimensões subjetivas. Valores éticos, atitudes de sensibilidade e compreensão com o sofrimento alheio, habilidades de desenvolver uma comunicação empática como aspectos de uma “boa” prática médica” voltada para uma assistência “humanizada” nos serviços de atenção à saúde estão comprometidos. No contexto contemporâneo de atenção a saúde, a escolha do médico passou a se dar principalmente por arranjos econômicos, precarizando os sociais-afetivos e fazendo da relação médico-paciente uma relação de caráter econômico, de “paciente” para “cliente”(SCHRAIBER, 2008).

Uma relação terapêutica exitosa tecnicamente e bem sucedida na prática, independente da racionalidade médica, implica em reciprocidade, em experiência compartilhada, onde prevaleçam a comunicação direta, a preocupação com o outro, e os cuidados mútuos. *“Boa medicina é aquela que promove um cuidado integral por não reduzir o paciente a suas queixas, ocupando-se em identificar e acolher as suas necessidades, para que possa produzir ações de prevenção junto com a assistência (Mattos, 2001).”*

Entrar no mundo perceptual privado do outro, ser sensível aos significados dos sentimentos, desenvolvendo uma escuta ativa, solidária e compassiva, ou seja, de compreensão empática, é um passo importante para construir vínculos de confiança.

Empatia é um conceito complexo que envolve habilidades para compreender a situação do paciente, suas perspectivas e seus sentimentos; comunicar este entendimento e agir com o paciente na perspectiva de uma forma terapêutica colaborativa, e tem sido apontada como fator determinante da percepção de pacientes em relação à qualidade do cuidado na atenção primária (MERCER; REILLY; WATT, 2002). Uma escuta cordial e empática é fundamental para obtenção de informações. A cordialidade é determinante na quantidade de informações espontaneamente fornecidas pelo paciente. A empatia, para a qualidade das informações colhidas (CARRIÓ, 2012).

A capacidade do médico para “prescrever sua própria pessoa”, é decisiva para uma bem sucedida intervenção terapêutica (BALINT, 1984). Seja pelo ato de queixar-se ou pela apreensão do conteúdo da queixa, o momento da consulta pode ser caracterizado como um “ato terapêutico” por mobilizar e materializar os elementos que dão especificidade ao tratamento e, também, por constituir-se no espaço de construção da intersubjetividade entre

médicos e pacientes. Este demanda tempo, interesse, envolvimento e entrega, de ambas as partes (ROGERS, 2009). As queixas não podem ser traduzidas somente por uma leitura técnica. Essa talvez seja uma das grandes qualidades da comunicação que se estabelece durante a consulta homeopática - oferecer um espaço que não delimita e não dirige a fala do paciente.

A “agenda do paciente” influencia o resultado da consulta e deve orientar o curso da entrevista. Identificar e entender os motivos para o paciente procurar o médico é a primeira tarefa de toda consulta. Silverman et al. (2008) ressaltam que o primeiro problema relatado pelo paciente não é necessariamente o mais preocupante, cabendo ao médico abordar e negociar agendas antes do início da exploração dos problemas.

A elaboração de projetos terapêuticos cuidadores requer, portanto, um tipo de escuta do paciente que permita a possibilidade de compreensão sobre sua história. Esta deve respeitar a alteridade e evitar o risco da interpretação apressada sobre o sofrimento do outro, subsumida a linguagem técnica e redutiva (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

No resgate do sentido, a contextualização do adoecer na história do sujeito, pode provocar um olhar para si mesmo que contemple vulnerabilidades, mágoas, medos, inseguranças e desafios pessoais, nos modos singulares de agir e sofrer a vida que estão intrinsecamente associados ao processo de adoecer (compondo muitas vezes a “agenda oculta”), auxiliando tanto ao médico quanto ao paciente na percepção do que deve ser feito e evitado para condução de um tratamento adequado.

A construção de uma relação médico-paciente erigida na parceria se faz consonante com um modelo integral de atenção à saúde, ao considerar a totalidade individual do adoecimento em sua multicausalidade física, emocional, mental e social, podendo auxiliar no esclarecimento dos intrincados processos de adoecimento e prover subsídios para uma terapêutica de maior eficácia. Para tanto deve haver uma boa interação entre quem cuida e quem é cuidado. *“Este exame individualizador de caso de moléstia, apenas requer do médico ausência de preconceitos e sentidos perfeitos, atenção na observação e fidelidade no traçar o quadro da doença”* (HAHNEMANN, 2007, parágrafo 83, p. 65).

Compete ao médico, portanto, não apenas ter excelente formação técnica e conhecimento de como diagnosticar e tratar as doenças, mas, sobretudo, prestar um atendimento onde o paciente não seja rotulado pela doença que porta, mas reconhecido pela dor e sofrimento que comporta. Neste sentido, a concepção de competência supera a mera execução de tarefas, o simples fazer, para que não resulte numa prática tecnocrática que culmine por silenciar a subjetividade daquele que a busca e de quem a executa.

Quando o médico é capaz de compreender a vivência, como o paciente a percebe e sente, “*quando consegue apreendê-lo de dentro [...] então o paciente ao encontrar alguém que ouve e aceita os seus sentimentos, começa, pouco a pouco, a tornar-se capaz de ouvir a si mesmo [...] e enquanto vai aprendendo a ouvir a si mesmo, começa igualmente a aceitar-se mais*” (ROGERS, 2009, p. 72-74), pois percebe que o médico tem para com seus sentimentos uma atitude de aceitação, de cuidado, de valorização de sua pessoa como ela é, ou seja, uma atitude de legitimação. Assim se configura uma relação de ajuda.

A associação entre a ocorrência de eventos de vida produtores de estresse e a presença de transtornos mentais como depressão e ansiedade, incluindo uma série de queixas inespecíficas e somáticas contribuem para um terço dos dias perdidos por doença no trabalho e um quinto de todas as consultas de atenção primária. Os quadros depressivos têm representado o terceiro problema de saúde nos países desenvolvidos e o quinto em países subdesenvolvidos, comprometendo a vida de relações, estudo e trabalho. Ademais, fatores ambientais desfavoráveis estão associados ao aparecimento e/ou à maior severidade no curso de grande parte dos distúrbios psiquiátricos (LOPES; FAERSTEIN e CHOR, 2003).

Já em 1810 Hahnemann (2007) chamava atenção para os males contraídos por pessoas que se expõem de modo continuado a influências nocivas evitáveis, entre elas viver em constante preocupação e ansiedade, e como estas constituem em obstáculos à cura. Salientava que muitos dos desequilíbrios da vitalidade originam-se e se mantêm em virtude de causas emocionais, como desgosto prolongado, aborrecimento, ofensas e insultos, assim como a exposição frequente a situações de medo e susto, o que vai ao encontro dos resultados do Estudo Pró-Saúde (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Hahnemann (2007) exortará a importância da utilização pelo médico do que nomeou “*remédios psíquicos*”, como provas de confiança, conselhos amigos, recomendações sensatas (Apêndice 4). A responsabilidade do paciente com relação à própria saúde não se limita a seguir a prescrição e a orientação médica. Implica também na consciência de si e em seus atos direcionados as mudanças necessárias para uma nova “normatividade” de vida (CANGUILHEM, 2009).

Precisamos realizar que assistir à saúde de outras pessoas, não se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. “*Somos sempre alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas do tipo: “O que é bom pra mim?”, “Como devo ser?”, “Como pode ser a vida?”*”(AYRES, 2011, p. 60-61).

Captar uma história é um ato interpretativo. Contar a própria história é compartilhar os contextos das dores interiores, desespero, desesperança, miserabilidades, mas é também

relembrar superações, conquistas e alegrias maiores. A legitimação pode induzir alterações no comportamento do paciente no sentido de uma maior maturidade psíquica e de relações mais harmoniosas consigo mesmo, os outros e o mundo circundante, que auxiliem na preservação/recuperação da saúde.

Um tratamento homeopático engloba auxiliar pessoas a reencontrar por si, e em si, um caminho para a “cura”. A autoobservação e escuta de si mesmo que o diálogo entre homeopata e paciente provoca, pode fazer deste encontro uma relação de ajuda (ROGERS, 2009). E mudar-se-ão as perguntas do paciente ao médico. De “*o que eu tenho, Dr?*”, “*o que fazer, Dr?*” para “*por quê?*”, “*para que(m)?*”, “*o que poderemos fazer?*”.

Um profissional da saúde que a seus procedimentos propedêuticos associa uma escuta implicada em apreender sentidos dos significados é operário da ciência e artífice da arte médica. É preciso enriquecer a concepção de intervenção para a saúde que se propõe integral. Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento mútuo, deixaram muitas vezes de se perguntar: poder de quem, poder por que, poder para que? (AYRES, 2009, p. 60)

Não se trata, portanto, de abolir a ciência do âmbito desses regimes. Concordante com Ayres (2011), o que nos é colocado como partícipes do diálogo sanitário é a necessidade de enriquecer a concepção de intervenção em saúde, através da construção da abertura ao diálogo e construção de pontes linguísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum.

“A ajuda homeopática virá não só em socorro da morfofuncionalidade dos corpos doentes. Ela virá como um atendimento das incompreensíveis sensações, metáforas e alusões que simultaneamente, acometem e revelam o sujeito” (ROSENBAUM, 2006, p. 107).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Curar quando possível,
Aliviar quando necessário,
Consolar sempre.

Hipócrates, (470-360 a.C.)

Esta pesquisa teve por objetivo caracterizar a comunicação médico-paciente à luz da concepção de saúde-doença-cuidado que informa a prática homeopática. Considerando que a semiótica homeopática confere a consulta características específicas à abordagem centrada na pessoa e que esta semiótica realiza-se como uma prática terapêutica orientada por um vitalismo mediado pelas palavras (ROSENBAUM, 2006), o estudo analisou gravações de oito consultas de primeira vez realizadas num serviço de referência na oferta de Homeopatia no Rio de Janeiro. A consulta de primeira vez foi privilegiada porque inaugura uma relação terapêutica, cuja qualidade do encontro é determinante da adesão e eficácia do tratamento (GROSSEMAN; KARNOPP, 2011).

O material obtido das gravações foi submetido à Análise de Conteúdo (AC), com intenção de descrever os conteúdos manifestos e, por meio de inferências fundamentadas, caracterizar como os fundamentos da racionalidade homeopática se expressam na prática clínica. Foram buscados indícios que permitissem inferir como componentes de intersubjetividade se expressam na relação médico-paciente e contribuem para a produção de sentidos e para a atenção integral à saúde.

A AC é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, possibilitando produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto (meio de expressão do sujeito) replicáveis ao seu contexto social. A análise aponta para a necessidade demonstrada pelos pacientes de serem ouvidos e compreendidos, “atendidos” nas suas angústias frente às adversidades da vida em suas consequências: doença e “dor”. Seus relatos remetem a um itinerário em busca de alívio para seus sofrimentos, e simultaneamente reforçam a importância do diagnóstico para o estabelecimento de vínculos e elaboração de propostas terapêuticas.

Através dos enunciados foi possível observar que um médico que vise ser promotor de cuidado e não apenas um executor de procedimentos técnicos (tecnologias duras), necessita aplicar seus conhecimentos (tecnologias leves-duras) sem dispensar a utilização dos

conteúdos da valise de tecnologias leves, como a escuta atenta e interessada que situa o sujeito no processo de adoecimento e (re)agir a vida.

Pacientes buscam um atendimento que culmine em êxito técnico (capacidade de uso de conhecimentos para intervenção) e sucesso prático (bem-estar do paciente), ou seja, suas necessidades exprimem o desejo por um cuidado integral.

Como aspectos metodológicos que a limitaram e que apresentam ilações com os resultados, elencamos a amostragem pequena, o cargo de direção do ambulatório onde foi realizada a pesquisa de campo ocupado pela pesquisadora, e a impossibilidade de comparação de maior equanimidade com a racionalidade biomédica, que precisaria ser observada em condições análogas as oferecidas pela racionalidade homeopática.

O conceito de cuidados com a saúde de Kleinman (1978) estabelece uma articulação entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados, tais como: experiência dos sintomas e comportamento do doente frente aos mesmos, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados.

A construção de sentidos e compartilhamento de significados é parte intrínseca das práticas de saúde (CARVALHO; LUZ, 2009). As narrativas que se formaram na relação médico-paciente no presente estudo indicam um caminho para o compartilhamento de significados e sentidos que podem fomentar interpretação mais sutil e individualizada do adoecer e dos aspectos que ao ampliar as percepções pessoais sobre a saúde, permitam integrar novas questões (qualidade, projetos de vida e felicidade) que transcendam uma perspectiva meramente medicalizadora da vida, como propuseram Favoreto e Camargo Jr. (2007), e contribuam para o exercício da normatividade proposta por Canguilhem (2009).

Internacionalmente emerge a clareza da necessidade de novas formas de promoção do bem-estar e autonomia do paciente, entendido como sujeito imerso em relações sociais, considerando suas necessidades e desejos, valorizando sua experiência e narrativa (CHARON, 2001; CAPRARA, 2003). Esta concepção integradora demanda competência comunicacional dos médicos (competência narrativa) em aprofundar a compreensão da dimensão vivencial do sofrimento.

Na prática, a racionalidade homeopática conforme exercida nas consultas analisadas apontou para a valorização do sujeito e seus sentidos. Para tal foi oferecido tempo, escuta e uma compreensão do adoecimento centrada na interpretação do sujeito doente. Os médicos voluntários demonstraram interesse no indagar, envolvimento ao acolher. Utilizando menos dos jargões médicos, buscaram uma linguagem mais próxima e solícita que estimulasse o relato dos pacientes. Sem abrir mão do gerenciamento do tempo e controle na condução da

consulta, observamos uma dinâmica de compartilhamento com respeito à agenda trazida pelo paciente. Disponibilizaram-se para uma escuta “implicada” através de uma interação sensível, empática aos sentidos atribuídos pelos pacientes aos seus contextos e fatores envolvidos nos processos de adoecimento. Ao apoiarem e legitimarem as narrativas de cada singular adoecer, “experimentaram em si o outro”, se permitindo “contaminar” pelo mundo e a vida de seus pacientes.

Os dados reforçam que, ao evocar a recordação de vivências e (re)construção de sentidos, buscando "enxergar a dimensão pessoal do outro", a anamnese homeopática “*ajuda o indivíduo a se auto-elucidar, de maneira que a consulta tem uma espécie de efeito colateral psicoterápico*” (ROSEMBAUM, 2004, p. 63). Esta escuta implicada que (re)valoriza o agir do médico, a ser visto mais como um terapeuta que como o investigador de patologias (LUZ, 2012), foi observada em três interações, sendo o médico explicitamente reconhecido e retratado por dois pacientes como psicólogo.

Ainda que não isolado da esfera psíquica, o médico homeopata se propõe a atender problemas orgânicos. Ser visto como psicoterapeuta (e assumir este papel) pode se constituir em agravos na elaboração de propostas terapêuticas, com riscos ao paciente. A análise dos dados aponta para a procura de atendimento homeopático com intenção de “drogas mais leves e que não façam mal”, o que não exige o homeopata da utilização de tecnologias duras e leves-duras. Há de se considerar também as implicações que podem decorrer da não atenção a patologias orgânicas lesionais sendo tratadas meramente como psicossomáticas. O mais correto seria o que informa Dr Jaspe à acompanhante de sua paciente: “*para que não haja imperícia, seria aconselhável o trabalho conjunto com o psicólogo*”. Ao que acrescentamos a necessidade de esclarecer aos pacientes sobre a abrangência da abordagem homeopática e seu papel norteador do diagnóstico e terapêutica, assim como chamar atenção para o quanto os médicos, independentemente de racionalidades, com intenção de ajudar aos pacientes em aliviar seus sofrimentos frente os reveses da vida, podem estar colaborando para um aumento da medicalização social.

O (re)equilíbrio físico-mental-emocional aliado a um conhecimento de si, com reconhecimento das próprias limitações e capacidades, proporciona ao sujeito retomar a marcha da própria vida, em melhor harmonia com o meio (físico, social, familiar). Um exemplo disto é a visão teleológica da doença, entendida, muitas vezes, como processo necessário de crescimento e aprendizado; a cura como a “*realização dos mais altos fins da existência*”, como preconizava Hahnemann (CAMPELLO, 2001).

As doenças crônicas dominam a cena nosológica. Segundo dados da OMS (2003) estas correspondem a 72% das causas de mortes, responsáveis por 60% do ônus decorrente de doenças no mundo e é estimado que no ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (BRASIL/MS, 2013).

Cuidar da saúde inclui ações para uma vida mais feliz e jubilosa porque produtiva e útil, e “*o conhecimento (e emprego) da racionalidade homeopática pode contribuir para expandir a compreensão dos significados de um encontro terapêutico e do que seja o Cuidado em saúde*” (AYRES apud ROSENBAUM, 2006, p. 13). Ao abrir-se a incorporação de subjetividades, a prática homeopática permite evoluir para construção de um espaço potencial de compreensão, de atribuição de significados e sentidos, entre quem cuida e quem é cuidado.

A implementação da Homeopatia no SUS agrega valor na construção de um modelo de atenção centrado na saúde. Ao recolocar o sujeito no centro da atenção, a Homeopatia avança na construção da integralidade da atenção, não apenas a partir da prescrição farmacológica. Revigora a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, estimulando o autocuidado e autonomia do sujeito.

Para que a Homeopatia possa ser incorporada (por direito e de fato) nos diferentes níveis de atenção do SUS, com ênfase na atenção básica, inclusive através da prevenção terciária do agravamento de doenças, e de promoção e recuperação da saúde, cumpre abrir-se para o intercâmbio técnico-científico, por exemplo, através da inclusão da Homeopatia na agenda de investigação da comunicação interpessoal, em especial no âmbito do SUS. Tecnologias leves utilizam-se de recursos comunicacionais, responsáveis pela melhor qualidade da interação e vínculo. Se entendermos a Homeopatia enquanto uma tecnologia de cuidado em saúde, identificar, articular e apoiar a comunicação médico-paciente via pesquisas que contemplem a prática da especialidade, na avaliação da sua eficiência e efetividade, visando ao aprimoramento crítico e consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), constitui-se em um instrumento no auxílio de validação e ampliação de sua oferta.

Independentemente das diferenças entre as agendas de prestação de serviços de saúde privados, filantrópicos ou públicos, todos se inserem no *ethos* de responsabilidade coletiva. Se para alguns a palavra de ordem é “direito” à saúde e à comunicação, o desafio é o de promovê-lo em práticas concretas no cotidiano buscando soluções não só terapêuticas, mas também sociais, atendendo a demanda com concepções renovadoras dos sentidos, dos significados e vozes dos sujeitos, das identidades e interesses da sociedade, constituindo-se

como exercício democrático legítimo de afirmação de cidadania, no respeito às individualidades.

Pessoas cuidadoras (de si e dos outros), que possam engendrar práticas no cotidiano dos serviços de saúde resultantes dos laços sociais orientados para a solidariedade, são importantes para criar novas referências e atitudes frente ao que é vida e sobrevivência, existência e subsistência. A experiência acumulada da Homeopatia, inclusive na rede do SUS, pode assumir papel facilitador e ajudar a materializar a noção de formação e prática humanística, capaz de exemplificar princípios prescritos nas políticas de saúde. Formação capaz de incorporar categorias das ciências humanas, como as de *sujeito, sofrimento e cuidado*, atendendo as habilidades e competências elencadas por Rios (2012) e discriminadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (2014).

Pensar numa prática clínica que avance em uma perspectiva mais dialógica e cuidadora para as pessoas, pressupõe construir vínculos intersubjetivos entre médicos e pacientes através do respeito, troca de informações e reciprocidade. Cabe investigar se suas consequências se expressam ou não em maior adesão ao tratamento, melhor resposta à terapêutica, maior satisfação do médico e do paciente, diminuição de exames complementares e encaminhamentos a especialistas, e por consequência custos exequíveis para o sistema de saúde e para o paciente (STEWART et al., 2000).

Bons homeopatas resistem aos rótulos de patologias “novas”. Questionam diagnósticos pré-estabelecidos em busca de sentidos: *“o que você diz que é síndrome do pânico? Eu quero saber o que você sente, como você sente.”* Nenhuma medicina, nem a Homeopatia, é ramo da Psicologia. Mesmo assim, para cuidar da saúde de outrem é preciso perceber o dissimulado, ouvir o silenciado, interpretando sintomas que traduzem códigos de um sofrer, metáforas do desequilíbrio entre pensar/sentir/fazer que acometem indivíduos e grupos humanos.

Ainda assim, os indivíduos, por serem singulares em sua experiência de sofrimento, estão na melhor posição para indicarem aos profissionais de saúde a extensão de suas limitações e o alcance de suas possibilidades. Como o olhar do observador interfere no observado, um encontro genuíno entre sujeitos favorece uma transformação mediada pela palavra, que pode finalmente promover *“o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”* (ROGERS, 2009, p. 45).

Por fim, cabe salientar que é necessário persistir na investigação das práticas comunicativas na construção de um novo modelo assistencial no Brasil que incorpore o diálogo e as mediações exercidas por médicos e demais profissionais de saúde entre doente,

seu projeto de vida e felicidade, e doença. Entre o mundo da ciência e o mundo de vida, onde comunicação, educação e informação sejam componentes da equidade e humanização dos serviços de atenção à saúde no SUS conforme preconizado na 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2002 (AGUIAR, 2015).

Os homeopatas podem se beneficiar ao se abrirem para interlocuções com a ciência e medicina hegemônicas, de forma a construir uma linguagem que facilite a incorporação de sua racionalidade no currículo médico, contribuindo para minimizar a atual dicotomia saúde/doença, e viabilizar seus recursos terapêuticos como direito de cidadania estabelecido pela atual Constituição Brasileira.

No reposicionamento do sujeito doente como centro do paradigma médico; na ressignificação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do indivíduo doente no que concerne à relação saúde/doença, reside a construção de um novo paradigma (LUZ, 2005). Porém não se pode esquecer que são necessários meios. Para cada paciente que chega ao IHB e tem sua visão de saúde-doença acolhida, quantos correspondem que estão demandando atenção sem encontrar ninguém apto a acolher e fazer sentido de suas queixas?

Concordante com o Rogers (2009), consideramos enriquecedor abrir canais através dos quais possam ser comunicados e compartilhados sentidos dos mundos perceptivos particulares. Atitudes que consistem em recusar-se como pessoa e em tratar o outro como um objeto carecem em auxílio, distanciam-se do sucesso do cuidado na prática. Se todos os humanos atravessa(ra)m momentos de crises na vida – dor, doença, sofrimento, “os porquês”, “os comos” e “os para quês”, são individuais.

Cada paciente traz em si uma história, uma cartografia de relações, experiências vividas, fracassos e vitórias, medos e inseguranças, que sinalizam caminhos de desequilíbrio. Ao permitir e estimular que os pacientes compartilhem suas vivências, desejos e sonhos para além da conformidade e da “patologização” do viver, o médico estará contribuindo para o (re)equilíbrio dos processos orgânicos vitais.

Ao assumirmos que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem exclusivamente à resolução das questões elaboradas pela agenda do médico e que as questões dos pacientes buscam elucidações compatíveis com a linguagem do seu mundo de vida, a arte de assistir não se limita apenas à criação e manipulação de “objetos”. Do médico que trata para o médico que cuida. Para alcançar este estado, será preciso um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente.

Através dos conteúdos emergentes das consultas analisadas, em especial através das críticas dos pacientes aos atendimentos previamente recebidos, nos foi possível perceber que para uma prática mais cuidadosa o diálogo deve permear o encontro entre médico e paciente.

Exercício de solidariedade. Captar uma história, dar voz ao paciente, permitir que expresse sua dor interior, dor moral que frequentemente acompanha os adoecimentos. Aprender a escutar e ouvir. Aceitar o outro em si e em si mesmo, o outro. Dar voz ao sentido sem ferir o interstício das palavras. É ampliar para além da racionalidade científica o espaço da clínica, e conseqüentemente, do que é o trabalho médico em uma relação terapêutica.

Quem sofre precisa ser ouvido e acolhido, auscultado e compreendido, coração com coração.

O saber se aprende com os mestres.
A sabedoria, só com o corriqueiro da vida.
Cora Coralina

Era inverno. O ano, 1984. Os corredores do hospital, mais úmidos do que frios, escuros. Neles, até as paredes gemiam. A jovem, na primavera de seus caminhos, estudante do segundo ano de medicina, começava a trajetória que a levaria de si ao semelhante, rumo dos fins de sua existência. Tinha 17 anos, e aquele era seu primeiro plantão, como acadêmica. Não por acaso, em uma Maternidade. No grupo, três staffs, dois residentes, dois internos, quatro acadêmicos. Entre os últimos, ela se tornou o quinto elemento.

Se os fins nos princípios estão escritos, já estava predestinada de berço, a ajudar a dar a Luz. Mas para isso era preciso acender a sua. A sala de parto com seus gritos e ferros, com poucos recursos materiais, a agrediam menos do que as falas indelicadas de alguns colegas. Num momento de dor e fragilidade, deve prevalecer o sentido de humanidade. A jovem era mais do que feita de carne e ossos, de sonhos. E sua verve era sensibilidade exposta.

Seus plantões passaram a se dar junto ao leito das parturientes. Acompanhava o trabalho de parto ouvindo suas histórias de concepção, seus desatinos de amor. Ela era virgem, mas seu coração, não. Enquanto muitas pariram de forma natural a dor que gestavam, outras precisavam de fórceps ou cesáreas. E enquanto ela humanizava o momento, também se paria.

Os anos de sua formação médica tiveram em comum o envolvimento nas tramas das malhas das vidas dos que com o sofrimento do corpo e do espírito, tocavam no interruptor, que fazia conexão direta a consciência de seu dever para com o ser humano. A primeira anamnese, formalmente colhida numa enfermaria de clínica, terminou não com um diagnóstico. Sua semiologia conduziu a um almoço na residência da paciente. Nada mais coerente. Abertas as portas da casa da alma, um convite para compartilhar refeição à sua mesa.

A escolha que viria pela Pediatria, era lúcida. Influir na saúde da criança e da família e assim colaborar com uma vida adulta mais sadia. Como, sem o instrumento da Homeopatia?

E foi assim que na mesma semana que concluiu a residência em Pediatria, ingressou na Pós-graduação em Homeopatia. Feliz a criança que faz do seu brinquedo de infância a matéria de seu trabalho. No trabalho encantado, o amor é mais do que visível, é palpável. (Con)formou-se especialista.

Ainda era primavera e os caminhos ensolarados a conduzir aos cuidados do semelhante. Tornou-se membro titular e docente da Casa da Homeopatia em 1994. Assumindo a direção do Ambulatório Escola do IHB, titulou-se oficialmente como uma boa ouvinte. Uma boa ouvinte aprendiz do ser humano, com enorme prazer no dever de compartilhar de si. E ao se permitir experimentar o outro em si, (trans)formar e ser (trans)formada pelo encontro.

E é assim que com o instrumento da Homeopatia vai ao encontro do mundo, praticando essa ciência, divulgando essa arte, de cuidar com consciência de cada singularidade, fazendo sua parte. Responsável pela formação de centenas de homeopatas nestes 21 anos de prática em ensino, quantas vidas a tocaram e foram tocadas por ela? Quem é ela que não para o que era para O Ser?

É prática social narrar-se trajetórias de vida através dos atos relevantes de citação em “*curriculuns*”. As mais variadas *mundo vivências* não obrigatoriamente agregam sabedoria através das experiências. Útil é aquele que se inscreve no *curriculum* de vida do seu semelhante. Enquanto o mundo nos julga pelo que fazemos, deveríamos fazê-lo a nós mesmos, ao buscar responder uma única questão: servimos hoje?

De que serve conhecimento não aplicado? De que serve ser humano não implicado? E em assim sendo, essa filha a casa torna. Egressa da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ em 1988, tendo atravessado todo o país para levar a Homeopatia às fronteiras. Indo para além de onde Boa Vista alcança. Desbravando preconceitos, transpondo obstáculos. Escalando caminhos para a cura. Fazendo travessias.

A dissertação gestada pretende ao parida, crescer e se desenvolver em harmonia, influenciando uma melhor qualidade de vida. Essa deverá ser sua Mestria.

É outono. O ano de 2015. Da janela de concreto entre os muros da academia, o horizonte se avista. Sopra cálida a brisa.

O amor deve ser o farol a iluminar todos os começos, a força motriz de todas as ações do ego, a essência de todas as realizações. O Amor é A Luz.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G. O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 8, n. 14, p. 95-112, set. 2003-fev. 2004.
- AGUIAR, A. C. de. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP; Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- AGUIAR, A. C. de et al. Comunicação, Educação e Políticas de Saúde: análise crítica das Diretrizes para a Formação Médica no Brasil. In: CONLAB, .12, Lisboa, fevereiro 2015.
- AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E. C. de O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev. bras. educ. med.* Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, jul/set. 2010.
- ALMEIDA, E. *As Razões da terapêutica: empirismo e racionalismo na medicina*. Niterói: EdUFF, 2002.172p.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C.B.; SOUZA, I. M. A. (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- AMOSSY, R. (Org.). *Imagens de si no discurso: a construção do ethos*. São Paulo: Contexto, 2005.
- ARAÚJO, E. C. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. *Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, p. 663-671, 2008.
- ARAUJO, I. S. de. *A reconversão do olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social*. São Leopoldo: Unisinos, 2000.
- _____. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.149p.
- _____. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 42-50, set. 2009.
- _____. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 8, n. 14, p. 165-177, set-fev. 2004.
- ARAUJO, I. S. de; CARDOSO, J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013. p. 211-224.

ARAÚJO, I. S. de; OLIVEIRA, V. C. Comunicação e mediações em saúde: um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz). *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1-17, set. 2012.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface*. Botucatu, v. 6, p. 117-123, 2000.

_____. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 282p.

_____. Prefácio. In: ROSEMBAUM, P. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de curar*. São Paulo: Imago; 2000. p. 13-18.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Rev. C.S.Col.* Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1981.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

BALLESTER, D. et al.. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 4, p. 598-606, 2010.

BAPTISTA, L. A. *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EDUFF, 2000.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRIOS, P. C. *Plan de salud personal: una vía para reapropiarnos de nuestros espacios internos*. In: CURSO NACIONAL TEORICO PRACTICO DE APLICACIÓN CLINICA Y SOCIAL DE LA PSICONEUROINMUNOLOGIA, 2., Caracas, 1999. *Resumos*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999, p. 159-174.

BARSKY, A. J. Hidden reasons some patients visits doctors. *Ann Intern Med*. V. 94, p. 492-8, 1981.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3a ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

BENVENISTE, E. *Problemas de linguística geral I*. 4.ed. Trad. Maria da Glória Novak e Maria L. Neri. Campinas, São Paulo: Pontes, 1995.

BINIK, Y. Psychosocial predictors of sudden death: a review and critique. *Social Science and Medicine*, v. 7, p. 667-680, 1985.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1986.

CAMARGO JR., K. R. A Medicina Ocidental Contemporânea. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012, p. 49-71.

_____. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

_____. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003. 195p.

_____. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

_____. Medicalização: um quadro de referência In: PINHEIRO, R. ;SILVA JUNIOR, A. G.(Org.). *Por Uma Sociedade Cuidadora*. 1 ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010, p. 209-2016.

_____. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 183-195, jul-dez 2013.

_____. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1163-1174, jul-ago 2003.

_____. A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 177- 201, 2005.

CAMPELLO, M. F. *Relação médico-paciente na homeopatia: convergência de representações e prática*. Rio de Janeiro, 2001.

_____. *Sujeitos em terapia*. Um estudo sócio-antropológico das práticas clínicas homeopáticas e psicanalíticas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CAMPOS, P. E. *Quem cuida do cuidador?* Petrópolis: Vozes, 2005.148p.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6ªed./2ª reimpressão. 2009 Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPITÃO C. G.; SCORTEGAGNA, S.A.; BAPTISTA, M. N. A importância da avaliação psicológica na saúde. *Aval. psicol.* Porto Alegre, v. 4, n. 1, jun. 2005.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul-set 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente; repensando o vínculo terapêutico. *Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARRIÓ, F. B. *Entrevista Clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2012. 344p.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, v. 13, n. 29, p. 313-326, abr./jun. 2009.

CASTEL, R. *L'insecurité sociale – Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris: Seuil, 2003. 95p.

_____. *Les métamorphoses de la question sociale – une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995. 490 p.

CASTIEL, L. D. *A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: ContraCapa, 1999.144p.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CHAPLIN, J. P. *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1989.

CHARON, R. Narrative Medicine: a Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, v. 286, p. 1897-1902, 2001.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. 275p

CLOSE, S. O exame do paciente. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro: Grupo de Estudos Homeopáticos James Tyler Kent, p. 32-43, 1993b.

_____. Sintomatologia. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro: Grupo de Estudos Homeopáticos James Tyler Kent, p. 18-31, 1993a.

COELHO JR., N. E.; FIGUEIREDO, L. C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *Interações*, v. 9, n. 17, p. 9-28, 2004.

COHEN-COLE, S. A. *The medical interview: the three-function approach*. St. Louis, MO: Mosby-Year Book, 1991. 197p.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). *Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina*. Brasília, D.F: CNE, 2014. Disponível em: <http://www.crub.org.br/public/pdf/DiretrizesMedicinaAudienciaPublica.pdf>

COYLE, N.; SCULCO, L. Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. *J Support Oncol.*, v. 1, n. 3, p. 206-15, 2003.

CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. Positioning: the discursive production of selves. *J.Theory Soc. Behav.*, v. 20, p. 44-63, 1990.

DINIZ, D. S. *A “ciência das doenças” e a “arte de curar”*: trajetórias da medicina hipocrática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ENGEL, G. I. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, New Series*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

ESTRELA, W. L. *Tratamento homeopático*: buscando estratégias para avaliação de seus resultados e efetividade. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

ESTRELA W. L.; PINHEIRO, R.; BIOLCHINI, J. C. Homeopatia e integralidade: ressignificando a autonomia entre os sujeitos no SUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010, p. 317-332.

FAINZANG, S. Antropologia médica na França: uma disciplina em boa saúde. In: SAILLANT, F. (Org.). *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 159-176.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: EdUnB, 2001.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface: Comun. Saúde Educ.* Botucatu, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop0211>

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-77, 2002.

FERNANDES, J. C. L. A. Quem interessa a relação médico paciente? *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21-27, jan/mar, 1993.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 241 p.

GADAMER, H. G. A ideia da filosofia prática. In: _____. *Hermenêutica em retrospectiva III: hermenêutica e a filosofia prática*. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 27-39.

GIGLIO, A. D. Medicina e humanismo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v. 53, n. 3, May/June 2007.

GROSSEMAN, S.; KARNOPP, Z. M. P. Relação médico-paciente: evidências de fragilidades e possibilidades de sua superação por meio do ensino de habilidades de comunicação. In: MARINS, J. J. N; REGO, S. (Org.). *Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 223-257.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Cienc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-103, 2006.

HAHNEMANN, S. *Doenças crônicas, sua natureza peculiar e sua cura homeopática*. Tradução da 2ª edição alemã, 1835. 3ª edição brasileira. São Paulo, 1984.

HAHNEMANN, S. *Escritos menores*. São Paulo: Organon, 2006.

HAHNEMANN, S. *Organon da arte de curar*. São Paulo: Servideias Comunicação, 2007.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 1 ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p. 199-212.

IBAÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. *Didática*, v. 9, p. 49-74, 2000.

ISMAEL, J. C. *O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada*. São Paulo: Queroz, 2002. 117p.

KELLY-SANTOS, A. *A palavra & as coisas: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Ann Intern Med*, v. 88, p. 251-88, 1978.

KURTZ, S.M.; SILVERMAN, J. D.; DRAPER, J. *Calgary-Cambridge guide to the medical interview – communication process*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1998.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 239-251.

LIMA, M. Análise de conteúdo: estudo e aplicação. *Rev Logos*, v. 1, p. 53-8, 1993.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, nov-dez 2003.

LUZ, M. T. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.

_____. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr-jun 2009.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145- 176, 2005

_____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: BARROS, N. F. et al. (Org.) *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012. p. 25-47.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZ, M. T. *Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 225p.

LUZ, M. T.; CAMPELLO, M. F.; VELLOSO, A. R. Racionalidade médica homeopática e semiologia: contribuições para a construção de uma diagnose do sujeito doente. In: CAROSO, C. (Org.). *Cultura, saúde e tecnologias médicas: perspectiva antropológica saúde, doença e terapias*. Salvador: EDUFBA. 2008. p. 54-73.

LYNCH, E.; MEDIN, D. Explanatory models of illness: a study of within-culture variation. *Cognitive Psychology*, v. 53, p. 1-25, 2006.

MACHADO, F. R. S. A profissão médica no contexto de mudanças. In: GOULART, F. A. A.; CARVALHO, G. C. M. (Org.). *Os médicos e a saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1988.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R. *Percepções e práticas dos pacientes e homeopatas sobre o cuidado na atenção integral à saúde: um estudo de caso*. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PESQUISA HOMEOPÁTICA, 7. Rio de Janeiro, 2002. *Anais...*, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

MAKOUL, G. *A guide for instructor and learners for teaching and assessing communication skills*. The SEGUE framework. Program in Communication & Medicine. Chicago, Ill.: Northwestern University Feinberg School of Medicine, 2005.

MAKOUL, G. Communication skills education in medical school and beyond. *JAMA*, v. 289, n. 1, p. 93, 2003.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup.* São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, 2007.

MARAÑÓN, G. *Vocación y Ética*. Madrid: Espasa-Calpe, 1976.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARVEL, M. K. et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*, v. 281, p. 283-7 1999.

MEHRY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

_____. *Saúde e cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MEHRY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 361p .

MEHRY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 67-92.

MEHRY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, v. 6, p. ____-____, fev. 2000.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERCER, S. W.; REILLY, D.; WATT, G. C. M. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 52, n. 484, p. 901-5, 2002.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MONTEIRO, D. E. *O que você vai ser quando crescer? Abordagem homeopática da criança*. Rio de Janeiro: H.P.Comunicação , 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; MARCO, M. A. Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário. *Comunicação e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 49-53, 2010.

OLIVEIRA, L. A; CARVALHO, M. A. B. Capítulo 11: FAIRCLOUGH. In: OLIVEIRA, L. A (Org.) *Estudos do discurso: perspectivas teóricas*. 1.ed. São Paulo. Parábola, 2013. p. 280-309.

ORLANDI, E. P. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes, 1999.

PALMER, R. E. *Hermenêutica*. Lisboa: Edições 70, 2006.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso (AAD-69). In: GADET, F.; HAK, T. (Org.). *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. 2a ed. Campinas: Unicamp, 1993. p. 61-105.

PELLEGRINO, E. D. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt. Sinai J. Med.*, v. 69, n. 6, p. 378-84, 2002.

PENDLETON, D. et al. *A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2011. 158p.

PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 65-112.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007 228p.

PINHEIRO, R.; ESTRELA, W. L. Avaliando a gestão do cuidado, respeitando suas peculiaridades: o caso da homeopatia no serviço de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.

PRADO FILHO, K.; MARTINS, S. A subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 14-19, 2007.

RAMOS, L. R. J. *A comunicação na formação médica: uma experiência no Programa de Saúde da Família*. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

Ricoeur P. *O si mesmo como um outro*. Campinas: Papyrus, 1991.

RIOS, I. C. Comunicação em medicina. *Rev Med. São Paulo*, v. 91, n. 3, p. 159-62, 2012.

ROGERS, C. R. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.489p.

ROSEMBAUM, P. *A Homeopatia como medicina do sujeito: raízes históricas e fronteiras epistemológicas*. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. *Entre arte e ciência: fundamentos hermenêuticos da medicina homeopática*. São Paulo: Hucitec, 2006. 277p.

_____. Entrevista com Paulo Rosenbaum por Rodrigo de Souza Leão. *Jornal de Poesia*, 2005. Disponível em: <http://www.jornaldepoesia.jor.br/paulorosenbaum1.html>.

_____. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 194p.

_____. *Homeopatia: medicina sob medida*. São Paulo: PubliFolha, 2005.160p.

_____. *Medicina do sujeito: 40 Lições de Prática Homeopática Unicista*. Rio de Janeiro: Luz Menescal, 2004. 250p.

ROSEMBAUM, P.; PRIVEN, S. W. *Medicina do sujeito*. Rio de Janeiro: Luz Menescal, 2004.

ROUDINESCO, E. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1944.

RUEDELL, A. *Da representação ao sentido: através de Schleiermacher à hermenêutica atual*. Porto Alegre: Edipucrs, 2000.

SALLES, S. A. C. A presença da homeopatia nas faculdades de medicina brasileiras: resultados de uma investigação exploratória. *Rev. bras. educ. med.* Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, jul-set 2008.

SALLES, S. A. C.; AYRES, J. R. C. M. A consulta homeopática: examinando seu efeito em pacientes da atenção básica. *Interface.* Botucatu, v. 17, n. 45, p. 315-26, abr./jun. 2013.

SAYD, J. D. *Hahnemann e a Razão Clássica*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1992 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 25).

SAYD, J. D. *Mediar, Mediar, Remediar*. Aspectos da terapêutica na medicina contemporânea. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2011.192p.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, F. G. da. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicol. educ.*, v. 28, p. 169-195, 2009.

SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. *Skills for communicating with patients*. 2a ed. [S.l]: Radcliffe Publishing, 2008.

SIMPSON, M. et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*, v. 303, p. 1385-7, 1991.

SMITH, B.; SPARKES, A. C. Constrasting perspectives on narrating selves and identities: An invitation to dialogue. *Qualitative Research*, v. 8, n. 1, p. 5-35, 2008.

SOARES, J. C. R. S. *A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa*. 2000. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SODRÉ, M. *Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis: Vozes, 2002.

SOUSA CAMPOS, G. W. *Saúde Paideia*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

STREET, R. L. JR. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc. Sci. Med.*, v. 32, n. 5, p. 541-8, 1991.

TAYLOR, C. Gadamer on the Human Sciences. In: DOSTAL, R. J. (Ed.). *The Cambridge Companion to Gadamer*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 126-42.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Aná. Psicológica*, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004.

TESSER, C. D. *Medicinas complementares*. O que é necessário saber. São Paulo: UNESP, 2010.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-2006, 2008.

TEUTSCH, C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*, v. 87, n. 5, p. 1115-45, 2003.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais e a utilização dos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VASCONCELOS, V. V.; MARTINS JUNIOR, P. P. A teleologia e o estudo das ciências da Natureza: contribuições da Filosofia. *Ambiente & Educação: Revista de Educação Ambiental*, v. 16, n. 1, 2011.

WAISSE S.; AMARAL, M. T. C. G.; ALFONSO-GOLDFARB, A. M. Raízes do vitalismo francês: Bordeu e Barthez, entre Paris e Montpellier. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 625-640, jul.-set. 2011.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. Uma semiótica da integralidade, o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 133-155.

ZULIAN, M. Homeopatia: desinformação e preconceito no ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 1, p. 15-20, 2007.

ZULIAN, M. *Semelhante cura semelhante*. O princípio de cura homeopático fundamentado pela racionalidade médica e científica. São Paulo: Petrus, 1998.

APÊNDICE A – O diálogo entre Hahnemann e Charon

No cenário do cotidiano de atenção a saúde, os discursos de Samuel Hahnemann e Rita Charon dialogam. Suas vozes em expressão do que consideram essencial para uma relação médico-paciente que conduza ao sucesso da prática refletido em êxito terapêutico, em uníssono reverberam: ao contar sobre o que sentimos quando submetidos a doença, seja pelo adoecimento, seja por cuidar dos doentes, nos tornamos conscientes dos corolários da doença. Na expressão da doença, a revelação do doente para si é legitimada pela escuta atenta, empática, do outro. Na vitalidade da palavra falada, escrita, narrada, a saúde se inscreve na vida.

Hahnemann, um médico de vanguarda, “Pai da Homeopatia”, cuja enunciação legada através de sua obra (1810) incita a reflexão de uma prática para saúde que vise na harmonia de corpo/mente, organismo/espírito, fazer da matéria instrumento para os altos fins de realização da vida em existência (HAHNEMANN, 2007, par. 9, p. 5).

Charon, médica e fundadora do Programa de Medicina Narrativa na Universidade de Columbia (2000) defende que pessoas doentes e seus cuidadores tornam-se obrigatoriamente contadores e ouvintes de histórias, sendo estas o fio condutor para o cuidado em saúde.

Os trechos do diálogo abaixo foram extraídos dos textos canônicos de Hahnemann “Organon da Arte de Curar” (1810) e “O Observador Médico”(1825) e extraídos respectivamente das reedições de 2007 e 2006; e do artigo de Charon (2001) que embasam esta pesquisa. Hahnemann e Charon conversam sobre competências e habilidades para um bom desempenho do trabalho médico. Os transcritos são literais.

- Hahnemann: “A fim de ser capaz de observar bem, o médico necessita possuir a capacidade de perceber cuidadosa e corretamente os fenômenos que acontecem nas doenças, e a habilidade de descrevê-los nas expressões mais adequadas e naturais. Isto apenas requer do médico ausência de preconceitos e sentidos perfeitos, atenção na observação e fidelidade no traçar o quadro da doença” (2007, parágrafo 83, p. 65).

- Charon: “Ouvir não só conteúdo de sua narrativa, mas a sua evolução temporal, suas imagens, seus enredos secundários associados, seus silêncios. Por onde escolhe começar em revelar sua dor e a si mesmo na associação de sintomas com eventos de vida. Prestar atenção aos seus gestos, expressões, posturas corporais, tons de voz. Não envolver-se apenas na trama de informações objetivas, mas também com os medos, esperanças e as implicações associadas ao fato de estar doente” (2001, p. 1898).

- Hahnemann: “O paciente detalha a marcha de seus sofrimentos. O médico vê, ouve e observa com seus outros sentidos o que há de alterado ou fora do comum. Transcreve com precisão o que foi relatado nas próprias expressões utilizadas pelo paciente (2007, parágrafo 84, p. 65). A fim de perceber de maneira acurada o que é para ser observado nos pacientes deveríamos sair de nós mesmos e nos concentrarmos para que nada que tenha a ver com o sujeito, e possa ser determinado por todos os sentidos, nos escape” (2006, p. 690).

- Charon: “Estar para o outro estando para si mesmo, exige coragem e generosidade, não apenas para tolerar a própria impotência frente aos dramas existenciais e por vezes, as tragédias e doenças para as quais não encontra sentido, como confrontar a própria vulnerabilidade. Um médico apenas cientificamente competente carece em ajudar o paciente a lidar com a perda de saúde ou encontrar sentido no sofrimento. Associado ao conhecimento científico, os médicos precisam adquirir competência de ouvir as narrativas do paciente, entender e honrar os seus significados, para agir conjuntamente com seu paciente em prol de um cuidado integral” (2001, p. 1897).

- Hahnemann: “Essa capacidade de observar de modo acurado nunca é completa como uma faculdade inata, ela deve ser adquirida pela prática, pelo refinamento das percepções, pelo exercício de uma crítica severa e uma constante desconfiança de nossos próprios poderes de apreensão” (2006, p. 690).

- Charon: Reconhecer, absorver, interpretar, ser movido pelas histórias que se ouve ou lê, requer uma combinação de habilidades textuais (identificar a estrutura de uma história, adotar suas múltiplas perspectivas, reconhecer metáforas e alusões), habilidades criativas (construir significados) e habilidades afetivas (entrar na história e tolerar a incerteza enquanto esta se desenrola). “Conhecimento” narrativo é o que se usa para compreender o significado e importância de histórias através de uma cognição, simbólica e afetiva. Lida com experiências, não com proposições. Transcende a lógica generalizante do conhecimento científico para alcançar o particular, levando a entendimentos singulares concernentes as situações que são compartilhadas entre quem lhes confere sentido(s) ao contar e quem as (re)significa ao ouvir e escutar. Em vez de ser monolítico e hierarquicamente dado, o significado é apreendido de forma colaborativa, pelo observador e observado, o médico e o paciente (2001, p. 1898).

- Hahnemann: “A fim de nos tornarmos capazes de atingir retidão no pensar e no sentir, como também conveniência e simplicidade em expressar nossas sensações, grande paciência suportada pela força de vontade, deve nos sustentar nessa direção até a conclusão da observação (2006, p. 692). Quando o paciente – pois é nele que devemos acreditar para a descrição das sensações que experimenta – tiver dado de sua livre e espontânea vontade, e em

resposta às nossas perguntas, as informações necessárias e permitido um quadro esclarecido de sua doença, o médico pode fazer mais precisas e também anotar o que observou de peculiar no comportamento do doente” (2007, parágrafo 89, p. 67).

- Charon: Sintonia com a individualidade dos pacientes, sensibilidade às dimensões emocionais ou culturais de cuidado, ética, compromisso com os pacientes (apesar de fragmentação e subespecialização), pode ser fornecida através de um rigoroso desenvolvimento de habilidades narrativas. O médico que utiliza o tempo de uma interação clínica de forma eficiente para com o seu conhecimento apreender a história da doença e do sofrimento de seu paciente possui esta competência (2001, p. 1897).

- Hahnemann: A perturbação do homem em sua saúde por meio da doença acontece de maneiras infinitamente variadas e dessemelhantes, que uma única palavra ou uma expressão geral é inadequada para descrever sensações mórbidas e sintomas em sua totalidade e complexidade (2006, p. 692).

- Charon: O diagnóstico é codificado nas narrativas. Os pacientes falam de sintomas, mas o entendimento profundo e terapêutico das pessoas é alcançado quando se ouve suas narrativas. O sofrimento é revelado e se torna evidente ao ser narrado, caso contrário, ambos, sofrimento e tratamento são fragmentados. Se o paciente não se sentir compreendido em sua íntima, individual, singular experiência de adoecer, o diagnóstico resultante será parcial. O cuidado clínico que dele decorrerá se mostrará senão incorreto, incompleto, e conseqüentemente, ineficiente (2001, p. 1899).

- Hahnemann: As sensações mórbidas (os sintomas) devem ser descritas de acordo com suas divergências e peculiaridades. Seus sofrimentos não devem ser amontoados sob termos gerais, sem significados, vazios, sob risco de fracasso terapêutico. O observador médico pode concluir seu objetivo se mantém diante de seus olhos a dignidade exaltada de sua vocação – servir aos seres humanos, renovando seus organismos quando assolados por doenças. Com espírito sincero e sagrado, estas observações devem ser registradas para que possam ser comunicadas ao mundo (2006, p. 692).

- Charon: “Para diagnosticar e elaborar uma proposta terapêutica é mister escutar. Um bom ouvinte deve usar de interpretação criativa. Experimentar em si a história do paciente. Ir buscar em suas próprias lembranças, associações, outras histórias experienciadas que possam aclarar, agregar sentidos. Reconhecer que muitas vezes não haverá clareza em responder as angústias que atravessam as perguntas do paciente: *“O que está errado comigo?” “Por que isso aconteceu comigo? “O que será de mim?”*”(2001, p. 1899).

- Hahnemann: “A melhor oportunidade para exercitarmos e aperfeiçoarmos nossa faculdade de observação é proporcionada por meio da criação de experimentações em nós mesmos. Observar o que ocorre dentro e fora de si mesmo, observar todas as sensações, das complexas as mais sutis formas de alteração da saúde, e anotar em expressões úteis e adequadas sua distinta concepção delas.

Nenhum bem terreno é mais digno de nossos exercícios zelosos do que a preservação da vida e saúde do nosso próximo. O médico consciencioso trabalhará cuidadosamente em seu empenho de distinguir o que há para ser observado e se empenhará em usar uma linguagem capaz de alinhar a imagem do doente e sua doença ao do medicamento que lhe seja semelhante” (2006, p. 691).

- Charon: A competência narrativa confere ao médico os meios necessários para compreender o paciente e, conseqüentemente, compreender a doença. Inclui uma consciência da ética na complexa relação entre o narrador e ouvinte. Um relacionamento marcado pelo dever do emprego do conhecimento em ouvir e a gratidão pelo privilégio de ser ouvido, que permite ao médico exercer a medicina com empatia, reflexão, profissionalismo e confiabilidade (2001, p. 1897).

- Hahnemann e Charon: E assim, o médico, observador atencioso e narrador cuidadoso, pode se tornar “um curador verdadeiro” de doenças.

APÊNDICE B - Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes

Tempo	Médico	Paciente	Acompanhante	TM	TP	TA	NM	NP	NA	P
0.02 a 0.03	Como eu posso ajudar a senhora?			1	0	0	1	0	0	0
0.04 a 0.42		Então...eu estou com gordura no fígado, estou com um cisto também mas estou sendo encaminhada para cirurgia (Huhmmmm)..mas o que .eu quero tratar é esse problema no fígado (Huhmmmm), tenho um pouco de sinusite e os males da idade (Tudo, tudo, tudo), aí dói coluna (Huhmmmm), a pressão está sempre boa, é mais para baixa.		0	38	0	0	1	0	0
0.44 a 0.45	A Sra não toma remédio, não toma nada?			1	0	0	1	0	0	0
0.46 a 0.48		Não, eu estou tomando remédio.		0	2	0	0	1	0	0
0.48 a 0.49	Para o fígado?			1	0	0	1	0	0	0
0.51 a 0.52		Isso, para o colesterol.		0	1	0	0	1	0	0
0.52 a 1.01	Está aí a origem da bendita esteatose, é craque para acontecer isto. E a esteatose é moderada?			9	0	0	1	0	0	0

Consulta 1: Dr Jaspe e D. Turmalina

APÊNDICE B - Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes
(continua)

Intervalo	Médico	Paciente	Acompanhante	TM	TP	TA	NM	NP	NA	P
0:02 a 0:04	Em que eu posso te ajudar?			2	0	0	1	0	0	0
0:05 a 0:40		Eu sinto muitas coisas ao mesmo tempo, tem dia que estou bem, tem dia que estou horrível. (Uhummm) Acordo na madrugada passando mal, sinto calor aqui dentro, (Uhummm) e aí vem vontade de vomitar, ir ao banheiro, as mãos geladas, tremendo, (Uhummm) é uma angústia que dá vontade de sair correndo prá rua.		0	35	0	0	1	0	0
0:38 a 0:40	Desde quando que está assim?			2	0	0	1	0	0	0
0:41 a 0:46		Já faz mais de meio ano que estou nisso.		0	5	0	0	1	0	0
0:46 a 0:48			Você começou a sentir isso ainda lá na Espanha	0	0	2	0	0	1	0
0:48 a 1:00		É que eu morei 18 anos na Espanha, lá eu já sentia alguma coisa. Não muito como aqui, porque agora é cada vez mais		0	12	0	0	1	0	0
1:02 a 1:05			Desde a Espanha você já reclamava	0	0	3	0	0	1	0

Consulta 2: Dr Jaspe e D.Rubi

APÊNDICE B - Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes
(continua)

Intervalo	Médico	Paciente	TM	TP	NM	NP	P
1.19 a 1.36		Eu vim para o Rio com 18 anos e comecei com alergias aos 20anos, essa coisa se acentuou porque eu morava em Botafogo e passei a morar em Caxias.	0	37	0	1	0
1: 37 a 1.39	Na época em que você fez a mudança piorou?		2	0	1	0	0
1:40 a 1:52		Piorou porque eu comecei a andar muito de ônibus, fechado, eu tinha que andar com um paninho no nariz, entendeu? Porque eu não conseguia res-pi-rar.	0	12	0	1	0
1.53 a 1.54	Onde você morava antes?		1	0	1	0	0
1.54 a 2.07		Antes eu morava em Botafogo, próximo ao trabalho, no Santo Ignácio.	0	13	0	1	0
2.07 a 2.18	Então foi durante este processo de deslocamento para Caxias que se acentuou a alergia. E o que acompanhava o quadro alérgico? O que você sente/sentia?		11	0	1	0	0
2.18 a 2.52		Muita coceira no rosto, a língua fica grossa, entendeu? E aí eu tenho problemas de respiração. Resseca, um pigarro que vem de dentro, uma coisa grossa que não sai, é muito longo. E aí eu fico tossindo, tossindo (É uma tosse seca?). A noite fica bem acentuado.	0	34	0	1	0

Consulta 3: Dra Gardenia e D. Violeta

APÊNDICE B - Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes
(continua)

Intervalo	Médico	Paciente	TM	TP	NM	NP	P
0.00 a 0.08	Vamos começar agora a consulta com a Sra R. Nome todo R?		8	0	1	0	0
0.09 a 0.10		R.M.	0	1	0	1	0
0.13 a 0.14	Sua idade?		1	0	1	0	1
0.15 a 0.16		54	0	1	0	1	0
0.19 a 0.20	Estado civil?		1	0	1	0	0
0.20 a 0.21		Divorciada	0	1	0	1	0
0.21 a 0.22	Tem filhos?		1	0	1	0	0
0.22 a 0.23		Tenho duas filhas.	0	1	0	1	0
0.27 a 0.28	Qual a sua religião?		1	0	1	0	1
0.28 a 0.29		Católica	0	1	0	1	0
0.32 a 0.34	Seu endereço?		2	0	1	0	1
0.35 a 0.44		Travessa Francisco Mateus, 231 – Inhaúma	0	9	0	1	0
0.47 a 0.52	Muito bem.... por que você está aqui hoje? Por que você está procurando a Homeopatia?		5	0	1	0	1

Consulta 4: Dra Gardênia e D. Rosa

APÊNDICE B - Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes
(continua)

Intervalo	Médico	Paciente	TM	TP	NM	NP	P
0.11 a 0.13	Você já se tratou com homeopatia alguma vez?		2	0	1	0	0
0.13 a 0.18		Não, é a primeira vez. Eu sempre tive vontade (Ah...sim...), já levei meu filho para se tratar	0	5	0	1	0
0.19 a 0.20	E ele se tratou?		1	0	1	0	0
0.21 a 1.49		Tratou-se porque ele tinha um problema sério de amígdalas e acabou chegando num ponto que antibióticos já não resolviam...febrões, até que quando passaram um medicamento que poderia atacar o coração dele, sabe? (Huhm...sei...), eu me recusei e comecei a procurar outros tratamentos e uma amiga me falou da homeopatia. Contou que fazia tratamento para o filho, mas o filho dela era um menino, e o meu era um homem...Procurei um médico homeopata, nessa época em morava no Rio, porque atualmente estou em Niterói, e encontrei uma médica em Bonsucesso, ali perto da Suam. Então ele fez tratamento e ela aproveitou também cuidou da pele dele que ficou linda e está linda até hoje, e da garganta ficou curado, hoje ele pode pegar chuva, tomar banho de água fria e nem precisou extrair as amígdalas...E eu, ah eu sempre tive vontade de fazer...mas não fiz.	0	88	0	1	0
1.50 a 1.51	Certo. Você está com que idade agora, Norimar?		1	0	1	0	0
1.52 a 1.54		Agora estou com 63 anos caminhando para 64.	0	2	0	1	0

Consulta 5: Dra Safira e D.Esmeralda

APÊNDICE B - Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes
(continua)

Intervalo	Médico	Paciente	TM	TP	NM	NP	P
0.8 a 0.12	Primeira vez que você vem ao Instituto? Veio encaminhada por alguém?		4	0	1	0	0
0.12 a 0.14		Sim, por uma amiga, a N.	0	2	0	1	0
0.16 a 0.19	E você já fez algum tratamento com Homeopatia?		3	0	1	0	0
0.19 a 0.20		Não, nunca fiz.	0	1	0	1	0
0.21 a 0.22	Você está com que idade?		1	0	1	0	0
0.22 a 0.23		Estou com 51 anos.	0	1	0	1	0
0.24 a 0.25	E o que a traz aqui hoje?		1	0	1	0	0
0.25 a 1.03		Estou com o sistema nervoso abalado devido as consequências da vida. Eu sou casada, tenho 3 filhos, 1 filha casada e 2 filhos solteiros, um de 30 e outro de 17 anos, sendo que o de 30 anos me dá muito trabalho, e tem também o meu marido que teve um AVC hemorrágico há 4 anos e quem cuida dele sou eu. Esse meu filho que dá muito trabalho é usuário de drogas e por conta disso vêm as consequências... O corpo não agüenta a pressão, né?	0	38	0	1	0

Consulta 6: Dra Safira e D.Ametista

APÊNDICE B - Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes
(continua)

Intervalo	Médico	Paciente	TMI	TP	NMI	NP	P
3 a 5	O que está te trazendo aqui?		2	0	1	0	0
5 a 12		Dra é um problema sério, essas crises de enxaqueca já tenho desde que estava grávida de meu filho mais velho que já está com 28 anos.	0	7	0	1	0
12 a 15	Então, começo quando você tinha 28 anos!		3	0	1	0	0
15 a 47		Eu estava grávida dele. Eu estava muito tensa, foi uma gravidez muito conturbada, eu não esperava essa gravidez, meus pais não aceitaram muito. Começou quando eu estava do terceiro para o quarto mês, mas a minha mãe tem esse problema.	0	32	0	1	0
48 a 51	Como foi e o que aconteceu nessa gravidez, você tinha quantos anos?		3	0	1	0	0
52 a 1.26		Eu tinha 18 e ia fazer 19. Não foi uma coisa planejada, muito menos esperada. Foi uma pressão de pai e mãe, eu fiquei fechada em casa, os pais diziam que eu não ia casar. Aliás, eu não casei porque meus pais não quiseram que eu casasse.	0	34	0	1	0
1.27 a 1.28	Por que?		1	0	1	0	0

Consulta 7: Dra Dália e D. Margarida

APÊNDICE B - Transcritos das dinâmicas das interações entre médicos e pacientes (conclusão)

Intervalo	Médico	Paciente	TM	TP	NM	NP	P
10 a 12	O que te trouxe a homeopatia?		2	0	1	0	0
12 a 57		Eu não consigo dormir. Muita ansiedade, eu já fui em vários psicólogos. Uma me passou um remédio natural que não fez nenhum efeito e outro me passou tarja preta, e eu falei que não ia tomar aquilo prá mim!... eu até tomei umas 3x mas me deixou muito grogue... Eu não vou tomar tarja preta. Aí conversando com uma amiga ela falou do atendimento aqui, e disse que se até agora eu não tive resultado é porque não tinha gostado de nenhum psicólogo, que para fazer o tratamento tem que gostar da pessoa, e que eu ainda não tinha tido resultado porque não tinha gostado e me adaptado a nenhum. E aí eu vim prá cá para cuidar dessa ansiedade e dessa insônia. Eu não consigo dormir direito.	0	45	0	1	0
57 a 59	E quando foi que isso começou?		2	0	1	0	0
1.00 a 1.10		Ah, isso começou no ano passado depois que me separei...	0	10	0	1	0
1.10 a 1.12	Foi depois da separação ?		2	0	1	0	0
1.12 a 1.14		Sim, foi depois da separação.	0	2	0	1	0
1.14 a 1.16	Como foi essa separação?		2	0	1	0	0
1.17 a 1.25		Ah, foi muito conturbada. a gente brigava muito (É...) Não estava dando mais certo. Foi muito stress.	0	8	0	1	0

Consulta 8: Dra Dália e D. Hortênsia

APÊNDICE C – Termo de autorização da instituição**Comitê de Ética em Pesquisa/ SMS-RJ****Termo de Autorização do Instituto Hahnemanniano do Brasil**

Autorizo a pesquisadora Denise Espiúca Monteiro, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “*A comunicação na prática homeopática: como a racionalidade homeopática se expressa na comunicação entre médico e paciente?*”, a utilizar o Ambulatório Escola Professor Kamil Curi como campo de coleta de dados diretos através da gravação oral de entrevistas/consultas médicas. O referido projeto só poderá ser iniciado nesta Instituição mediante sua aprovação documental por este CEP/SMS-RJ.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura e Carimbo do Presidente do IHB

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pacientes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada ***“A comunicação na prática homeopática: como a racionalidade homeopática se expressa na comunicação entre médico e paciente?”***, do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, área de Política, Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ, conduzida pela pesquisadora Denise Espiúca Monteiro. Este estudo tem por objetivo caracterizar a comunicação médico-paciente à luz da concepção de saúde-doença-cuidado que informa a prática homeopática.

Você foi selecionado(a) a participar desta pesquisa por ter procurado por demanda de própria escolha o tratamento médico homeopático no Instituto Hahnemanniano do Brasil. Sua participação é voluntária e não obrigatória, e se dará por meio de gravação por registro exclusivo de áudio das entrevistas médicas realizadas durante suas consultas no Ambulatório Escola Professor Kamil Curi com o profissional médico que lhe acompanha. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

As gravações orais serão transcritas e analisadas somente para fins científicos pertinentes a esta pesquisa, e sendo os dados obtidos confidenciais, estes não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Todo material coletado será guardado sob responsabilidade da pesquisadora responsável que se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos e diretamente associados ao grau de constrangimento que possa sentir ao ter seu depoimento gravado. Cumpre ressaltar que caso aceite participar estará contribuindo para problematizar a potencial contribuição da Homeopatia para a construção da atenção integral à saúde, porém a qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável, Denise Espiúca Monteiro, diretora do Instituto Hahnemanniano do Brasil - email: despiuca@dh.com.br ou telefone pessoal: (21)991611095.

Instituto Hahnemanniano do Brasil: Rua Frei Caneca, 94 – Centro/Rio de Janeiro (site institucional: www.ihb.org.br) / (21) 2221 -1831

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos médicos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “*A comunicação na prática homeopática: como a racionalidade homeopática se expressa na comunicação entre médico e paciente?*”, do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, área de Política, Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ, conduzida pela pesquisadora Denise Espiúca Monteiro. Este estudo tem por objetivo caracterizar a comunicação médico-paciente à luz da concepção de saúde-doença-cuidado que informa a prática homeopática.

Você foi selecionado(a) a participar desta pesquisa por fazer parte do corpo médico que atende no Instituto Hahnemanniano do Brasil. Sua participação é voluntária e não obrigatória, sem custos ou remuneração, e se dará por meio de da gravação por registro exclusivo de áudio das entrevistas médicas realizadas durante suas consultas no Ambulatório Escola Professor Kamil Curi.

As gravações orais serão transcritas e analisadas somente para fins científicos pertinentes a esta pesquisa, e sendo os dados obtidos confidenciais, estes não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Todo material coletado será guardado sob responsabilidade da pesquisadora responsável que se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos e diretamente associados ao grau de constrangimento que possa sentir ao ter seu depoimento gravado. Cumpre ressaltar que caso aceite participar estará contribuindo para problematizar a potencial contribuição da Homeopatia para a construção da atenção integral à saúde, porém a qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável, Denise Espiúca Monteiro, diretora do Instituto Hahnemanniano do Brasil - email: despiuca@dh.com.br ou telefone pessoal: (21)991611095.

Instituto hahnemanniano do Brasil: Rua Frei Caneca, 94 – Centro/Rio de Janeiro (site institucional: www.ihb.org.br) / (21) 2221 -1831

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) médico entrevistador participante:

Assinatura da pesquisadora:

APÊNDICE F – Carta de Hahnemann a um paciente

Fragmento adaptado de carta escrita por Hahnemann, no ano de 1800, em resposta a um paciente de 42 anos, alfaiate por ofício, que lhe pedia orientação medicamentosa para tratar de estafa (HAHNEMANN, 2006).

“O homem não é constituído para o excesso de trabalho. Se assim procede, por ambição, amor ao lucro, ou qualquer outro motivo pleno de louvor ou de censura, coloca-se em oposição à ordem da natureza, e seu corpo sofre dano ou destruição. [...] Então, o que não puderes fazer em uma semana, faze em duas. Teus fregueses podem não estar querendo esperar, mas não podem racionalmente desejar que adoeças, que trabalhes até o túmulo para satisfazer suas vontades, deixando tua esposa viúva, e teus filhos órfãos. Não é só o trabalho físico aumentado o que prejudica, mas também (e bem mais) a tensão mental que o acompanha; a mente sobrecarregada, por sua vez afeta o corpo de maneira prejudicial. Se não assumires uma atitude de calma indiferença, adotando o princípio de viver primeiro para ti mesmo, e só após para os outros, há pouca chance de que te recuperes. Quando estiveres na tua sepultura os homens ainda estarão vestidos, talvez não com tanta elegância, mas ainda toleravelmente bem.

Se algo te importuna, ignora-o; se algo te é demais, não te ocupes com isso; se outros tentam te apressar, vai devagar e ri dos tolos que querem te aborrecer. Aquilo que puderes fazer confortavelmente, o faze. Não te molestes com o que não puderes realizar. [...] Devemos agir com mais comedimento, sabedoria e prudência, ao invés de trabalharmos em esbaforida correria, submetendo nossos nervos à constante tensão, até a destruição dos mais preciosos tesouros da vida: paz no pensamento e boa saúde.

Sê mais prudente, considera a ti mesmo em primeiro lugar e deixa que tudo o mais te seja secundário em importância. [...] Não te permitas ser conduzido a fazer o que é contrário ao teu próprio bem estar. [...] Desfrutar com a mente e o corpo tranquilos, esta é a razão para o qual o homem está no mundo, e para trabalhar somente o tanto necessário para conquistar os meios desse desfrute - e não, com certeza, para se deixar consumir e fatigar pelo trabalho.

A fim de vencer a corrida, velocidade sozinha não bastará. Empenha-te em permanecer um pouco indiferente, em ser calmo e tranquilo [...] e verás quão saudável te tornarás se seguirees o meu conselho. [...] Isto não é mais racional, mais sensato? Deixa que os homens insaciáveis e autodestrutivos hajam tão irracionalmente e danosamente contra si

mesmo quanto o quiserem; deixa que sejam tolos, mas tu deves ser mais sábio, não me deixes revelar este conhecimento de vida em vão. Quero-te bem.

Quanto necessitamos para viver, para restaurar nossas forças com alimentos sadios e líquidos, ou para nos defendermos do frio e do calor? Pouco mais do que coragem; quando nós a possuimos podemos obter o essencial sem muito problema. O sábio não necessita senão de pouco. A energia conservada não precisa ser renovada por remédios.

Adeus. Segue seu conselho e quando tudo estiver bem contigo lembre-se do Dr. Samuel Hahnemann”.

[À guisa de informação, o paciente, apesar de ter uma estrutura delicada, chegou à idade de 92 anos, morrendo 50 anos após ter recebido esta carta].