

NARRATIVIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES DA RACIONALIDADE MÉDICA HOMEOPÁTICA NO CUIDADO CENTRADO NO SUJEITO

NARRATIVITY IN PROMOTING HEALTH: LIMITS AND POSSIBILITIES OF HOMEOPATHIC MEDICAL RATIONALITY IN SUBJECT- CENTERED CARE

DENISE SCOFANO DINIZ¹
MARCOS FERREIRA BICUDO²
RODRIGO DA F. DE A. MELLO³
FRANCISCO JOSÉ DE FREITAS⁴

Palavras-chave:

Homeopatia, Narrativas, Promoção da saúde, Autonomia

Keywords:

Homeopathy, Narratives, Health promotion, Autonomy

¹ EMC/UNIRIO

<https://orcid.org/0000-0003-1276-0552>

E-mail: denisescofano@unirio.br

² ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante

<https://orcid.org/0009-0009-3468-9428>

³ EMC/UNIRIO

<https://orcid.org/0000-0001-8927-5710>

⁴ EMC/UNIRIO

<https://orcid.org/0000-0002-7672-2822>

INTRODUÇÃO

Saúde é um direito humano fundamental, garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos¹, de 1948, assim como liberdade, alimentação e educação, entre outros, aos quais está interligada, e garantida constitucionalmente no Brasil², desde 1988. Reconhecida como instrumento para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, é tema constante e cada vez mais abrangente na sociedade contemporânea. Nesse sentido, sua promoção vem sendo priorizada tanto no sistema público como no privado/suplementar, desde decretação de portarias e resoluções ministeriais como criando estratégias e ações para sua implementação e desenvolvimento.

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Por conseguinte, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. E sua promoção é compreendida como processo de capacitação do sujeito individual e coletivo na melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

Dessarte, entre as estratégias desenvolvidas estão as Práticas Integrativas e Complementares (PICs)³, definidas como práticas em saúde voltadas para uma abordagem integral do sujeito, propiciando a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de intervenções onde está presente a escuta acolhedora, promovendo, dentre outros benefícios, o autocuidado. Destacamos aqui a racionalidade médica homeopática, cuja presença no Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde a uma estratégia de construção de um modelo assistencial centrado na saúde. Neste sistema médico, a doença é concebida como uma ruptura no equilíbrio das diversas dimensões de uma pessoa (física, psicológica, social e cultural), e o paciente é, assim, o centro do paradigma da atenção.

O modelo médico homeopático, em sua dimensão diagnóstica, fortalece a relação médico-paciente e contribui no favorecimento à autonomia do paciente, humanizando o atendimento. Tem atuação em uma variedade de situações clínicas, inclusive crônicas, melhorando a qualidade de vida dos usuários, além de permitir uma redução da farmacodependência, através do uso racional dos medicamentos, contribuindo para a prevenção quaternária e, portanto, constituindo-se numa importante estratégia na promoção da saúde³.

Buscamos neste artigo investigar o papel da narração das histórias de vida dos pacientes durante a consulta homeopática na promoção da saúde e produção de autonomia dos sujeitos. A partir de estudo de natureza teórico-conceitual, com abordagem sócio-histórica, foi realizada revisão de literatura narrativa, a fim de identificar os limites e as possibilidades do ato de narrar na racionalidade médica homeopática para a produção de subjetividades e autonomia na trajetória singular de cada indivíduo levar sua vida.

METODOLOGIA

A metodologia desta pesquisa foi ancorada no referencial teórico-metodológico das pesquisas sociais e humanas, por considerar a natureza subjetiva de investigar os significados atribuídos à experiência humana. Trata-se, neste trabalho, de um estudo de natureza teórico-conceitual, com abordagem sócio-histórica, a partir de revisão de literatura narrativa, sem a pretensão de esgotar as fontes de informações, as quais estão sujeitas às subjetividades dos autores.

Tem como objetivo analisar o papel das narrativas para a produção de autonomia e de subjetividades – conceitos que estão na base da política de promoção da saúde – a partir da experimentação dos medicamentos homeopáticos e da consulta médica homeopática. Para tanto, serão levantados e comparados os conceitos de promoção-prevenção do modelo de saúde contemporâneo com os que existem na racionalidade médica homeopática. Em seguida, será analisado o papel das narrativas nesta racionalidade médica, tanto na diagnose como na experimentação homeopáticas, avaliando os limites e as possibilidades deste tipo de intervenção terapêutica.

Como materiais de pesquisa, foram utilizadas fontes primárias e secundárias no levantamento sobre as principais características da história clínica e da experimentação dos medicamentos na homeopatia, onde procuramos avaliar o papel das narrativas dos sujeitos na promoção da autonomia. Apoiamos nossos estudos em duas das principais obras do sistematizador da racionalidade médica homeopática, Samuel Hahnemann (1755-1843) – *Organon da arte de curar*⁴ e os *Escritos Menores*⁵ –, como fontes primárias, além de livros e artigos de alguns de seus principais comentaristas.

A fim de contextualizar, partimos de um breve levantamento e análise de textos em dois momentos: séculos XVIII-XIX, época na qual a Homeopatia foi sistematizada e em que o pensamento médico ocidental deu origem à medicina social e à anatomo-clínica, tendo Michel Foucault⁶ como base dos estudos; e o período a partir das duas últimas décadas do século XX e início do século XXI, onde se destaca o conceito ampliado de saúde, entendida como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença, e sua promoção passa a ser alvo de políticas públicas. No Brasil, focamos o período a partir da “Constituição Cidadã”², de 1988, e da Lei 8080/90⁷, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente a Política Nacional de Humanização (PNH)⁸, a Política Nacional de Promoção da Saúde^{9,10} e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICs)³, com foco na homeopatia.

Para embasarmos as discussões sobre as narrativas, usamos publicações^{11,12,13} em saúde que as utilizam como dispositivos de promoção de autonomia e

subjetividades individuais e coletivas. Na racionalidade médica homeopática, as narrativas se constituem instrumentos fundamentais na coprodução de subjetividades e no caminho da promoção da saúde de cada sujeito singular. Como categorias centrais deste trabalho, portanto, apontamos os conceitos de autonomia, sujeito/subjetividade e narrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A promoção da saúde no pensamento médico ocidental nos séculos XVIII e XIX

Nos séculos XVIII e XIX¹⁴, a Europa e o mundo ocidental presenciaram grandes transformações sociais que deram origem a uma nova perspectiva na relação saúde e sociedade. O processo de urbanização provocado pela revolução industrial provocou a reflexão das autoridades locais sobre as condições de alimentação, trabalho, habitação e sanitárias no processo saúde-doença de suas populações e a investigação da participação do Estado sobre estes determinantes. Segundo Foucault⁶, o processo de participação do Estado se deu através das ações estratégicas de três estruturas governamentais: polícia médica, na Alemanha; medicina urbana francesa, e a medicina da força de trabalho desenvolvida na Inglaterra.

Na Alemanha⁶, a medicina que se desenvolveu naquele período representou uma medicina de estado e reformulou as relações entre saúde e condições de vida na sociedade. Realizou uma intervenção direta na vida do médico e do cidadão comum através de um processo que, associando práticas médicas aos projetos de reorganização social, revelou-se uma verdadeira política de higiene. O programa da polícia médica alemã destacava, entre outras, as seguintes funções: registrar os diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos, com dados obtidos através da observação da morbidade; solicitar a contabilidade aos hospitais e aos médicos alemães; normatizar o ensino através de um controle de seus programas pelo Estado, e a criação de um departamento especializado para coletar as informações transmitidas pelos médicos.

Na França⁶, a política de saúde urbana estava associada à ideia de se aumentar a produtividade da classe trabalhadora daquele país. Para cumprir tal finalidade, operou-se o saneamento e a reorganização dos espaços públicos, reduzindo a possibilidade de contágio e epidemias. Como o ar e a água eram considerados responsáveis pelo contágio e pela circulação das doenças, ruas foram alargadas para facilitar o arejamento e a circulação de indivíduos e animais. Locais para despejo de detritos humanos, lavagem de roupas, matadouros e curtumes foram transferidos para áreas fora das cidades.

No capitalismo incipiente da Inglaterra industrial do século XIX⁶, com o desenvolvimento indus-

trial em franca expansão, tornava-se necessário preservar a força de trabalho, constituída essencialmente por uma população carente e desfavorecida, submetida a várias epidemias, como a do cólera. Um conjunto de leis locais foi modificado, visando elevar os padrões de saúde da classe trabalhadora, tornando-a mais capacitada para o trabalho e menos perigosa como vetor de doenças. Bairros operários considerados insalubres passaram por transformações urbanísticas e novos bairros foram deslocados para longe dos centros urbanos. Comissões sanitárias analisavam as condições de vida destes locais, ensinavam novos hábitos de higiene e impunham cuidados médicos aos mais desfavorecidos. Esta intervenção programada realizou um controle epidemiológico, uma barreira sanitária, que garantia, através da imposição destas medidas, a saúde às classes mais abastadas, evitando um possível contágio em caso de epidemias.

As políticas de saúde, colocadas em prática nesta época, são conhecidas como precursoras das hoje chamadas políticas públicas no campo da promoção da saúde.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS PARA SEU FORTALECIMENTO

O movimento pela promoção da saúde tem sua origem no Canadá, com a publicação, em 1974, do Informe Lalonde, produzido pelo Ministério do Bem Estar e Saúde daquele país. Este documento propôs um conjunto de ações e intervenções sobre comportamentos individuais não-saudáveis e identificou quatro grupos explicativos do fenômeno saúde/doença: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde^{9,10}.

A partir da década de 1980, a promoção de saúde passou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, tendo o conceito sido introduzido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde, em 1984. Em seguida, a *Carta de Ottawa*¹⁵ documento resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, foi um importante marco histórico. Inspirada pelos princípios da *Declaração da Conferência de Alma Ata* (1978)¹⁵ e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, lançada pela Organização Mundial da Saúde, em 1977, essa carta afirmava que “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social”¹⁵.

As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e

assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde.

Nesta direção, evidenciava-se que a promoção da saúde¹⁰ objetiva a ampliação da autonomia dos indivíduos e comunidades, *empowerment*, traduzido como capacitação, tomada de consciência e mobilização, individuais e coletivos, acerca dos determinantes sociais da saúde, representados por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população. As diferenças de saúde entre grupos humanos, portanto, parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente, não podendo ser justificadas por fatores biológicos exclusivamente. Ampliando esta conclusão, compreendemos que as práticas da promoção da saúde podem contribuir para o incremento da capacidade orgânico-psíquica dos indivíduos e da autonomia, como fator de proteção à saúde.

Nas últimas décadas, a mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira, determinou uma transição no modelo assistencial no sistema de saúde do país, de um modelo curativo das doenças em direção à uma perspectiva de controle delas, favorecendo as discussões sobre o conceito de autonomia no campo da saúde. A partir de 2014, com a revisão da *Política Nacional da Promoção da Saúde*¹⁰, o conceito de autonomia foi incorporado aos objetivos específicos daquela política, visando “promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e autonomia de sujeito e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida”.

Apontada também como um princípio naquele documento¹⁰, a autonomia igualmente se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias. Destacamos, ainda, a importância de temas correlacionados com a coconstrução de autonomia¹⁶ como as percepções subjetivas sobre o processo saúde-doença, a integralidade das ações de saúde, a relação médico-paciente e as subjetividades presentes nas relações entre pacientes, médicos e equipes de saúde. Avaliamos, portanto, que esta transição de modelo, ao valorizar singularidades, oferece, na prática, aos indivíduos doentes, a possibilidade de revisão de suas condições de vida, aproximação de seu próprio corpo e no aumento de sua potência em agir, de forma reflexiva, sobre os condicionantes de seu adoecer.

Contribuindo nesse cenário, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)³, foi instituída pelo Ministério da Saúde, com base em diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Portaria GM/MS no 971, de 3 de maio de 2006, tendo como objetivos: a implementação das PICs no Sistema Único de Saúde (SUS); aumentar a resolubilidade do Sistema de Saúde, assim como o acesso ampliado às PICs com garantia de qualidade, eficácia, eficiência e segurança de uso; oferecer alternativas inovadoras e sustentáveis para as comunidades; além do estímulo ao controle/participação social na efetivação das políticas de saúde.

A presença da homeopatia no SUS³ corresponde a uma estratégia de construção de um modelo assistencial centrado na saúde. Neste sistema médico, a doença é concebida como uma ruptura no equilíbrio das diversas dimensões de uma pessoa (física, psicológica, social e cultural), e o paciente é, assim, o centro do paradigma da atenção. Ainda, outras características relacionadas ao uso da homeopatia como uma importante estratégia na promoção da saúde são o resultante fortalecimento da relação médico-paciente e o consequente favorecimento à autonomia do paciente, humanizando o atendimento; a atuação em uma variedade de situações clínicas, inclusive crônicas, melhorando a qualidade de vida dos usuários, além de permitir uma redução da farmacodependência, através do uso racional dos medicamentos.

A CLÍNICA AMPLIADA E AS NARRATIVAS EM SAÚDE

A PNH⁸ foi elaborada pelo Ministério da Saúde como forma transversal de sistematizar diretrizes e estratégias para a efetivação do SUS e a promoção de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Tem como um de seus princípios a produção de autonomia e o protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo saúde-doença, bem como a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão da saúde. Entre as diretrizes para sua implementação, o conceito de clínica ampliada parte dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a integralidade do cuidado.

A ampliação da clínica^{8,16}, dessarte, surge para o enfrentamento de um modelo de assistência ainda hegemônico, o qual tem como características tomar a doença e o sintoma como seu objeto e a remissão de sintomas como seu objetivo. A avaliação diagnóstica, neste modelo, está reduzida à objetividade positivista clínica ou epidemiológica, e define a intervenção terapêutica considerando predominantemente os aspectos biológicos.

De forma diferente, na clínica ampliada^{8,16} realiza-se uma avaliação diagnóstica não só pautada no

saber clínico e epidemiológico, mas também na história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados, contextualizados, considerando a complexidade biopsiossocial para definir a intervenção terapêutica. Entre suas propostas e ações, destacamos para este trabalho, o compromisso com o sujeito – e não com a doença – e a afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos – médico e usuário/paciente – que se coproduzem na relação que estabelecem, “coconstruindo” autonomia.

O conceito de sujeito pode ser definido como o ser que conhece, multifacetado, singular, com potencial espírito crítico e protagonista de sua própria existência. Campos e Onocko-Campos¹⁶ reforçam a influência do meio e da capacidade de o sujeito modificar sua realidade mediante processos de análise e de intervenção sobre estes fatores, podendo estar inseridos nos planos conscientes ou inconscientes, vinculados ao plano biológico, de desejos, interesses, necessidades sociais e das instituições por onde este sujeito transita. A subjetividade presente na relação com o outro, refere-se à maneira pela qual os indivíduos conseguem dar vazão, expressar estes planos, podendo ser entendida como o mundo interno dos seres humanos, compreendendo: seu modo de pensar, os significados, emoções e sentimentos, a influência da sua trajetória e do meio em que está inserido.

Os autores¹⁶ acima citados definem singularidade como os diferentes modos de ser e de agir, de construir, ao longo de sua trajetória de vida, no contexto sócio-econômico-histórico-ambiental em que vive e atua, onde se singulariza e interfere nesses planos de existência. Ao considerarem os aspectos de representação social na construção do conceito de doença, afirmam que ela é compreendida e relatada pelos diversos atores sociais em contextos diferentes, tornando-se importante destacar que há diferenças entre o processo biológico da doença, a compreensão e sensações individuais deste itinerário e a construção social desta situação de saúde.

No processo de produção de autonomia nos coletivos e nos indivíduos, analisando o conceito em sua interface com a saúde coletiva e a subjetividade, observa-se que é vinculado à capacidade dos sujeitos exercerem a reflexividade, experimentando a capacidade de transformarem a si mesmos e a realidade a partir de projetos coletivos, construídos eticamente com outros sujeitos¹³. A amplitude da autonomia relaciona-se a gradientes passíveis de terem seus limites tensionados, pois, como vivemos em um coletivo, sempre haverá um grau de dependência em relação a algo ou alguém¹⁶.

A coconstrução, como abordagem na área da pedagogia e sua interface com a saúde coletiva, procura integrar elementos cognitivos e sociais nos processos de interação entre indivíduos e/ou grupos¹³. Na saúde coletiva, a coconstrução assume a conotação de trabalho conjunto, construído com o outro, podendo

ser este outro a pessoa ou o usuário em busca de atendimento; com o outro colega profissional da saúde; com a equipe de saúde; com a gestão local, que pode ter como objetivo o cuidado^{13,16}.

Contribuindo para a produção de subjetividades, as narrativas são importantes dispositivos na saúde^{11,12,13}. Existem muitas definições para o que vem a ser uma narrativa, as quais coincidem quanto ao fato de ser um tipo específico de discurso, contextualizado, com caráter aberto e transitório, histórico e variável. Possui como elementos fundamentais personagens e um enredo que evolui ao longo do tempo, sendo a forma pela qual “organizamos nossas memórias, intenções e histórias de vida”¹²⁽⁷⁾, em textos orais ou escritos, sejam em monólogos, diálogos, histórias verdadeiras ou literárias. Utilizamos o conceito sobre as narrativas presente nas ciências sociais em saúde como balizador das análises, mais especificamente da psicossociologia francesa, onde Eugene Enriquez¹⁶ configura-se como um dos principais autores.

Em vigor desde 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH)⁸ tem como princípios teóricos metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. O conceito de protagonismo é definido na PNH como “a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos”, isto é, sujeitos autônomos e implicados no processo de produção de sua própria saúde⁸. A ideia do protagonismo baseia-se na convocação do sujeito a ocupar uma posição de agente em seu próprio cuidado e abrir uma perspectiva de entendimento acerca de seu sofrimento. Ainda segundo esta diretriz, autonomia significa “produção de suas próprias leis ou faculdade de se reger por suas leis próprias”⁸. Designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem.

Tendo como central o sujeito em sua particular forma de estar no mundo – e não a doença – a clínica ampliada, preconizada como um dos dispositivos da PNH, sinaliza a importância da escuta atenta e sensível das histórias de vida dos sujeitos em seu processo de saúde e adoecimento. As narrativas, desde a última década do século XX, vêm sendo objeto de interesse e constituem uma nova forma de abordagem teórica para as ciências sociais e humanas. Empreendem forte influência nas ciências sociais em saúde, em especial, contribuindo com os estudos narrativos na pesquisa qualitativa em saúde^{11,12,13}. Acrescentamos, este mesmo entendimento está na base da racionalidade médica homeopática¹⁴, que ressalta a importância da observação e escuta atenta dos sujeitos, tanto para a diagnose e como para a terapêutica.

HAHNEMANN E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A homeopatia foi sistematizada pelo médico alemão Samuel Hahnemann a partir de 1796, concebendo-a como um contramovimento à abordagem reducionista da medicina praticada na Europa. Suas ideias foram desenvolvidas durante o período do romantismo, caracterizado como um movimento filosófico-literário que resgatou o sujeito como centro das atenções, valorizando os seus sentimentos e as suas emoções. Envolvido nessa atmosfera, Hahnemann colocou o sujeito enfermo como eixo do seu interesse na medicina, buscando critérios de individualização que exprimissem o mais patognomônico desse sujeito¹⁴.

Hahnemann¹⁷ era um clínico que utilizava as categorias e os métodos de sua época. Definia que o único modo de se conhecer a doença seria através dos sintomas apresentados no sujeito enfermo: a doença estaria totalmente exposta ao olhar. Contudo, as afinidades do fundador da homeopatia com os clínicos do seu tempo terminaram quando estes se voltaram para a morte e para a anatomia patológica, pois não via utilidade nas necropsias. O propósito hahnemanniano de uma legítima prática médica seria o de erradicar doenças, por meio do conhecimento destas e dos medicamentos. Embora nem todas as causas de doenças fossem cognoscíveis, nenhuma alteração no estado de saúde ocorreria sem causa e a observação de todas as causas seriam oportunas.

Apesar da condição de um ser diferenciado na natureza, o médico alemão⁴ entendia que o homem poderia ser afetado por inúmeras influências externas e internas, todas capazes de produzir efeitos em seu organismo: gases irritantes, modificações na pressão atmosférica, temperatura e no clima, ventilação inadequada dos ambientes, construções e moradias próximas a pântanos, alimentos deteriorados ou modificados por plantas perigosas, inalação de pós insalubres, falta de higiene, exercícios muito violentos, posturas e posições inadequadas, inatividade do corpo e sobrecarga das faculdades mentais, entre outros.

Exímio observador, Hahnemann escreveu diversos artigos⁵ endereçados às autoridades com sugestões para a construção de hospitais (com referências à sua localização, ao arejamento dos cômodos, disposição dos leitos, vestimentas para médicos e enfermeiros, instruções de higiene para clínicos e visitantes), planejamento para construção de cidades (arquitetura das casas, circulação do ar, espaço entre as moradias, largura das ruas, localização e arquitetura de açougues, fábricas, moradias para indivíduos de baixa renda etc.) instruções para a polícia médica identificar indivíduos doentes, em época de grandes epidemias, entre estudantes, trabalhadores e todos os demais encontrados em grandes ambientes.

Estendendo¹⁴ seu olhar para as condições sociais presentes em sua época, que contribuíam para o con-

tágio, a expansão e o aprofundamento das enfermidades, o criador da homeopatia buscou conhecer, com exatidão, o limite entre saúde e doença. Com dois séculos de antecedência, estudou, descreveu e aplicou na prática médica o que atualmente se identifica como vulnerabilidades, riscos à saúde, determinantes e condicionantes do risco de adoecer.

ANAMNESE HOMEOPÁTICA E EXPERIMENTAÇÃO: A PRODUÇÃO DE NARRATIVAS NA TRILHA DA SINGULARIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS

Para o sistematizador da homeopatia^{4,14}, se a medicina é a ciência da experiência, o conhecimento das doenças, dos remédios e de seu emprego constituem a medicina. Como as causas do adoecer nem sempre se mostram identificáveis, é necessário obter-se a imagem fiel da doença e suas manifestações, administrando-se experimentalmente os diversos medicamentos a pessoas sadias, com o intuito de conhecer as alterações (sintomas) que cada um produz, nos planos físico e mental.

O processo de experimentação^{4,5,14} produzirá, nos provadores, as patogenesias, sintomas que revelam a susceptibilidade individual, e particular, àquela substância. A coletânea destas manifestações sintomáticas encontra-se reunida nas matérias médicas, onde estão descritos sintomas objetivos, subjetivos e mentais, relatados como vivências, impressões, sensações e sonhos.

As etapas, as particularidades e os comentários sobre este experimento estão descritas na sexta edição do Organon⁴, entre os parágrafos 105 e 145. Cada substância é empregada só e pura, preparada de acordo com sua origem biológica. Dose inicial forte permite ao experimentador tomar conhecimento da ordem natural da sucessão de sintomas e anotar, com precisão, a época em que cada um ocorreu. Percebendo-se um distúrbio em virtude de um medicamento, é necessário modalizá-lo, observando se o fenômeno se agrava, diminui, cessa ou retorna, em locais, horários, movimentos e posturas diversos.

A experiência^{5,14} de todos os elementos da doença que um medicamento é capaz de produzir, somente se aproxima de seu quadro completo mediante numerosas observações feitas em vários organismos de pessoas diversamente constituídas, de ambos os sexos, e adequadas para este fim.

O provador^{5,14} deve ser pessoa sadia, amante da verdade, sensível e que preste a máxima atenção ao que se passa com ela. Uma observação cuidadosa sobre si é indispensável à quem experimenta, que precisa ser fidedigno e consciencioso, possuindo esclarecimento suficiente para descrever suas sensações em expressões claras. Essa forma de o indivíduo se observar é descrita através de narrativas que podem ser

encontradas nos textos que descrevem as experimentações nas matérias médicas.

Como exemplos, podemos citar¹⁸: “Ilusão que tenha perdido o afeto dos amigos”, “Sem confiança em si, pensa que os outros não a tem, o que o torna infeliz” (*Aurum metallicum*); “Profunda depressão com ilusão dolorosa, sem insônia, e medo da destruição de tudo ao seu redor” (*Kali bromatum*); “Pensa, à noite, em erros reais ou imaginários, o coração palpita como relâmpago...é tomado por pensamentos terríveis...teme cometer ato espantoso...um incrível impulso de assassinar uma mulher” (*Iodium*).

Rosenbaum¹⁹, nesse sentido, afirma que a homeopatia produziu “um catálogo de sintomas que podem ser verbalizados pelo paciente ou experimentador”, os quais transformam frases, palavras e sentenças em constructos linguísticos. Tais constructos contém, simultaneamente, referencial semiológico e a possibilidade de aplicação do medicamento ao enfermo que o necessita.

Revelados e catalogados os sintomas particulares de cada medicamento, caberá ao “artista da cura”^{4,5} escolher aqueles que melhor correspondam, homeopaticamente, ao caso a ser tratado. Instruções sobre o interrogatório homeopático encontram-se descritas entre os parágrafos 84 e 104 da sexta edição do *Organon*⁴.

Inicialmente, Hahnemann^{4,5} instrui o verdadeiro médico que são necessários, para cada caso de doença, imparcialidade, sentidos perfeitos, atenção na observação e fidelidade para traçar o quadro da enfermidade. Ouvindo atentamente o relato do paciente e de seus familiares, sem interrompê-los, o médico toma conhecimentos das informações.

Sendo assim, o médico deve incentivar o paciente a falar livremente, enquanto observa e registra o que está alterado⁴. Preservar a simplicidade do relato do enfermo, usando suas expressões, é uma forma de capturar a imagem da doença. A atitude do prescritor deve ser de absoluta calma, isenta de ideias pré-concebidas, ouvindo com atenção e discrição, evitando perguntas que sugiram respostas objetivas. Os sintomas mentais devem ser arguidos: mudanças de humor, irritação, medos persistentes, tristeza, alegrias, mágoas e desapontamentos⁵.

Hahnemann concentra seu olhar no enfermo e reconhece na totalidade sintomática o caminho para a cura de sua enfermidade: distúrbios funcionais, lesionais, sentimentos, circunstâncias do adoecer, temperamento e causas externas como fatores contributivos para a enfermidade, são de conhecimento indispensável para tal fim. A mais importante de todas as vocações é a observação do doente e das infinitas variedades de seu estado desarranjado de saúde; nada que esteja presente, que tenha a ver com o paciente, e que possa ser determinado por todos os sentidos, pode escapar⁵. Cabe ao médico, portanto, para ser um conservador da saúde, e promovê-la, “conhecer os fatores que a perturbam, aqueles que provo-

cam e sustentam a doença, e saber afastá-los das pessoas sadias”^{4(§4)}.

Para Rosenbaum¹⁹, a anamnese homeopática busca o que é característico em um indivíduo, o elemento semiológico mais consistente. A consulta estimula vínculos entre o médico e o paciente, abrindo um espaço generoso para que o sujeito se manifeste, produzindo uma “catarse”, uma forma de exoneração, seguida de alívio. Ao falar livremente, o paciente relatará as questões que lhe são vitais, que o incomodam, que impedem o livre fluir de sua existência. O objetivo da anamnese é capturar o enredo contextualizado da enfermidade, como uma rede de sintomas, sinais e sensações que afligem, perturbam, angustiam ou escravizam o indivíduo. As características semiológicas da anamnese homeopática, aliadas à forma como é aplicada, auxiliam o indivíduo a se autoelucidar, segundo este autor. Deixar que o paciente, através de sua própria narrativa, descubra, sem o auxílio de interpretações formuladas pelo médico, a rede de conexões que facilitaram o adoecer, seria a finalidade última desta anamnese.

NARRATIVAS E A PRODUÇÃO DE AUTONOMIA

Segundo Enriquez¹², contar significa ir ao encontro do seu foro íntimo, analisar suas motivações, suas ações; descobrir o sentido de suas escolhas, medos, investimentos, realizando certa coerência no fluxo desordenado da vida. O sujeito efetua um trabalho de reflexividade – um trabalho de retorno sobre si, de modo mais aprofundado possível, adquirindo uma nova identidade. Ao contar, o indivíduo torna-se progressivamente um sujeito com suas falhas, seus remorsos, suas convicções, sua ideologia, maneiras de ser. Contudo, deve-se levar em consideração que todo relato não expressa a verdade, só mostra algumas facetas da personalidade. Mas se a pessoa tentar se trabalhar poderá se tornar outro; vai operar uma mudança, e é este o trabalho essencial: “transformar-se, empreender novas coisas, dar sentido e conhecer-se e superar-se, vencer suas resistências e talvez acessar a uma boa vida, sem ilusões, falsas crenças”¹²⁽⁸⁾. Como o autor sublinha, desde Freud sabemos que sem rememoração não há elaboração, ou seja, uma ação de integração de uma interpretação no decurso de um processo terapêutico analítico. Por isso, pode-se concluir que há efeitos terapêuticos mesmo quando não se trata de uma terapia.

De forma análoga, o relato dos acontecimentos referentes à saúde do indivíduo, a partir do estímulo do homeopata, numa postura de escuta atenta, para que narre e faça relações com as experiên-

cias de sua existência, vão preenchendo, aos poucos, um percurso que o sujeito reconhece como seu. Contribui, em nosso entendimento, para dar forma e sentido de um projeto particular, singular de vida, onde o sujeito vai apropriando-se de sua história, num trabalho intelectual e psíquico de elaboração de sentido e representação, de construção da realidade.

A postura clínica coloca a questão do sentido e do sujeito, tal como surge em cada situação, num quadro de sofrimento. Considerar o outro como sujeito, “é considerar o indivíduo como interlocutor e reconhecer nele a capacidade de compreender as próprias dificuldades”¹²⁽⁸⁾. Ao narrar, o sujeito elabora significações que lhe permitem um certo distanciamento, uma nova forma de mobilização que tenha efeitos sobre ele mesmo e sobre a situação. Permite um processo de “revolver para transformar”, como Benjamin²⁰⁽²⁶⁹⁾ relata em um conto sobre narrativa e cura:

A criança está doente. A mãe a leva para cama e se senta ao lado. E então começa a lhe contar histórias. Como se deve entender isso? Eu suspeitava da coisa até que N. me falou do poder de cura singular que deveria existir nas mãos de sua mulher. [...] Também já se sabe como o relato que o paciente faz ao médico no início do tratamento pode se tornar o começo de um processo curativo. Daí vem a pergunta se a narração não formaria o clima propício e a condição mais favorável de muitas curas, e mesmo se não seriam todas as doenças curáveis se apenas se deixassem flutuar para bem longe – até a foz – na correnteza da narração. Se imaginamos que a dor é uma barragem que se opõe à corrente da narrativa, então vemos claramente que é rompida onde sua inclinação se torna acentuada o bastante para largar tudo o que encontra em seu caminho ao mar do ditoso esquecimento. É o carinho que delinea um leito para essa corrente.

De forma a resumir, Ceccim e Kreutz²¹⁽²⁶⁾ sinalizam as potencialidades do ato de narrar:

Entende-se que cada narrativa destinada ao outro produz outros olhares sobre as histórias, histórias de outros olhares, olhares outros de outras histórias sobre as histórias, uma mistura de olhos estrangeiros e produção de estrangeirismos na sua história, simplesmente porque se quer a troca, a mescla, a novidade, a invenção, a recriação, mas não se quer a regra, a forma, a prescrição, a imposição, o modelo a ser replicado, copiado, difundido (...) A narrativa revolve sentidos e significados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diferenças de saúde entre grupos humanos parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente, não podendo ser justificadas por fatores biológicos exclusivamente. Observamos que temas que abordam percepções subjetivas sobre o processo saúde-doença, integralidade das ações de saúde e relação médico-paciente, vêm sendo tratados com grande frequência em artigos, seminários e congressos, abordando as subjetividades presentes nas relações entre pacientes, médicos e equipes de saúde. Avaliamos que esta perspectiva, valorizando singularidades, oferece, na prática, aos indivíduos doentes, a possibilidade de revisão de suas histórias de vida, aproximando-os de seus próprios corpos e contribuindo para o aumento de sua potência em agir, de forma reflexiva, inclusive, sobre os condicionantes de seu adoecer.

A atualidade e a consonância de conceitos da racionalidade médica homeopática com o paradigma contemporâneo da promoção da saúde podem ser observadas em vários trechos da obra de Hahnemann, enfatizadas na sua atenção às influências do clima, do lugar, da alimentação e das atividades físicas; como observador atento dos determinantes sociais no processo saúde-doença e da participação do Estado como um agente responsável das condições de saúde da população.

Refletimos que as narrativas produzidas no ato da anamnese homeopática têm a potencialidade de ampliar a compreensão médica para além da doença, analisando o fenômeno existencial do adoecimento. Permitem a cada indivíduo contextualizar o adoecer a partir dos significados e representações de sua enfermidade, construídos na interação do indivíduo consigo mesmo, com o meio em que vive e com os que estão em seu entorno. Avaliamos, portanto, que a anamnese homeopática, ao valorizar as experiências existenciais relatadas no âmbito de uma consulta, concorre para uma valorização dos sujeitos, definindo-os como objeto desta racionalidade médica, o que contribuiria para a construção de sua subjetividade, autonomia e emponderamento.

RESUMO

Este artigo tem como objeto o papel da narração das histórias de vida dos pacientes durante a consulta homeopática na promoção da saúde e produção de autonomia dos sujeitos. Objetivos e Metodologia: A partir da abordagem sócio-histórica, foi realizada revisão de literatura narrativa, a fim de identificar os limites e as possibilidades do ato de narrar na racionalidade médica homeopática para a produção de subjetividades e autonomia na trajetória singular de cada indivíduo levar sua vida. Considerações Finais: Há atualidade e consonância de conceitos da racionalidade médica homeopática com o paradigma contemporâneo da promoção da saúde; as narrativas produzidas no ato da anamnese homeopática têm a potencialidade de ampliar a compreensão médica e do indivíduo para além da doença, analisando o fenômeno existencial do adoecimento. A anamnese homeopática, ao valorizar as experiências

existenciais relatadas no âmbito de uma consulta, concorre para uma valorização dos sujeitos, o que contribuiria para a construção de sua subjetividade, autonomia e emponderamento.

ABSTRACT

This article focuses on the role of narrating patients' life stories during homeopathic consultations in promoting health and producing autonomy for subjects. Objectives and Methodology: Using a socio-historical approach, a narrative literature review was carried out in order to identify the limits and possibilities of the act of narrating in homeopathic medical rationality for the production of subjectivities and autonomy in the unique trajectory of each individual. your life. Final Considerations: The concepts of homeopathic medical rationality are current and consistent with the contemporary paradigm of health promotion; The narratives produced in the act of homeopathic anamnesis have the potential to expand medical and individual understanding beyond the disease, analyzing the existential phenomenon of illness. Homeopathic anamnesis, by valuing the existential experiences reported in the context of a consultation, contributes to an appreciation of the subjects, which would contribute to the construction of their subjectivity, autonomy and empowerment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assembleia Geral das Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em <https://www.un.org/pt/universal-declaration-human-rights/> Acessado em 12/10/2023.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acessado em 20/01/2023
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 971/2006 e 702/2018 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; 2006/2018. 4 Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html Acessado em 12/10/2023
4. Hahnemann S. Organon da Arte de Curar. 6.ed. São Paulo: Robe Editorial, 1996.
5. Hahnemann S. Escritos Menores. São Paulo: Organon, 2006.
6. Foucault M. Microfísica do Poder. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
7. 7 Brasil. Lei No 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção e Recuperação Da Saúde, a Organização e o Funcionamento Dos Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acessado em 12/10/2023.
8. Brasil. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/rede-humanizaus/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acessado em 12/10/2023.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf Acessado em 13/10/2023.
10. Brasil. Ministério da Saúde/GM. Portaria 2446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html Acessado em 13/10/2023.
11. Diniz SD; Sá MC de. O Uso das Abordagens das Narrativas e do Dispositivo Grupal como Estratégia Pedagógica de Formação/Educação Permanente dos Profissionais de Saúde: uma revisão bibliográfica. In: *Interface* (Botucatu) 2019; 23(71):1-18. Disponível em <https://doi.org/10.1590/Interface.180217> Acessado em 10/03/2023.
12. Enriquez EE Prefácio. In: Takeuti NM, Niewiadomski C. Reinvenções do Sujeito Social. Porto Alegre: Meridional, 2009, 7-11.
13. Sá MC de, Miranda L, Diniz DS, Savi ESA, Teixeira ES, Fonseca MLG. Oficinas Clínicas do Cuidado: efeitos da narratividade sobre o trabalho em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.
14. Diniz SD. A "Ciência das Doenças" e a "Arte de Curar": trajetórias da medicina hipocrática. Rio de Janeiro, 2006. 160p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UERJ. Disponível em <https://>

www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/4254/1/Denise%20Scofano%20Diniz-dissertacao.pdf Acessado em 10/03/2023.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acesso em 12/10/2023.
16. Campos GSW, Onocko-Campos Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GSW, Minayo MC, Akerman, Drummond Jr, Carvalho (Org.). Tratado de saúde Coletiva. 1 ed. SP: Hucitec, v. 1, p. 669-714, 2006.
17. PRIVEN, Sílvia I.W.de. Hahnemann: um médico do seu tempo. São Paulo: PUC-SP, 2005.
18. Vijnovsky B. Tratado de Matéria Médica Homeopática. São Paulo: Organon, 2003.
19. Rosenbaum P. Miasmas, Saúde e Enfermidade na Prática Clínica Homeopática. 2ed. São Paulo: Organon, 2021.
20. Benjamin W Conto e Cura. In: Obras Escolhidas II. Rua de Mão Única. São Paulo: Brasiliense, 1987.
21. Ceccim RB, Kreutz JA Prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na Educação em Saúde Coletiva. In-formes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. Série Atenção Básica e Educação na Saúde. Porto Alegre/RS; Rede de. Porto Alegre/RS; Rede UNIDA, vol.1, p.16-30, 2016.