



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA EM QUALIDADE DE VIDA E MEIO AMBIENTE
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO URBANO E MEIO AMBIENTE**

Fernando Brasil do Couto

**MITIGANDO OS IMPACTOS DA URBE NA SAÚDE DO INDIVÍDUO: A
HOMEOPATIA COMO TERAPÊUTICA MÉDICA NAS POLÍTICAS DE
SAÚDE**

Belém
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Fernando Brasil do Couto

**MITIGANDO OS IMPACTOS DA URBE NA SAÚDE DO INDIVÍDUO: A
HOMEOPATIA COMO TERAPÊUTICA MÉDICA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial ao Curso de Mestrado em Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, da Universidade da Amazônia, para a obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nírvia Ravena

Belém
2009

Couto, Fernando Brasil do.

C871m

Mitigando os impactos da urbe na saúde do indivíduo: a homeopatia como terapêutica médica nas políticas de saúde / Fernando Brasil do Couto; orientadora Prof^a. Dra. Nirvia Ravena_Belém, 2009.
148f.

Dissertação (Mestrado). Universidade da Amazônia. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Nirvia Ravena.

1.Políticas Públicas de Saúde. 2. Homeopatia. 3. Terapêutica Homeopática. I. Título.

CDD 615.532
614

Fernando Brasil do Couto

**MITIGANDO OS IMPACTOS DA URBE NA SAÚDE DO INDIVÍDUO: A
HOMEOPATIA COMO TERAPÊUTICA MÉDICA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial ao Curso de Mestrado em Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, da Universidade da Amazônia, para a obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.

Defesa: Belém(PA), de abril de 2009

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Nírvia Ravena
Orientadora, Universidade da Amazônia

Prof^a Dr^a Sandra Maria Rickman Lobato
Examinadora, Universidade da Amazônia

Prof^a Dr^a Voyner Ravena Cañete
Examinadora, Universidade da Amazônia

Prof^a Dr^a Edna Maria Ramos de Castro
Examinadora, PDTU/NAEA/Universidade Federal do Pará

A todos os que procuram
construir com saber e compromisso,
uma sociedade mais solidária e
completa,
uma sociedade civilizada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a vida, a inspiração conselheira, o amor condutor.

Agradeço a Jesus, pelo caminho e verdade, que me sustenta nas sendas da vida.

Agradeço em especial a minha esposa Sandra Oregel do Couto e minha mãe Neuza Tavares Brasil, pelos testemunhos de estima e amizade cheios de enorme desapego de si mesmas como só esposa e mãe amorosas podem testemunhar.

Agradeço a Belizia Abtibol Oregel, minha sogra e a meus filhos Fernando, Marcelo, Bruno e Saulo e às noras Paula, Mayra e Xênia, o apoio amigo, dedicado, filial e carinhoso que tem sido meu companheiro, de dia, de noite e de madrugada nestes anos (de estudos) de minha vida.

Aos meus professores do Mestrado, os quais me fizeram lembrar de professores nunca esquecidos de cursos anteriores, pela dedicação e densidade de saber, pela partilha dos conhecimentos e pela acolhida recebida durante as aulas, com um agradecimento especial para a orientadora desta dissertação, Prof^a Dr^a Nírvia Ravena e sua irmã Voyner Ravena Cañete que me mostraram os caminhos acadêmicos, muito obrigado!

Para Rômulo que me ajudou na construção e interpretação dos gráficos e tabelas desta dissertação com muito saber e desprendimento, muito obrigado amigo!

Para Albano, um amigo que costurou o texto como revisor cuidadoso, muito obrigado!.

Aos colegas de Mestrado pelas relações solidárias e afetuosa camaradagem que também me lembraram dos bons momentos das relações estudantis de outros tempos. Muito obrigado!

Aos enfermos, que foram entrevistados, aos quais gostaria de associar o meu abraço fraterno, pela confiança em nosso trabalho, extraída dos tesouros de suas almas, muito obrigado!

RESUMO

Este trabalho disserta sobre a dinâmica nociva das urbes quando elas cumprem seu caminho evolutivo e procurando compreendê-la foi construída uma pesquisa com oitenta usuários da Homeopatia, todos atendidos gratuitamente, na tentativa de entender a forma com que a vida urbana afetava nocivamente os sujeitos que residem nas cidades, promovendo doenças. Busca também demonstrar que a Homeopatia é capaz de mitigar os impactos que a urbe promove sobre estes sujeitos, ou seja, a sua resolubilidade na prática em Unidades de Saúde, em Saúde Coletiva, como política pública de saúde. Verificou-se que o campo pesquisado respondeu positivamente à cura e/ou à melhora dos enfermos que é acompanhada, nestes resultados, com mudanças da pessoa como um todo para melhor, por conta do foco antropológico da Homeopatia e sua episteme, tendo sido utilizado no método a aplicação de um formulário com questões de natureza qualitativa, quantificadas com o uso de um *software* estatístico.

Palavras-chave: Homeopatia. Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This work is about the cities' harmful dynamic when they goes on in their evolutionary pathways and trying to understand them it was build a research with eighty customer of homoeopathic remedy, in free consultations, just to understand what means the influence of the urban harmful on citizen's life, promoting illness. It seeks also to show the homoeopathic treatment acting to diminished the shocks suffered by the citizen living the cities and the solvability of the Homoeopathy in the medical practice in the Health Unity's, in Collective Health, like health's public policy. It was found that the research answered positively to the cure and/or the improvement of the sickness which is followed by a change of the whole person's, by account of the episteme and Homoeopathic's anthropologic view, having use a formulary with some questions of qualitative nature, that was quantified with the use of a statistic software.

Keywords: Homeopathy. Health. Public Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Esquema 1-	Indicador Status Socioeconômico	28
Gráfico 1:	Composição do PIB da RMB (2002)	97
Gráfico 2:	Levantamento de atendimentos homeopáticos	99
Gráfico 3:	Levantamento de atendimentos clínicos por bairros	99
Gráfico 4:	Vantagens do local de moradia	111
Gráfico 5:	Desvantagens do local de moradia	112
Gráfico 6:	Infraestrutura	113
Gráfico 7:	Transporte para o trabalho	114
Gráfico 8:	Faixa etária	114
Gráfico 9:	Naturalidade	115
Gráfico 10:	Migração	116
Gráfico 11:	Zona de origem da família	117
Gráfico 12:	Perfil escolar	118
Gráfico 13:	Faixa de renda familiar (R\$)	119
Gráfico 14:	Incidência de doenças por renda familiar (R\$)	120
Gráfico 15:	Cura como resultado	124
Gráfico 16:	Proporção de curas com retorno de sintomas antigos	125
Gráfico 17:	Retorno de sintomas	126
Gráfico 18:	Características da dinâmica da evolução clínica	127
Gráfico 19:	Quantidade de doenças diagnosticadas por paciente	128
Gráfico 20:	Doenças diagnosticadas	129
Gráfico 21:	Sintomas biopatográficos ou transtornos por... ..	130
Gráfico 22:	Quantidade de remédios por medicamento	131
Gráfico 23:	Incidência de doença por gênero	132
Gráfico 24:	Remédios prescritos	133
Figura 1:	<i>Cólera morbus</i> . Óleo sobre tela, 230 x 381cm... ..	40
Figura 2:	Monumento a Hahnemann em Leipzig	71
Figura 3:	Hospital Homeopático de Londres	77
Figura 4:	Falanstério de Charles Fourier	83
Figura 5:	Região Metropolitana de Belém	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Atendimentos com Homeopatia por médicos homeopatas - Relação de óbitos e de pacientes recuperados	74
Tabela 2:	Atendimentos em hospitais alopáticos e casas particulares em Raab - Relação de óbitos e de pacientes recuperados	74
Tabela 3:	Estatísticas alopáticas do jornal gazeta dos hospitais de Salvador- Bahia, exclusivamente quanto ao atendimento de portugueses	86
Tabela 4:	Estatísticas homeopáticas do Jornal Gazeta dos hospitais de Salvador-Bahia, exclusivamente quanto ao atendimento de portugueses	86
Tabela 5:	População e densidade demográfica (2000) e taxa de crescimento anual da RMB (1980/1990/2000)	96
Tabela 6:	PIA, PEA e taxas de participação, Pará e RMB (2003)	96

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	19
2 O SUS E A HOMEOPATIA	35
3 A VIA DA HOMEOPATIA EM SAÚDE PÚBLICA	51
3.1 DA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE DOENÇA	51
3.2 DA CONSTRUÇÃO EM PROL DA SAÚDE	55
3.3 A SAÚDE E O MEIO AMBIENTE	57
3.4 A VIA DA HOMEOPATIA	59
4 A SINGULARIDADE DA MEDICINA: A HOMEOPATIA E SAMUEL HAHNEMANN	61
4.1 UM MÉDICO DE SEU TEMPO	61
4.2 A SIMILITUDE SINTOMÁTICA	65
4.3 A LUTA PELA CONSOLIDAÇÃO DA HOMEOPATIA	67
4.4 AS EPIDEMIAS E A HOMEOPATIA	73
4.5 A HOMEOPATIA EM LONDRES	73
4.6 A HOMEOPATIA NA AMÉRICA DO NORTE	75
4.7 A HOMEOPATIA NA FRANÇA	80
4.8 A HOMEOPATIA NO BRASIL	82
4.9 A HOMEOPATIA NO ESTADO DO PARÁ	88
4.10 AS EPIDEMIAS SUBSTITUÍDAS POR ENFERMIDADES CRÔNICAS	90
5 A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM	93
6 A METODOLOGIA DA PESQUISA	102
6.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DA PESQUISA E LOCAIS DE COLETA DE DADOS	102
6.2 AS AMOSTRAS DA PESQUISA	103

6.3	ANÁLISE DOS DADOS	104
6.4.1	O Programa Epi-Info 3.4	104
6.4.2	O programa SPSS	104
6.5	O FORMULÁRIO DA PESQUISA (APÊNDICE – A)	105
6.6	COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA	106
7	CONCLUSÕES DA PESQUISA	107
7.1	PARTE I	107
7.2	PARTE II	109
7.3	PARTE I – ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA	110
7.4	PARTE 2 – ANÁLISE DAS CONCLUSÕES DA PESQUISA SOBRE AS QUESTÕES VOLTADAS ÀS RESPOSTAS DO TRATAMENTO	121
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
	REFERÊNCIAS	139
	APÊNDICES	144

INTRODUÇÃO

A vida nas cidades tem uma dinâmica nociva à saúde dos sujeitos que nelas residem e o presente estudo aí se detém, para compreender melhor esta dinâmica, em sua história e trajetórias.

A perda da saúde corresponde a uma desarmonia que passa a existir no âmago da vitalidade que anima a estrutura biopsíquica e social que constitui o homem integral. Esta desarmonia tem características de um processo continuado e dinâmico, conduzido pelo potencial de nocividade à saúde, existente nas urbes. Presente este potencial, enfermar passa a ser a direção tomada pela vida que há nos sujeitos, os quais adoecem. Estes transformados em enfermos, entre outras alterações das suas vertentes vitais biológica, psicológica ou social, podem apresentar-se desanimados, tristes, deprimidos, sem esperanças e alguns violentos, outros demonstram até mesmo o pânico.

Quando estes pacientes são diagnosticados pelos médicos, apresentam um verdadeiro rol de doenças, dentro das classificações de doenças nos diagnósticos nosológicos¹, que são como se classificam as doenças no Código Internacional de Doenças (CID-10) tais como, por exemplo: gastrite (K29.9), enxaqueca (G43.0), displasia mamária (N60), câncer da mama (C50). Nestes casos, o rol de doenças apresentadas por um sujeito enfermo, testemunha as consequências nocivas do seu meio ambiente.

Lefebvre (2004), em seu livro “Revolução urbana”, aponta as dificuldades da urbe, as quais geram crise, sofrimento e sujeitos enfermos. Escreveu este filósofo francês, que as pessoas diretamente interessadas nas melhoras da urbe estão extraordinariamente passivas, como os gestores da coisa pública, por exemplo. Nesse contexto, estados de saúde se transformam em enfermidades, onde as problemáticas urbanas nocivas desempenham um fator predominante. Correlacionar estado de saúde ou de doença ao meio ambiente urbano constituiu-se assim em tarefa fundamental para o êxito do tratamento do sujeito da urbe, que está doente.

Neste trabalho o sujeito que vive na urbe é visto como um indivíduo único. Mesmo que a dinâmica urbana aja, uniformemente sobre todos os sujeitos, a forma como cada qual responde aos seus impactos é única e geralmente o enferma.

¹ Nosologia: estudo das moléstias.

Assim, não se pode ignorar que o indivíduo que enferma na urbe, vive necessariamente uma representação social da correlação entre a dinâmica da cidade e sua vida.

A perda da harmonia original de sua vitalidade leva-o a viver o estado de sujeito enfermo. Chega até este estado, por sofrer a influência nociva, sempre presente do meio ambiente urbano em seu processo evolutivo que visa a *urbanização completa da sociedade*²

Esta dissertação procura identificar a importância que o meio ambiente urbano desempenha, na suscetibilidade aumentada às doenças do sujeito da urbe e evidenciar como, em tal contexto, a Homeopatia se constitui em uma terapia virtuosa no interior das políticas de saúde. O estudo toma como fundamento o meio ambiente, o desenvolvimento urbano e a saúde das pessoas. Com este estudo, é analisada a utilização social da Homeopatia, em ação sobre os sujeitos enfermos da urbe, a realidade vivida por eles e por suas famílias que vivenciam suas vicissitudes, provenientes de um meio ambiente que se apresenta como desencadeador de enfermidades, um meio ambiente em crise como diz o filósofo francês (LEFEBVRE, 2004). Neste estudo, correlaciona-se esta dinâmica ao olhar que a Homeopatia apresenta acerca da saúde dos indivíduos.

O objetivo geral da pesquisa que resultou nesta dissertação foi identificar as correlações entre as condições urbanas da Região Metropolitana de Belém e os estados de enfermidades na amostra pesquisada, para tentar inferir, que a doença, além de sua configuração biológica é também uma realidade individual, construída pelo sujeito enfermo.

O sujeito enfermo é, antes de tudo, um personagem social, uma vez que saúde e enfermidade de uma população estão em relação com a formação histórico-cultural da mesma, e desta forma contempla o passado e o presente de um dado sujeito e de uma dada coletividade, incluindo aqui a sua configuração econômica, social e política (CAMPOS, 2006, apud MINAYO, 2006, p. 193 e 197). Deste modo se analisa a viabilidade da terapêutica homeopática de se constituir política de saúde pública, com a finalidade de mitigar os impactos resultantes desse processo, para um melhor viver a cidade pelos sujeitos que a integram.

Os objetivos específicos deste trabalho são os seguintes:

² Lefebvre afirma em sua obra "Revolução urbana" (2004, p. 16) que a urbanização completa da cidade é um objeto virtual.

1. Apresentar a Homeopatia e sua resolubilidade nas ocorrências de epidemias na história das urbes
2. Demonstrar que a Homeopatia pode ser adotada como terapêutica nas políticas de saúde coletiva a partir da análise dos casos de atendimentos ambulatoriais ocorridos na Região Metropolitana de Belém (RMB) e que fazem parte de uma amostragem da pesquisa desta dissertação.
3. Descrever sua resolubilidade nos sujeitos enfermos crônicos e de baixa renda, que vivem nos espaços da Região Metropolitana de Belém (RMB).

O problema da pesquisa foi assim construído: de que forma a vida urbana afeta com a sua dinâmica os sujeitos que residem nas cidades promovendo doenças, e se poderá a Homeopatia, mitigar os impactos que a urbe promove sobre os indivíduos.

A partir da amostra de sujeitos enfermos de baixa renda e com diferenças na acessibilidade e nas condições de moradia e instrução, a pesquisa procurou demonstrar que a Homeopatia enquanto prática médica é promotora de qualidade de vida, capaz de diminuir as resultantes das influências nocivas que o meio ambiente urbano causa sobre os sujeitos da urbe.

São exemplos práticos apresentados a partir de uma pesquisa qualitativa que também resultou em análises quantitativas referidas a dados como renda, número de vezes que adoeceu e outros. As análises qualitativas foram feitas a partir de questões que fizeram parte das entrevistas semi-estruturadas cujos resultados foram analisados a partir da sistematização dos mesmos em um *software* estatístico para explorar relações entre variáveis diferentes, associadas ou descritivas. Foram analisados protocolos de consultas e de entrevistas com pacientes que são tratados com a Homeopatia e que revelam círculos virtuosos de melhora de saúde e bem-estar graças à diminuição e/ou desaparecimento das tendências para o adoecimento crônico, do desaparecimento do adoecer agudo e de uma nova atitude assumida pelo enfermo quando recuperado, obtendo-se deste modo, neste universo de sujeitos-amostra, uma resposta sobre a qual foi possível demonstrar a representatividade dessa terapia para as políticas públicas de saúde.

Foram correlacionados dois elementos: o impacto que a dinâmica urbana tem na saúde e o quanto a Homeopatia poderia fazer para mitigar esses impactos se

fosse adotada como terapia no interior das políticas públicas de saúde. Não é proposta aqui, uma única via terapêutica, só a Homeopatia, nem este trabalho está concentrado na comparação de terapias, mas sim de estratégias relacionadas à solução dos impactos vivenciados na urbe.

As políticas públicas voltadas para a saúde, em sua ação sobre os sujeitos da urbe apresentam um foco predominante, demasiadamente centrado nas doenças. As ofertas destas políticas, não podem dar conta das demandas em saúde, nas práticas hospitalares e das unidades básicas municipais (ARRETCHE; MARQUES, 2007), por serem excessivamente centradas em doenças. Resulta disto que os enfermos que vivem condições difíceis, quando enfermos, não são afetados decisivamente em suas problemáticas, quando atendidos. Suas alterações orgânicas ou funcionais podem até desaparecer, o que dificilmente ocorre. O mais comum é elas se transferirem, organizando-se em outros pontos do corpo, e estes sujeitos continuam enfermos. Vivem circunstâncias na urbe, resultantes da dinâmica do meio ambiente, que exerce influência danosa sobre eles, influência sobre a saúde que, algumas vezes pode ser sutil e outras vezes bem óbvia e a Homeopatia se apresenta como uma via para processos de cura.

Assim a reflexão que se coloca é a de que os estímulos normativos que partem do Ministério da Saúde direcionados ao meio urbano, no sentido de integrar de forma mais efetiva esta terapêutica no interior das políticas de saúde, se dão mais no sentido do caráter normativo da inclusão e tem sido pouco usada na prática clínica, dos hospitais e postos de saúde.

Na dissertação é identificada a correlação entre condições de vida urbana em duas cidades da Região Metropolitana de Belém, Belém e Marituba, e o desencadeamento ou manutenção de estados de adoecimento crônico entre os sujeitos destes espaços urbanos. A realidade desses sujeitos resulta de uma construção individual enquanto personagens sociais, econômicos e políticos, vivendo os impactos da dinâmica nociva das urbes. São também apresentadas no decorrer da dissertação, as experiências históricas do exercício da Homeopatia como terapêutica de resposta regular e efetiva no combate às epidemias.

A pesquisa então demonstrou, que tanto historicamente quanto nos tempos atuais a Homeopatia é uma prática médica adequada à mitigação dos efeitos nocivos, que a espoliação urbana promove nos indivíduos.

Os capítulos desta dissertação são:

1. Políticas públicas de saúde;
2. O SUS e a Homeopatia;
3. A via da Homeopatia nas políticas públicas;
4. Uma singularidade da Medicina: a Homeopatia e Samuel Hahnemann;
5. A região metropolitana de Belém;
6. A metodologia da pesquisa;
7. Conclusões da pesquisa; e
8. Considerações finais.

No primeiro capítulo, é estudada a necessidade da incorporação de novas ciências, como a Homeopatia, em políticas públicas de saúde, com a finalidade de se conseguir a ampliação do conhecimento para se diminuir a ênfase curativa predominante e ainda única, existente nos centros de atendimentos, conduzidos pelo processo que culminou no Sistema Único de Saúde do Brasil.

O capítulo segundo reflete sobre as lógicas assistencialistas, vividas no passado e os novos desafios encimados pela nova lógica em saúde pública que é o SUS. Lança-se um olhar para o poder das epidemias na mudança dessas políticas e outro para a necessidade de maior empenho no acolhimento do enfermo como ser integral, atitude já vivida pela Homeopatia desde a sua fundação e por isto lançada para o centro das atenções para trazer um equilíbrio na oferta pública e na promoção de saúde aos sujeitos enfermos no Brasil.

O capítulo terceiro desta dissertação, mostra a lógica homeopática e os corredores oficiais por onde ela trafega para poder viver toda a sua epistemologia, como ciência que é em benefício dos que vivem dor e sofrimento, por estarem enfermos no contato com a dinâmica nociva das urbes.

Para a maior compreensão do contexto Homeopatia versus enfermo, versus urbe e as políticas públicas de saúde, a construção do capítulo quarto, apresenta esta especialidade médica e os elementos importantes da biografia do seu fundador, como uma singularidade da história da medicina.

O foco do capítulo quinto, a Região metropolitana de Belém, tem sua importância pela descrição de suas características econômica e política para se entender o parâmetro psicossocial, olhar do estudo sobre os sujeitos enfermos da pesquisa realizada.

A metodologia empregada na pesquisa de campo, desenvolvida e explicitada no capítulo 6, foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética da UNAMA e realizada nos atendimentos aos usuários da Homeopatia em duas instituições, que atendem em condições de gratuidade nas cidades de Belém e Marituba, no estado do Pará. São os exemplos práticos da resolubilidade da Homeopatia como tentativa de demonstração dos pressupostos do problema desta pesquisa: De que forma a vida urbana afeta com sua dinâmica, os sujeitos que residem nas cidades promovendo doenças, e poderá a Homeopatia, mitigar os impactos que a urbe promove sobre estes sujeitos?

No sétimo capítulo estão os resultados da análise do trabalho de campo onde se pretende-se demonstrar objetivamente na prática clínica a virtuosidade da Homeopatia e a correlação existente entre as evidências empíricas desta terapêutica com as variáveis acessibilidade, renda, educação, moradia, próprias do contexto urbano e relacionadas a fatores apresentados como parte da dinâmica da urbe.

A vida urbana é considerada com as peculiaridades individuais dos sujeitos enfermos, participantes da vida da cidade, com características únicas apresentadas e que os individualiza quando enfermos.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Neste século XXI, o conhecimento médico tradicional³ ficou ampliado em suas dimensões biológica, física e química, mas apesar da ampliação, não foram esgotadas as temáticas dos problemas constituídos pelos seres humanos doentes. Este século aponta para a necessidade de uma revisão, na incorporação de novas ciências como a Homeopatia e na conseqüente abrangência, maior do que a que já foi alcançada, e também revisão e maior abrangência do conhecimento médico e do saber gestor das políticas públicas em saúde.

O padrão de saúde atual, acompanhando as mudanças estruturais da sociedade, constituiu outro padrão, diferente do anterior puramente negativo, que era o estar ou não estar doente, para um valor positivo, qualificado pela harmonia do ser como um todo, quando vive saúde, um todo bio-psíquico e social, que assim harmonizado volta-se para os mais altos e elevados fins da sua própria existência (HAHNEMANN, 1810), estado de transcendência do ser que deve existir nas coletividades humanas quando sociedades civilizadas.

Estas mudanças alteraram os conceitos de saúde e doença. Atingem as práticas médicas, mas os médicos, saindo das faculdades de medicina, trazem o pensamento ainda dominado por uma ideologia curativa, sem terem o olhar para as necessidades da atenção médica básica e para os sujeitos enfermos e às suas comunidades. São, portanto, estranhos ao seu próprio meio social (AROUCA, 1973) e assim, vão persistindo na conduta que construiu o padrão anterior, treinados que foram para um trabalho solitário, fragmentado e sem noção de conjunto e conseqüentemente, sem entender que a dinâmica do acolhimento aos doentes, requer múltiplas integrações (LOTTENBERG, 2007), ou seja, tem até de ser vividas interdisciplinarmente.

A medicina localiza-se agora na vertente a que ela genuinamente pertence como ciência, a vertente social, como uma incorporação de nova ciência, desde a segunda metade do século XIX.

³ **Medicina tradicional** refere-se às práticas médicas desenvolvidas antes do que se classifica como medicina moderna e que ainda hoje são praticadas por diversas culturas em todo o mundo. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a medicina tradicional é o total de conhecimento técnico e procedimentos baseados nas teorias, crenças e nas experiências indígenas de diferentes culturas, sejam ou não explicáveis pela ciência, usados para a manutenção da saúde, como também para a prevenção, diagnose e tratamento de doenças físicas e mentais.

As terríveis condições de saúde das cidades, com os seus tífos, tuberculoses e cólera, e das zonas rurais com os seus tífos, malária, e cólera, durante este período foram, naturalmente, largamente responsáveis por estas enfermidades e sofrimentos. Mas a profissão médica também deve tomar a sua parte de culpa – por um lado pela sua falha em não ter diligenciado uma pesquisa ativa por remédios seguros e efetivos e, por outro lado, pelos seus incríveis maus tratos aos pacientes com mercúrio, antimônio, quinino e sangrias (COULTER, 1982, p. 73).

O período de tempo a que se refere o autor do texto acima se encontra nos anos de 1830 a 1860, tempo que fundamentou e obrigou a surgirem todas as mudanças que vieram depois, na forma de medicina social.

É já no século XIX que a medicina se apresenta assim incorporada como uma nova ciência, isto é coletiva, preocupada em viver uma práxis social em saúde, iniciando uma marcha na direção de valores mais humanos, nas questões que estão a ela relacionadas.

O sujeito enfermo do século XIX, com medo, vivia as inquietudes das gestões políticas e de um sanitarismo nascente⁴ que se orientou inicialmente para garantir uma boa circulação do ar, que defendia do “mal ar” (a palavra malária nasce daí), ou miasmas e depois para a organização da distribuição da água e os escoamentos em esgotos⁵.

Já no Brasil, no dizer de Gilberto Hochman (1998), na década de 1910 havia o Brasil hospital e o Brasil sertões⁶. O Brasil hospital era representado pela ocorrência das endemias em todo o território nacional e o Brasil sertões representava o abandono das populações pelo poder público, ou mesmo a sua completa ausência e que o Brasil sertões era ali mesmo na av. Rio Branco, do Rio de Janeiro.

Estes passos evolutivos, vistos acima, conduziram à formalização da medicina social, com o momento da criação de cursos para a reprodução deste conhecimento, como a criação do curso de Medicina Social, em 1881, em Munich, seguido pelo de Harvard, em 1913, pela Escola de Saúde Pública de Johns Hopkins

⁴ O movimento sanitarista deve ser tratado como a expressão privilegiada de uma lenta, porém crescente, identificação pela sociedade brasileira dos seus graves problemas sanitários desde o início da República, em especial a partir do impacto das campanhas sanitárias na cidade do Rio de Janeiro durante a gestão de Oswaldo Cruz na Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) (1903-09) (HOCHMAN, 1998).

² Ver o estudo feito no capítulo IV.

⁶ "O Brasil é ainda um vasto hospital." É uma frase de autoria de Miguel Pereira. A frase: "...não nos iludamos, o nosso sertão começa para os lados da Avenida", é de Afrânio Peixoto. Gilberto Hochman (1998) em seu artigo reflete sobre estas frases pronunciadas em discurso público por Miguel Pereira e Afrânio Peixoto no Rio de Janeiro.

em 1916, e do Departamento de Higiene, da Faculdade de Medicina e Cirurgia, em São Paulo, em 1916. A Medicina social produzia conhecimentos que reformulavam conceitos que possibilitaram o surgimento da Medicina preventiva, constituindo seu objeto de estudos relacionando o biológico ao psicossocial (NUNES, 2008) com muitos médicos e pensadores ligando a medicina a um caráter social como é possível observar nas reflexões de Virchow⁷: “Se a medicina existe realmente para realizar suas grandes tarefas, deve intervir na vida política e social; deve apontar para os obstáculos que impedem o funcionamento normal do processo vital e efetuar o seu afastamento” (VIRCHOW apud NUNES, 2007, p. 19-20).

A Medicina social encontra-se inter-relacionada a diversos ramos do saber. Tem relações intrínsecas entre Estado republicano, liberal e individualista. Todos esses ramos do saber e suas relações intrínsecas passaram a ser copartícipes na construção da possibilidade de uma síntese mais funcional e verdadeira dos fenômenos vivos.

Neste início, viveram as urbes, as propostas alemã, inglesa e francesa, de atuação no campo da saúde, em um período em que ainda não se tinha conhecimento sobre os agentes infecciosos e que iria permitir o nascimento em saúde pública da relação sujeito, agente infeccioso e meio ambiente, modelo básico do século XIX, mas ainda insuficiente para explicar o aumento dos enfermos crônicos, até ser considerado, na procura por um modelo melhor, um ponto de vista epidemiológico integrado, que conduziu a um modelo com quatro dimensões que explicariam os problemas de saúde de uma população: a biologia alterada, o meio ambiente adverso, o estilo de vida pessoal e o sistema de atenção básico à saúde (NUNES, 1997).

O Brasil percebe esta mudança, o surgimento da medicina social, quando nos anos da década de 1950 o Ministério da Saúde é estruturado por parte de um setor da burocracia, aliado ao dos profissionais da previdência social, objetivando a descentralização dos serviços de saúde do país visando o desenvolvimento econômico e a saída do ciclo de subdesenvolvimento (LUZ, 2000). Surgem propostas de descentralização e de participação civil ou desconcentração constituindo parte de um pequeno período de tempo de atuante ideal democrático na história política da secular República brasileira.

⁷ Rudolf Ludwig Karl Vichow (1821-1902) médico, patologista, biólogo e político. Criador da patologia celular. Um dos fundadores da medicina social.

Começa neste período a estrutura do que viria a se chamar de atenção primária, proposta aliada a um projeto de estatização da atenção médica oferecida à população. A oferta, municipalizada, descentralizaria os serviços, conduzindo à desconcentração efetiva do poder do Estado e favorecendo a participação popular nas políticas públicas (LUZ, 2000).

Este processo evolutivo, no entanto, esbarrou na oposição resistente de poderes particularistas, grupos de interesses regionais, corporativos e conservadores representados (IMMERGUT, 1996)⁸, que *assediam* os três poderes do Estado em seu nível central. Estes grupos, não são eleitos pelo povo, não são grupos eleitoralmente significativos, mas exercem um poder de *veto*, pois derrubam leis e promovem demandas políticas, visando tão somente o interesse daqueles que eles representam. Estes grupos de interesse procuram unir-se a legisladores ou autoridades que tenham uma posição crucial aos seus próprios interesses (IMMERGUT, 1996) e assim exercer sua influência sobre a política gestora.

Além da própria estrutura do Estado na conjuntura atual e das políticas que dela decorrem, existem os interesses de privatização, organizados desde os anos 70, transformados em lobbies nos anos 80, e em poderoso ator político nos anos 90: grandes laboratórios farmacêuticos, corporações médico-hospitalares e serviços privados de saúde, transformados em atividade financeira ou em geral cartelizados. [...] O Estado por sua vez, tende a privatizar seus serviços e a limitar-se a ser apenas um regulador do mercado em relação a preços e qualidades de serviços e produtos oferecidos à população, na área de atenção médica (LUZ, 2000, p. 306).

Em consequência deste contexto, a descentralização e a desconcentração nas políticas de saúde, passaram, portanto a ser uma tendência irreversível, apesar de toda a oposição política enfrentada. A lentidão neste processo propiciou a concentração da riqueza e o consequente aumento do desemprego, tendo o Brasil de se sujeitar à monitorização da sua economia, feita pelos organismos financeiros internacionais, como o FMI e o Banco Mundial, credores do Brasil, passando a serem implantadas, políticas econômicas internacionais monetaristas visando o controle da dívida externa, do equilíbrio fiscal, da balança de pagamentos e da força

⁸ Ellen Immergut publicou o artigo "As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia" em 1992 abordando o monopólio legal da prática médica na Suécia, França e os procedimentos na Suíça, país aonde as barreiras ao exercício da medicina são muito baixas e diferente dos dois outros, por haver uma legislação mais fraca e um elevado número de médicos. Aborda a autora os grupos de interesses constituídos pela influência dos médicos na construção de seus interesses através do "poder da profissão". Expõe a autora a política como um jogo com regras e a lógica usada pelos jogadores. Quando esta dissertação falar de jogo, estará se referindo a esta lógica, exposta por Immergut.

da “moeda” com o conseqüente empobrecimento do país, refletindo a dicotomia histórica: concentração versus desconcentração social, a tradução institucional da escolha pela adoção de concentração e não desconcentração do poder social existente, uma tendência persistente nas políticas estruturais da sociedade brasileira (LUZ, 2000) e que é típica dos estados nacionais do fim do século XIX e início do século XX. É por estes motivos que Madel Luz (2000) afirma que a estrutura de base, que deu origem às conquistas sanitárias do século XXI, é autoritária, centralista e concentradora do poder.

A conjuntura estatal seguinte vem a se constituir fechada e por isso, negou o progresso ao sistema, no período de 20 anos do autoritarismo militar (1964-1984), que foi um sistema gestor fechado à influência cidadã e por ter-se respaldado nas instituições públicas, conduziu à centralização e à concentração de poder institucional, contrário ao que estava em marcha, com exclusão da sociedade civil das decisões, do controle da administração, do financiamento das políticas públicas e por isto tendo de recorrer ao clientelismo para viver seus interesses, sistema com potencial para a corrupção que depois se transformou em um problema de grande dimensão e a ser resolvido para que a gestão e suas instâncias dessem conta da tarefa de proteção à vida no país.

Modificaram-se e ficaram mais complexos os problemas da sociedade brasileira nas décadas seguintes, com a contínua e crescente tendência mercantil de globalização, processo que assim tem sido definido por economistas e cientistas políticos: são as mudanças na estrutura da produção, nas relações trabalhistas, políticas e culturais capitalistas em plano mundial, as quais afetam as nações que estão situadas mais externamente no sistema (LUZ, 2000).

No início da década de 1980 reinicia-se o processo na direção do progresso, o que já era esperado. Este é promovido pela implosão do sistema fechado que existia e a descentralização promovida pela crise na saúde e previdência social, aproveitando e atualizando-se os níveis de humanização do projeto sanitário e desenvolvimentista, sendo construída a estratégia dos serviços locais de saúde que fora elaborada por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda nos anos 1970.

Como parte inicial dos novos ventos, advindos depois da implosão do sistema que ainda estava vigente, foram estruturadas na primeira metade dos anos 1980, as Ações Integradas de Saúde (AIS), com a concordância de prefeituras e

junto com a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), elas construíram o laboratório para a elaboração do SUS que foi apresentado em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, passando a saúde a ser vista como um direito de cidadania (LUZ, 2000).

Orientava-se agora a população civil, nas Conferências de Saúde Nacionais e Estaduais, na direção das políticas de universalização, hierarquização e acessibilidade dos serviços. Não mais o federalismo de outrora que no dizer de Gilberto Hochman (1993) era uma reunião de vinte pátrias, dominadas por três ou quatro Estados que de uma maneira oligárquica e centralizada, comandavam o país. Na década de 1920 a estrutura administrativa sobre o campo da saúde expande-se e centraliza-se (HOCHMAN, 1993).

A nova política agora, neste século XXI, é construtora de cidadanias. Esta política movimenta uma participação no planejamento e gestão dos serviços para o exercício do seu controle social. Essas propostas o Congresso Nacional aprovou em 1988, mobilizado como o foi, principalmente, por causa do envolvimento popular, que desta forma, garantiu a participação do controle social do cidadão em conselhos estaduais e municipais e transformou a questão da saúde dos cidadãos como a frente de todas as políticas públicas do país, o que produziria a descentralização e a desconcentração do poder institucional a favor da cidadania (LUZ, 2000).

A municipalização, em grande medida, foi uma responsabilidade do Governo Federal que se mantém como coordenador do processo de descentralização das políticas de saúde. No entanto, esta estratégia não aumentou a média de internações hospitalares nem diminuiu as desigualdades de acesso às políticas governamentais excessivamente centradas na doença. A estratégia administrativa não logrou sucesso. A ineficácia das regras de transferência de recursos financeiros para o pagamento dos serviços é considerada a responsável por falhas que ocorrem no sistema (ARRETCHE; MARQUES, 2007). No entanto, pouco se cogita na análise dos autores nas consequências do olhar voltado principalmente sobre a doença, na municipalização das políticas de saúde o que se constituiria em um novo e positivo vetor.

Apesar disto, há uma novidade aqui e que surge com a municipalização, é o empoderamento popular com objetivo político.

A força que condicionou as mudanças na direção do maior apoio aos sujeitos enfermos, como por exemplo, o sofrimento mental, produziu a crise na

estrutura de atendimento da saúde pública. Esta força foi constituída de: “Multidões de pobres continuamente jogadas nas ruas [...] pelo desemprego, pelo encarecimento, pela velhice sem amparo. São populações vistas como ‘descartáveis’ da moradia, pelas doenças” (LUZ, 2000, p. 303).

A autora do texto acima relata os desdobramentos das políticas econômicas sobre os sujeitos da urbe. Mas pode-se visualizar que estes também perfilam a força, construída com crise, condicionadora das mudanças em políticas de saúde, fundamentadas em três dimensões básicas da sociedade: o Estado, a sociedade, e o mercado. Temos ainda, no olhar sobre as políticas de saúde na urbe um ambiente político que procura privilegiar a construção física e não a social, parecendo que esta, a construção social, é tão somente atendida quando surgem demandas constituídas por necessidades populares prementes e epidemias, sendo marco para o surgimento das primeiras iniciativas estatais as epidemias de febre amarela e cólera de 1840 e 1850 no Brasil como assevera André Marques (1995), em seu artigo “Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento na cidade do Rio de Janeiro”.

Neste século XXI é outro, o sentido que se quer dar às políticas públicas de saúde: o compromisso dessas políticas, quando estão geridas pelo Estado, é o sentido da necessidade da justiça social, que está em constante redefinição, mas esta justiça social envolve sempre uma disputa em torno da origem e do volume dos recursos, que serão destinados a financiar a área social (COHN, 2006). Esta disputa traz à cena, os interesses de grupos que vem a se chocar com o compromisso das políticas gestoras: a justiça social que sustenta a vida. A força resultante deste choque, política gestora versus interesses de grupos, bem pouco promove estes ideais, absorvidos que são pelas forças laterais dos elementos em jogo, pois é um jogo! (IMMERGUT, 1966)

As políticas de saúde na área de Saúde Coletiva vieram estabelecer outro padrão, entre o sujeito e o objeto do conhecimento, que não é o mesmo da área das Ciências Biológicas e Exatas, sem deixar de se caracterizar como conhecimento científico. Estas políticas em saúde coletiva aprofundaram um conhecimento entre si mesmas e com o sujeito que delas necessita e terminaram apontando para uma grande complexidade que se estruturou em políticas públicas distintas (COHN, 2006), como:

- a) A que priorizou a organização dos serviços e do sistema de saúde;
- b) A que priorizou o impacto das sucessivas reformulações do sistema de saúde quanto à equidade da acessibilidade dos sujeitos usuários e à satisfação de suas necessidades básicas em saúde, como um direito de todos e dever do Estado (Constituição Federal, Art. 196).

Os estudos neste campo, as Políticas Públicas de Saúde, envolvem necessariamente a dimensão do exercício do poder (o Estado) assim como a racionalidade da organização, reorganização e prioridades propostas como possíveis às necessidades de saúde dos sujeitos, ao bem comum da sociedade e que deve ser responsabilidade do Estado.

Neste processo de empoderamento cidadão agora, grupos sociais podem defender prioridades na área da saúde com a construção processual de uma convivência que deveria ser a mais harmoniosa possível, entre as diferenças em jogo, mas não é. Estes grupos sociais, vivendo harmonia, poderiam conduzir a responsabilidade do Estado a vir se traduzir verdadeiramente na prioridade da sua política de saúde, em tomadas de decisões e na aproximação positivamente produtiva de representados e representantes. Foram então, com esta finalidade, estatuidos os Conselhos de Saúde para se alcançar estes resultados, com a constituição operacional gestora mais importante no Brasil assim como em qualquer outra nação, a saber: a Saúde Coletiva.

No Brasil foi escolhido e vige um sistema que é dito como sendo meritocrático e corporativista, um *mix* público privado que produz serviços de saúde e que é prevalente no sistema de saúde brasileiro (COHN, 2006, p. 225). O direito à saúde e aos benefícios sociais é meritocrático quando o acesso a ele se dá com a contribuição para um ou outro sistema de previdência social. O mérito é constituído por um tributo, vinculado à contribuição individual, à qual está vinculada à situação do sujeito no mercado de trabalho.

[...] O que se verifica é a presença de um sistema dual de proteção social: um subsistema de serviços sociais para quem tem acesso a renda, e um outro subsistema para que não tem acesso a nenhum tipo de renda, os pobres (COHN, 2006, p. 226)

Este sistema dual, como expõe Cohn (2006), vem em oposição ao sistema redistributivista que é mais equânime, mas no sistema dual visto acima, o Estado

que é provedor, também se opõe à sociedade e, portanto não é redistributivista e seus impostos não estão diretamente relacionados a um sistema como este, que permite a transferência de bem-estar de um modo equânime a todos. Conseqüentemente, o sistema ambíguo de proteção social visto no texto de Amélia Cohn (2006) é um modelo que gera uma segmentação entre aqueles que dele necessitam, tirando dos sujeitos usuários uma identidade comum e construindo segregação.

É um sistema que segmenta a população em dois grandes grupos: os sem renda ou de baixa renda para os quais o Estado provê e produz serviços de saúde básicos, e aqueles não pobres ou com algum poder de compra, que tem acesso aos serviços de saúde públicos estatais e/ou privados através de pagamentos ou da aquisição de seguros de saúde. Hoje, a realidade social tornou-se muito mais complexa e a sua diversidade é muito mais ampla. Ou seja, a expansão da cobertura da atenção primária em saúde não pode ser suficiente, a não ser que sejam contempladas também, as demais causas de morbimortalidade prevalentes na sociedade.

Há o fato de que a mortalidade infantil diminui no Brasil, mas o aumento da morbidade da violência neste início do século XXI gerou uma insegurança objetiva e subjetiva. A insegurança subjetiva promove no sujeito das urbes e no campo, por todo lugar, uma sensação angustiada que tem grande amplificação: a psicológica, a qual muito tem contribuído para o aumento da exclusão e segregação social.

Constrói-se assim, uma verdadeira roda de enfermidades, geradora de angústia no psiquismo dos sujeitos e que os enferma, roda que agora, quase que gira por si só, constantemente alimentada pelos elementos que a construíram, grande problema a ser solucionado pela gestão e seus partícipes deste jogo pela vida.

Esta violência e insegurança que atinge aos cidadãos, se transformou em uma das primeiras causas de mortalidade nos centros urbanos. A intimidade desta dinâmica revela que o adoecer se segue à atitude egóica que nasce no íntimo das criaturas, e que se exalta em contacto com todos os fatores carenciais capazes de fazer menor o status socioeconômico, resultando assim em doenças, pobreza (alimentação de má qualidade ou insuficiente, condições de vida insalubres), e mais o estado subjetivo de sentir-se pobre (SAPOLSKY, 2007).

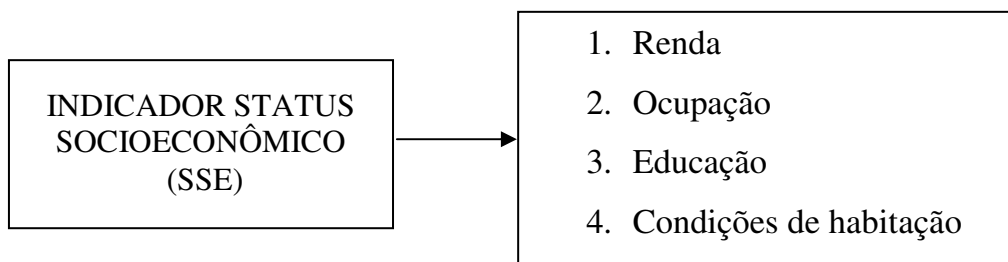


Diagrama 1 – Indicador Status Socioeconômico

Fonte: Sapolsky (2007)

Este indicador denominado status socioeconômico tem como variáveis a renda, a ocupação, a educação e as condições de habitação.

Quando este índice é menor, sugere em estatísticas, segundo Wilkinson (2001) que as referências: renda está mais desigual; a ocupação reflete diminuição ou ausência de emprego; a educação se vê diminuída pela pouca importância dada à uma educação de qualidade e; as condições de habitação em geral, são insalubres. Segundo as observações do autor, este índice relaciona-se estreitamente com a saúde e também com estas variáveis que se conectam ao meio ambiente social e às taxas de mortalidade. Cada uma destas referências, quando medidas, fala um pouco de como é, em qualquer lugar, a interação social em uma dada sociedade e o processo psicossocial pode ser um importante contribuidor ao gradiente social de saúde (WILKINSON, 2001, p. 20).

Ser economicamente pobre já é uma adversidade, mas é o fato de ter a condição de pobre sempre anunciada à sua frente o que provavelmente mais colabora para reduzir, no sujeito pobre, a sensação de controle sobre a sua própria vida. Há um agravamento das frustrações, por causa desta pobreza, intensificando o sentido de que tudo está piorando: núcleo urbano da dinâmica nociva da produção deste espaço – que são os processos sociais, que estruturam a formação de status socioeconômicos negativos, baseados neste indicador visto mais acima.

Com as novas e primeiras edificações do sistema de saúde brasileiro, apenas começaram a serem assimiladas pelo Estado, sociedade e mercado, as diversas fatias da oferta e dos provimentos nos serviços de saúde para a população. Uma destas fatias é a promoção de formas de inclusão social, de diminuição da exclusão e a contribuição na construção de um ambiente político que *não* mais venha a privilegiar, como diz Marques (1995) tão somente a construção física e não

a social, quando então será possível mudar o ambiente necessário à vida, nas urbes e no interior, não sendo mais necessário que a construção social venha a ser atendida tão somente quando surgirem demandas populares ou epidemias. “[...] para que grandes contingentes de nossa sociedade, excluídos do mercado de trabalho e do acesso a fontes regulares de renda para sua subsistência, sejam incluídos e participem da vida social” (COHN, 2006, p. 237).

A autora corrobora a visão de que a inclusão social deve ser a tônica das políticas de saúde, atentando para a dimensão social destas e ratificando a posição de Marques (1995) quanto à construção física das cidades ser privilegiada em relação à dimensão social. No entanto, apesar de tudo, com todas estas dificuldades, movimenta-se positivamente a política de saúde no Brasil em dois pontos principais:

1. Desde 1988 a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (Constituição Federal de 1988), impedindo assim a construção de um Estado minimalista nesta área, que é tão a gosto, isto é, desejado, pelas agencias financeiras internacionais multilaterais, cartilha neoliberal clássica, um dos fatores de construção de poderosos grupos de interesse que participam deste jogo, um *mix* no Brasil que culminou com o principal programa de saúde em desenvolvimento, que é o Programa Saúde da Família, visando a construção do respeito aos princípios de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde.
2. Surge uma mudança no perfil da lógica do financiamento no caso do Programa Saúde da Família (PSF) com o Governo Federal Brasileiro repassando recursos para Estados e Municípios, a partir de um cálculo baseado na cobertura redistributiva dos recursos, segundo as necessidades de saúde da população e não segundo a produção de serviços de atendimento, uma das maiores relevâncias do Programa Saúde da Família (COHN, 2006), que tem em seu Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre cinco especialidades profissionais, a Homeopatia (BRASIL, 2007).

O campo da saúde coletiva, em geral, é o foco político dos governos pelo mundo. Foi com a estimulação da temática da saúde coletiva que surgiram em

outros países as políticas de proteção social. Elas vêm a ser, necessariamente resultantes de acordos que tenham como base sentimentos de solidariedade social, entre empresários e trabalhadores. Assim estas resultantes apontam para serviços de saúde e de assistência médica ofertados, independentemente das condições socioeconômicas dos usuários, isto é, tendo todos os sujeitos o mesmo acesso ao mesmo padrão de serviço de saúde, *ai* o dever e o direito constitucional.

Uma força resultante não é a única em seu processo formador, têm-se também forças secundárias, laterais. Observa-se sob a metáfora das forças resultantes principal e secundárias, que os países desenvolveram modelos diversos em Saúde Coletiva. Alguns são tidos como universais e redistributivistas, que é o modelo prevalente na Suécia, na Dinamarca e na Inglaterra sendo que esta última ainda vem incorporando de forma crescente a prestação de serviços privados, ao seu sistema de saúde (COHN, 2006). Aqui ainda, temos o *jogo*, sempre presente.

Estes modelos são também, obstaculizados pelos *lobbies* corporativos, que testemunham, quando chega a sua vez de jogar, a força articulada dos grupos de interesse, principalmente dos médicos, como mostram os exemplos dos sistemas de saúde da França e da Suíça. No primeiro, políticas sociais importantes só foram alcançadas por ter o presidente Charles De Gaulle, um herói de França, ignorando o Poder Legislativo, contrário a sua política, fez uso de decretos leis. No Brasil situação semelhante acontece.

Quanto à Suíça, esta se vê com freio aplicado nos potenciais de mudança, pelas ameaças de plebiscito pelo Poder Legislativo. Para estes plebiscitos, comparecem apenas 40% dos eleitores dos diversos cantões, sendo o resultado da consulta pública, a opinião apenas dos eleitores dos cantões mais próximos e contrários à proposta do plebiscito, ou seja, quem comparece são aqueles que não serão beneficiados pelas demandas e então o resultado será quase sempre, contra as demandas do Executivo (IMMERGUT, 1996).

Nos Estados Unidos, foi construído um modelo chamado de residual (COHN, 2006) e neste o Estado se ocupa somente dos sujeitos mais pobres e a situação de carente, tem de ser comprovada, para poderem receber os serviços e benefícios sociais deste sistema.

As políticas de saúde, quer na sua formulação, quer na sua implementação, se configuram como processos complexos de jogos de interesses múltiplos existentes na sociedade, de confronto de representações sobre o que vem a ser as necessidades e as demandas de saúde da população, ou dos seus

distintos segmentos socioeconômicos, e particularmente do que vem a ser a qualidade de vida compatível com a manutenção das condições de saúde da população (COHN, 2006, p. 244).

São jogos de interesse, como é possível observar neste texto acima, de Amélia Cohn (2006) que manipulam o embate entre a demanda popular, as necessidades de saúde da população e a ação gestora. A ação deve assentar-se visando a promoção da saúde, a proteção e a recuperação dos sujeitos enfermos, com acesso igualitário e universal na redução dos riscos de doença e de outros agravos assim como deve voltar-se a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, essencial à sadia qualidade de vida, como encontramos na Constituição Federal do Brasil, em seus artigos 196 e 225.

Nesse processo interagem redes de interesses, de demandas, de representações e de valores permanentemente em disputa, tendo por base sólidos interesses econômicos já configurados ao longo do tempo, quer no interior do próprio setor da saúde, quer no que diz respeito às necessidades de investimento em determinadas áreas sociais tidas como prioritárias em determinados momentos para se levar avante determinados projetos econômicos da sociedade [...] embora todos falem em saúde e educação como dois setores-chave para o desenvolvimento do País (COHN, 2006, p. 244).

Amélia Cohn (2006) também configura as políticas de saúde a jogos de interesses múltiplos, como o fez Ellen Immergut (1996). Estas autoras colocaram o foco nas disputas políticas permanentes em volta de interesses econômicos, posicionados até dentro da rede responsável pela gestão aonde eles se infiltram cada vez mais, no afã de alcançarem seus objetivos terceirizados, verdadeiramente alugados por interesses não ligados aos setores chave para o desenvolvimento do país, a saúde e a educação. Mais ainda, finaliza Amélia Cohn (2006, p. 245) em seu texto sobre políticas de saúde, na tentativa de valorizar e despertar o Estado para esta infiltração, asseverando que:

É o Estado a única instância da sociedade que detém os instrumentos legítimos e competentes para redistribuir de forma efetiva as riquezas socialmente produzidas, dentre elas “a atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado (COHN, 2006, p. 245)

Com todos os esforços encetados na realização de novos paradigmas nas instituições o projeto do Estado ainda é o da saúde pública, tendo como modelo de médico o cientista Oswaldo Cruz. Este projeto é marcado pela gripe espanhola de

1818 e pelo ressurgimento da febre amarela de 1928. O seu objetivo é combater as endemias e as epidemias. Este modelo inaugura a organização da saúde em moldes científicos, tendo por base a bacteriologia, a microbiologia e as ações com respeito à imunização por vacinas. Mas é em São Paulo, por força de sua vocação industrial, que surgiram os primeiros empreendimentos de higiene pública visando a manutenção da força de trabalho brasileira.

Os eventos importantes ocorridos no Brasil para a evolução dos acontecimentos em saúde pública e que se destacam são:

1. A criação do Ministério da Saúde, em 1953;
2. A expansão do SESP nos anos 1950;
3. A criação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960;
4. A unificação dos Institutos de Previdência em 1967;
5. Os anos 1960 e 1970, a partir de 1964, até 1974, serão caracterizados por um Estado centralizador e burocratizado, apoiado por um regime fortemente autoritário;
6. A redemocratização foi o trabalho da metade dos anos 70;
7. Em 1986, com a presença de cerca de 4.000 participantes, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde que propunha a organização do Sistema Único de Saúde;
8. Em 1988 se promulga a nova Constituição Federal;
9. Em 1987, é aprovado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), pelo qual todas as pessoas passariam a ter atendimento nos ambulatórios da rede básica e nos hospitais públicos e conveniados. A construção do SUS está em processo;
10. Em 1992, na IX Conferência Nacional de Saúde, os princípios fundamentais da Constituição Federal de 1988 são reafirmados.

O que se pretende ao recuperar estas datas é a aceitação de que a medicina no Brasil, assim como em qualquer parte do mundo, é um campo de conhecimento e resulta dos desenvolvimentos históricos e intelectuais da modernização do século XXI, das crises vividas ao longo do desenvolvimento desta cronologia.

Henry Lefebvre (2004) constata o valor das crises como motor do mérito nas questões da construção das Políticas Públicas em Saúde, assim como na

estruturação de qualquer política no seio da humanidade. A zona de crise surge e se aproxima do homem, envolvendo-o cada vez que ocorre o processo evolutivo que visa a civilização completa (LEFEBVRE, 2004). Constata-se também a presença dos grupos de interesse fortalecidos e em pugna com os governos e mais a presença do mercado, desejoso de ocupar o centro das questões, ocupando os espaços. As dificuldades, ou crises, construídas no processo evolutivo, têm ajudado na construção das boas causas que surgem representando seu tempo. Assim é com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, modelo para toda a América Latina, representa um movimento ideológico a partir da crítica da prática médica quanto à:

1. Ineficiência desta prática;
2. Especialização crescente da medicina;
3. Educação médica;
4. Compreensão de que qualquer doença ou condição mórbida é o resultado de um processo;
5. Compreensão de que o processo que leva ao adoecer evolui como um resultado de causas múltiplas, ou seja, é pluricausal (AROUCA, 1973).

Mostra-se ineficiente a prática médica, pela constatação do aumento de enfermos crônicos a terem a sadia qualidade de suas vidas diminuída. Esta ineficiência ocorre pela centralização do cuidado médico apenas na intervenção terapêutica sobre órgãos doentes, resultando em descuido na prevenção das ocorrências, na intervenção social, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento.

A especialização médica crescente fez com que o sujeito enfermo fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas e assim perdeu-se completamente a noção de sua totalidade e integralidade. Isto propiciou o desenvolvimento de uma prática médica, basicamente instrumental com o concomitante desaparecimento do humanismo médico.

Encontra-se a educação médica dominada pela ideologia curativa. Ela forma assim, profissionais que não atendem as necessidades de atenção médica das comunidades. É um problema que se agrava nos países sub-desenvolvidos, que formam médicos segundo padrões dos países desenvolvidos, portanto, estranhos ao seu próprio meio social (AROUCA, 1873).

O adoecer vem junto com mais ou menos uma série de eventos, que ocorrem no ambiente e no homem. O adoecimento constitui-se em um processo até que o indivíduo afetado retorne ao normal, atinja um estado de equilíbrio com a doença, ou morra. É um processo natural, isto é, tem relação com a reação das forças naturais da vida que no intuito de promoverem a recuperação da harmonia do homem doente, podem conduzi-lo a mais sofrimentos ou até ao óbito na tentativa de curá-lo.

Nas enfermidades agudas, quando não assistidas, pode-se ver o sujeito enfermo recuperando plenamente a saúde na maioria dos casos, ou encaminhando-se para o óbito o que constitui a própria definição de doença aguda.

Pode adoecer cronicamente o sujeito que, ficando enfermo, vem a ter uma qualidade de vida cada vez menor dentro de uma dinâmica patológica constitucional, um processo também com características de inibição e/ou, proliferação e/ou destruição de sua constituição como ser vivo biológico, psicológico e social, reações todas à influências diversas, sendo as mais importantes as que provém do meio ambiente quando este constrói dificuldades para a vida.

Doença não é, pois, uma condição estática, mas é a resultante de um processo dinâmico que segue uma história natural e que é multicausal, envolvendo fatores sociais, mentais e físicos ou biológicos (AROUCA, 1973).

É a própria força do dinamismo deste processo que instituiu uma mudança na transformação da atitude médica em geral, para com o paciente, para com sua família e a comunidade. É uma transformação também, a compreensão da missão médica de alcançar para todos um estado de saúde e para se cumprir esta finalidade, ou se alcançar este objetivo, o médico há de ser um trabalhador social no sentido mais amplo do termo (AROUCA, 1973), perspectiva de integralidade do ser, que é vivida em sua práxis pela Homeopatia, já compreendida em sua importância para as finalidades da Saúde Coletiva, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o SUS, nas Conferências Nacionais de Saúde.

2 O SUS E A HOMEOPATIA

A história dos serviços de saúde no Brasil desenvolveu-se com a formulação de lógicas as mais diferenciadas umas das outras. Foram lógicas surgidas desde o modelo caritativo autônomo das Santas Casas de Misericórdia até os modelos de asilo estatizado dos hospitais de tuberculose, psiquiatria e hanseníase, os modelos previdenciários que construíram os hospitais dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), contando ainda com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), assim como pelo modelo sanitarista da antiga Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). São siglas como INPS, INAMPS, SESP, IPASE, IAPI, e outras, que fizeram parte da vida dos brasileiros, jazem nas memórias deste povo que as relembram com sentimentos vários.

A lógica recente, que é o desafio do sistema de saúde em curso no Brasil, encontra-se encimada por uma nova sigla de três letras, que já faz parte do imaginário brasileiro: SUS. Esta sigla traz como novidade, a descentralização do sistema de processo da gestão da saúde, descentralização que fez surgirem novas possibilidades, de vez que os três entes federados, o governo federal, estadual e os municípios, devem agora assumir, por construção constitucional, a melhora da saúde do povo brasileiro, de forma solidária, considerando-se aí, nesta solidariedade, e isto é importante, a pluralidade de contextos individuais, a pluralidade de causas enfermantes, nocivas à saúde e que são produzidas pelas urbes e vividas pelos sujeitos nos municípios e regiões deste país. Este processo de gestão vai qualificando-se na medida em que, for conseguindo dominar toda uma complexidade e conceitos⁹, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo que veio a ser chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), órgão do Ministério da Saúde do Brasil.

Herdeiro de práticas institucionais marcadas pelas compras de serviços da iniciativa privada, orientadas pelo interesse e pelo perfil da oferta das mesmas, o SUS, o desafio, é a tentativa de redirecionar esse quadro redimensionando o sistema para as reais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006c).

Ele rompe com dificuldades que se constituíam também em uma herança de velhos modelos hierárquicos e estanques, não solidários federativamente e

⁹ Doente/Doença-Enfermo/Enfermidade- Sanitarismo-Integralidade- Meio ambiente-Saúde.

principalmente, não solidários ao sujeito enfermo, e tendo como foco, para o adoecimento uma causa única, uma bactéria, por exemplo, e assim, são repetidos os tempos dos miasmistas¹⁰, ou das concepções miasmistas vividas na Europa, no Brasil e no mundo, tempo que foi vivenciado no século XVIII e na virada do século XIX, quando estes miasmistas se depararam com a cólera, a febre amarela e outras epidemias.

Agora, considerando a pluricausalidade no enfermar, apontando o meio ambiente como o fator mais importante na construção de um povo doente, construiu-se um foco que possibilita adentrar na integralidade do sujeito enfermo na urbe, o seu estilo de vida, alcançando assim esta questão, o respeito e a compreensão necessária à situação do ser humano quando vive dor.

Estruturou-se um novo trato com o sujeito das cidades, com a noção de pertencimento ou "empoderamento"¹¹ dos mesmos, possibilitando a construção de um sistema que contempla ampla participação social e a cogestão, os estratégicos "espaços de acertos" entre gestores, fortalecendo o papel das comissões intergestoras, das quais faz parte agora a sociedade, vividas estas comissões, em todos os níveis deste sistema, que olha para uma nova etapa: ampliar e consolidar os espaços regionais de gestão.

Os passos encetados não constituem uma receita para uma atividade essencialmente assistencialista, caritativa, é outro nível de assunção de um compromisso constitucional que prevê que o Estado como um todo federativo, os Estados e os Municípios, além do poder Executivo Federal, isto é, o *Poder Público*¹², tem um dever a cumprir quanto a esta questão, a Saúde, com "S" maiúsculo, direito de todos, tendo que cuidar dos agravos produzidos pelas urbes, tornando universais pelo comprometimento criado pela Constituição Federal, as ações promocionais e serviços, que promovem, recuperam e protegem a saúde do sujeito enfermo nas urbes do Brasil e que vem a se constituir no artigo 198 em um sistema único de saúde, com a diretriz de ser descentralizado, tendo por direção única a gestão pertinente à área brasileira interessada, isto é, os Municípios deste país. É um processo político complexo, reformista e que se origina como movimento sanitário,

¹⁰ Miasmistas: acreditavam que as doenças tinham como causa, eflúvios deletérios transportados pelo ar.

¹¹ Empoderamento: Empowerment em inglês. Significa dar poder ou autoridade, obter mais controle sobre a própria vida ou sobre as situações em que vivem as pessoas – Dicionário Aurélio.

¹² Ver a Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 196.

nas primeiras medidas que visaram saúde coletiva, e que foram empreendidas por Edwin Chadwick¹³, na Londres dos tempos do cólera, como está apresentado no capítulo 4^o desta dissertação.

A fundamentação legal do SUS é encontrada na Constituição Federal de 1988, nas constituições estaduais e dos municípios, a partir das Leis Federais n^{os} 8.080 e 8.142, sancionadas em 1990. Por cima de sua base legal, assenta-se o SUS em um Termo de Compromisso de Gestão Municipal que formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões pela vida e de gestão, com princípios doutrinários, os quais não são passíveis de pactuação¹⁴ e que devem orientar as ações de todo município, a saber: a universalidade, a integralidade e a equidade da saúde (BRASIL, 2006b, p. 20).

A **universalidade** da saúde é um dos princípios previstos na Constituição Federal de 1988, art. 189; Lei n^o 8.080, de 19 de setembro de 1990 (art. 7). Significa que o sistema de saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.

O exercício deste princípio traz a perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema público de saúde, da vacina à cirurgia mais complexa, alterando uma situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 535.)

A **integralidade**, outro princípio doutrinário fundamental da gestão do SUS, garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de Saúde. Também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade promovendo inserção social e não um recorte de ações ou enfermidades (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 147), orientando este princípio a expansão e a qualificação das ações e serviços de saúde do SUS.

As responsabilidades gerais do SUS são:

¹³ **Edwin Chadwick** (24 de janeiro de 1800–6 de Julho de 1890) foi um reformador social inglês, notado por seu trabalho de reformar e melhorar as condições sanitárias e a saúde pública na Inglaterra.

¹⁴ Não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo município. (Brasil. Regulamentos dos pactos pela vida e de gestão, 2006. Termo de Compromisso de Gestão Municipal, cláusula 2^a, §5^o).

1. Pela integralidade da atenção à saúde de todas as pessoas de um dado município, atenção à saúde que deve ser exercida de modo solidário com o estado e a União.
2. A garantia da integralidade das ações de saúde prestadas que devem se realizar de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de:
 - a. Promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;
 - b. Ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências (BRASIL, 2006b, p. 20)

A **equidade** em saúde é a igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos (Brasil, 2006d, p. 108). Equidade justifica a prioridade na oferta de ações e serviços às pessoas que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer, trazendo harmonia à desigualdade existente, na distribuição de renda, bens e serviços.

Todo município deve promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais (BRASIL, 2006b, p. 20).

A conformação do setor de saúde é determinada por acumulações históricas de demandas sociais que são alçadas ao nível de questões sociais, transformando necessidades percebidas por sujeitos ou grupos, em políticas adotadas pelos Estados nacionais, na forma de políticas públicas permanentes. A este respeito, está descrita no quarto capítulo¹⁵ deste trabalho, toda a força política do terror da cólera ao invadir as urbes e provocar ondas de cadáveres em tão pouco tempo, como aconteceu no Rio de Janeiro e no Pará, encontrando os gestores sem saberem de sua causa, prevenção ou tratamento.

Como no caso da Alemanha que em 1831 foi invadida pelo cólera, coube aos homeopatas o seu anúncio e adoção de medidas médicas que se mostraram exitosas devido tanto ao tratamento bem sucedido, quanto a sua prevenção. Além disso, o fundador da Homeopatia aproximou-se da verdadeira causa desta

¹⁵ Ver capítulo IV, pág. 21.

enfermidade, o que ficou demonstrado nos textos por ele editados nesta época e descritos no quarto capítulo¹⁶.

Já no tempo em que a epidemia do cólera assolou a Província do Grão Pará, os enfermos construíram um verdadeiro acerto com aqueles que tratavam os enfermos com remédios homeopáticos. Aqueles que representavam a medicina tradicional eram vistos ligados ao poder gestor que construiu nestes tempos, motivos de cautela e temor¹⁷.

Foi desta forma que a Homeopatia foi introduzida, com as crises, como uma terapia que atendia naquele momento histórico, a uma demanda de política pública de saúde.

Todo esse ordenamento constitucional e político se encontrava diante de um quadro sanitário catastrófico. As chamadas endemias rurais, como a de 1910, não eram priorizadas na agenda política do país, a não ser nos foros especializados, como a Academia Nacional de Medicina (ANM) e o Instituto Oswaldo Cruz, e numa florescente imprensa médica. De um modo geral, apenas em situações de crise sanitária, como na ocorrência de epidemias urbanas, o tema da saúde ganhava espaço na tribuna da Câmara Federal ou numa Mensagem Presidencial (HOCHMAN, 1993, p. 8).

O texto acima de Gilberto Hochman (1993) repete a constatação de que as crises, como a sanitária, movimentam o Estado para o seu papel constitucional, papel que se anunciava, ao toque das demandas do sofrimento popular que tornavam públicas e nacionais as medidas voltadas à preservação da saúde.

O quadro paraense do sofrimento com o Cholera morbus em 1855, foi registrado por um artista plástico. Este registro pictórico embasa este estudo de políticas públicas por trazer um testemunho em cores da saúde como direito de todos e dever do Estado como se lê no Art. 196 da Constituição Federativa do Brasil¹⁸.

Este quadro revela uma ação política do Vice-Presidente da Província do Grão Pará na época. Ele retrata o sofrimento de sujeitos enfermos na cidade de Cametá, no Pará, e traz para o século XXI a sensibilidade política do pintor sobre fatos que certamente contribuíram pela humanização do processo de fazer saúde pública, humanização que construiu o SUS depois de ter alcançado o Congresso

¹⁶ Ver capítulo IV, pág. 11.

¹⁷ Ver capítulo IV.

¹⁸ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitários às ações e serviços para sua promoção e recuperação (BRASIL, 20087).

Nacional, quando aprova o artigo 196 da Constituição Federal. É a força das epidemias.

Pode-se ver na tela pintada a óleo (Figura 1) por Constantino Pedro Chaves da Motta (1820-1899) e que se encontra em um museu público no Município de Cametá, no Pará, denominada *Cholera morbus*, o Vice-Presidente da Província do Grão Pará em 1855, Sr. Ângelo Custódio Corrêa que é retratado tentando atender à demanda da epidemia na cidade de Cametá, ouvindo os coléricos que imploravam por sua saúde.

Motta executou esta obra, que teve as despesas pagas pela Assembléia Provincial, em 15 de agosto de 1858. É um painel que tem por assunto a dedicação do Vice-Presidente da Província que viajou para Cametá para encontrar-se com a população desta cidade, representando a tela em questão, Ângelo Custódio e sua comitiva chegando aos barrancos do porto de Cametá, sendo recebido pelo povo doente e desesperado e pelas autoridades. Nesta visita, como símbolo maior, ele próprio tornou-se vítima da epidemia que assolava a Colônia e veio a falecer (FARIAS, 2007).



Figura 1: *Cholera morbus*. Óleo sobre tela, 230 x 381 cm (Constantino Pedro Chaves da Motta, 1855)

Foto: Marcos Seteagall

Na obra (Figura 1) fica dúbia a questão: Ângelo chegava ou saía? (FARIAS, 2007)¹⁹:

Pelo que a pintura vista mais acima expõe, ao construir subjetivamente outra ideia, contrária à ideia da Assembléia Legislativa da Província ao encomendar a pintura, fez desta um quadro mal cuidado e deixado por lá, ao abandono. Esta obra documenta a ausência de qualquer interesse do Estado na mitigação da epidemia. A população contava com ninguém. A ausência do Estado era a presença mais marcante nesses tempos do cólera.

O sujeito das urbes tem agora o SUS e a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde que define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território procurando oferecer a equidade de acesso às ações e serviços em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2006c). É um passo enorme falar de equidade, integralidade e universalidade. Ainda assim se vai mais adiante, tocados pelo *repensar* evolucionista e se fala em humanização da atenção à saúde e se desenvolve uma discriminação positiva (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 535) na tentativa de diminuir toda distinção, exclusão ou preferência fundamentada em raça, cor, sexo, religião, opinião política, ou que tenha tido origem na ascendência nacional, ou origem social, ou que tenha por efeito anular, ou alterar a igualdade das oportunidades, ou de tratamento no emprego e na ocupação.

A discriminação positiva justifica a prioridade no acesso às ações e serviços de saúde aos sujeitos vivendo exclusões e segregações resultantes da desigualdade de renda.

Assim, neste ritmo da exposição, daquilo que resultou do *repensar*, dos acontecimentos nas crises, tem-se a humanização na atenção à saúde:

É valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação

¹⁹ O foco, sob os pés de Ângelo Custódio, que se estende desde a criança morta próxima da figura feminina desesperada (mãe?) a dirigir-se ao político cametaense, até a criança a se esgueirar por detrás da saia de uma outra figura feminina (parente, mucama?). O segundo, da esquerda para a direita, compreendido pelo grupo que assiste aos últimos momentos de um homem que agoniza. O terceiro e o quarto na seqüência da contra curva, da direita para esquerda, pontos que apresentam corpos caídos e, finalmente, o último, bem ao longe, representado por uma embarcação que parece ser uma espécie de início da narrativa em seqüência para a cena que se congelou. Não fosse esse recurso de composição para estabelecer o tempo narrativo, diríamos que ao invés de estar chegando aos barrancos da cidade de Cametá, Ângelo Custódio estaria saindo dos mesmos, o que seria, do ponto de vista semiótico, negativo para a honraria dedicada ao político (FARIAS, 2007).

sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.)... Diz respeito a uma proposta ética, estética e política.

- a) Ética: porque implica mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados;
- b) Estética: porque é relativa ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas;
- c) Política: porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede do SUS (BRASIL, 2006d, p. 140)

Este olhar em direção à dimensão subjetiva da qual fala o texto em destaque, vê, ou melhor, dizendo, percebe a intenção no enfermar. Esta intenção no enfermar, inúmeras vezes surge com um poder destrutivo, alcança a urbe e suas consequências produzindo *zonas de crise* (LEFEBVRE, 2004) como o incremento da violência urbana da qual, só se poderá chegar perto de suas causas específicas colocando em relevo, descobrindo as modalidades individuais, existentes nos sujeitos da cidade. Dizer isto é considerar estes sujeitos com a integralidade que os caracterizam e singularizam como seres humanos, biopsicosociais, vivendo um ambiente urbano em *zona de crise* (LEFEBVRE, 2004), todos com sua história pessoal e um contexto, o seu entorno. Esta descoberta e relevo poderão ser alcançados com o acolhimento, (e pela Homeopatia) que é proposto no âmbito do SUS a propósito da humanização, a todos os sujeitos da urbe.

A dimensão subjetiva dos sujeitos enfermos da urbe, já vinha sendo estudada pela Homeopatia desde que as experiências puras, as patogenesias, com medicamentos em homens sadios, trouxeram à tona sintomas, experimentalmente provocados, os quais, relacionados a sintomas do psiquismo dos enfermos, passaram, esses sintomas, a servir de referência para o diagnóstico dos remédios homeopáticos, como curativos dos seus sofrimentos e para a construção do motivo holístico homeopático, exposto quando Samuel Hahnemann (1810) no parágrafo 9 do *Organon da Homeopatia*,²⁰ em 1810 compõe a sua ideia de homem sadio, referida no capítulo três. Todas as dimensões subjetivas das pessoas contém um mundo de informações a serem cuidadas e até educadas.

Nesta subjetividade, saúde e doença refletem as interações entre os sujeitos da urbe e o meio ambiente (WILKINSON, 2001), levando-os a destruir ou

²⁰ Em condições de saúde do homem, a força vital espiritual (autocracia), o dínamo que anima o corpo material (organismo), regula com ilimitado poder, e retém todas as partes do organismo em admirável, harmônica, operação vital, assim como a respeito de ambas, as sensações e funções, tanto que nossa mente dotada de razão pode livremente, empregar este instrumento vivo e sadio, para as mais elevadas finalidades de nossa existência (HAHNEMANN, 1810, p. 98).

construí-lo, a viverem desgosto ou contentamento. É a chave para a descoberta dos motivos das dificuldades maiores vividas nas urbes, isto é, nos contextos pessoais, do que é conseqüente ou não, no que pensam, falam e fazem, nas atitudes das pessoas que sofrem e que a pesquisa que acompanha este trabalho, deitará o seu olhar.

Em Homeopatia a pesquisa patogenética (pathos, doença e genética, gênese) para o aumento do conhecimento sobre os medicamentos, não é realizada em animais. É feita em humanos sadios, com a finalidade de produzir sintomas artificiais, experimentais, que são registrados pelo próprio experimentador que tomou a substância medicinal e que durante as suas relações com outras pessoas na urbe ou consigo mesmo, vão sendo anotados, são os sintomas físicos ou psíquicos que vão surgindo. É uma verdadeira pesquisa antropológica etnográfica, esta da Homeopatia no estudo patogenético dos medicamentos, descobrindo o curativo através do que é menor, milimétrico, não percebido pela maioria e que se encontra na subjetividade das pessoas da urbe. Esta subjetividade, que singulariza, distingue o enfermo de outros, e individualiza-o, conduz o homeopata ao encontro de um medicamento que por ser capaz de provocar a mesma subjetividade em um sujeito de experimentação, irá curar aquele sujeito enfermo. São elementos que para serem encontrados, precisam ser garimpados, lapidados, para enfim serem observados. São pedras preciosas!

Impõe-se a Homeopatia também como um grupo de interesse (IMMERGUT, 1996), que pressiona a gestão e a construção das políticas públicas em saúde, que construiu os seus alicerces fundamentais, seu núcleo rígido (LAKATOS; MUSGRAVE, 1970, p. 91-195) na lei da similitude, e na experimentação em homem são.

A Homeopatia encontrou o seu crescimento nos excelentes resultados dos tratamentos homeopáticos alcançados quando das crises epidêmicas vividas pelos sujeitos das urbes na virada do século XIX e nos sem número de enfermos agudos e crônicos curados e melhorados em vários países. Encadeiam-se agora, os resultados deste esforço, conseqüentes ao *repensar* nos acontecimentos, nos seguintes frutos de justiça:

1. Em 1977 a Homeopatia passa a ser reconhecida pelo Conselho Federal de Farmácia, como especialidade farmacêutica;

2. Em 1979 foi constituída a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB);
3. Ainda em 1977 a Homeopatia foi reconhecida pela Associação Médica do Brasil (AMB);
4. Em 1980 foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
5. Em 1990 a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB) passa a fazer parte do Conselho de Especialidades Médicas da Associação Médica do Brasil. Desde então a AMHB realiza anualmente prova para título de especialista em homeopatia, em convênio com a AMB/CFM;
6. Em 1990 foi fundada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas;
7. Em 1977 A assembléia Geral da OMS aconselhou a utilização das práticas não convencionais de saúde a partir do ano de 2000 em todos os países (Resolução 30.49 de 1977);
8. Em Julho de 1983 a Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará considerou a Associação Médica Paraense de Homeopatia (AMPH) como sua federada e seu Departamento de Homeopatia. Esta Associação (AMPH) ainda é, no Estado do Pará, a sociedade homeopática federada da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), e esta por sua vez é a sociedade homeopática federada nacional da Associação Médica do Brasil (AMB); Os demais Estados da Federação, em datas distintas, também tem associações federadas da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB).
9. Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde recomendou a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida;
10. A X Conferência Nacional de Saúde determinou no item 286.12: - incorporar no SUS, em todo o país, as práticas de saúde como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares;

11. A Constituição Brasileira de 1988 estabelece a incorporação das medicinas alternativas como recursos terapêuticos válidos e elegíveis como direito de cidadania;
12. Em 1988 fixaram-se as primeiras diretrizes para a implantação do atendimento médico homeopático nos serviços públicos e para a implantação da prática homeopática nas unidades federadas do SUS:

Em 1988, pela Resolução nº 4 de 1988, a Ciplan²¹ fixou normas para o atendimento em Homeopatia nos serviços públicos de Saúde. Com a criação do SUS, o processo de implantação da Homeopatia nos serviços públicos de Saúde avançou. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em Homeopatia, identificado desde sua inserção como procedimento consulta médica em Homeopatia na tabela do SAI/SUS em 1999 [...] Atualmente, o Ministério da Saúde financia a consulta médica em Homeopatia pela tabela de produção ambulatorial (Brasil, 2006d, p. 137).

13. Em 2003 constituíram grupos de trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) no SUS, sendo a atual Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), estando a Homeopatia entre estas práticas.
14. Por ocasião da 12ª Conferência Nacional de Saúde foi feita em plenário uma moção que recebeu o nº 21 e assim foi redigida:

O plenário da XIIª Conferência Nacional de Saúde aprova o apoio à implantação oficial da Homeopatia no Sistema Único de Saúde e no Programa Saúde da Família, tendo em vista a convergência de princípios entre essa ciência e a visão integradora e holística necessária à saúde pública e individual, seu alto índice de resolubilidade e a reedição de custos que sua implantação representa para o sistema. Os governos Federal, Estaduais e Municipais devem garantir recursos humanos, materiais e financeiros específicos para sua efetiva implantação e para a realização de pesquisas na área e estabelecer uma política de fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos para os usuários que optarem por essa terapêutica (BRASIL, 2003, p. 187).

15. O Ministério da Saúde, em Nota Técnica 20/2007 do CONASS/Prógestores, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de 27 de agosto de 2007, constituindo os seus núcleos de atendimento:

Os núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e atuarão em parceria com os

²¹ Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação.

profissionais das equipes de Saúde da Família, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Os núcleos são compostos por no mínimo cinco profissionais, definidos pelos gestores municipais, dentre as seguintes ocupações: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2007, p. 2).

16. No ano de 2007, formalizou-se em Belém, o Instituto de Estudo e Pesquisa em Homeopatia “Samuel Hahnemann,” oferecendo cursos de Homeopatia e um ambulatório para atendimento em gratuidade, herdeiro das atividades da Sociedade Homeopática Beneficente do Pará (SHBP), que existiu por oito anos e que vivia exclusivamente a gratuidade aos enfermos em suas atividades.

As abordagens incluídas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) concebem o sujeito na sua dimensão global e o singularizam quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde, além de atuarem na prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, além de incorporar diferentes saberes e práticas de saúde, a inter-relação de saberes e a interdisciplinaridade que caracterizará o século XXI, o que permitirá futuramente, a ampliação da abordagem no processo de entendimento das dimensões de saúde e adoecimento dos sujeitos e das coletividades (SAMPAIO; BONFIM, 2007).

As singularidades subjetivas, quando individualizam o sujeito enfermo, descobrem quando estudadas, fenômenos pessoais, individuais e únicos, que têm sua força motriz em vários temas ou transtornos que surgem por: raiva, ódio, desaponto amoroso, quebra financeira, medos diversos, pavor, tendências para o suicídio, desejos de roubar e matar, constituindo uma história de vida própria de sujeitos que estão sofrendo e conseqüentemente influenciando negativamente a urbe com suas atitudes moduladas pelo que sofrem. E assim como necessitamos de mais hospitais, surge também a necessidade de presídios e mais cadeias a testemunhar um dos aspectos da negação da saúde.

Foi alcançada uma compreensão melhor dos fenômenos mais íntimos do tecido social intra-urbano, na observação dos sujeitos, encontrados quase sempre doentes, o que não quer dizer tão somente, pessoas na cama. Valorizando esta

informação como chave, abrem-se as portas da cura ou da melhora de seus males, sem a fragmentação reducionista e hegemônica, com que costumam serem os atendimentos.

O ser doente, seja animal inferior ou o próprio homem, vem vivendo há muito um processo de exclusão e/ou segregação na base de seu sofrer. A existência deste processo tem gerado enormes desigualdades econômicas e sociais, caracterizando de um modo óbvio a *negação da saúde*. Devem ser salientados os êxitos até aqui alcançados, na construção dos direitos dos sujeitos das urbes e até mesmo no desenvolvimento da Medicina e do Direito como disciplinas, que hoje como ontem tem de se mostrar facilitadoras, para o homem no mundo, de passagens para níveis evolutivos mais altos, como um grande encadeamento (WILBER, 1982) que une a todos os sujeitos de todas as urbes e que o mercado tem obstado (BRASIL, 2003).

As dificuldades vividas pelos sujeitos das urbes exaltam a angústia de viver e levam-nos a adotar, um modo polarizado de ser nas suas atitudes em relação com a urbe. Sensações de incapacidade e fragilidade atormentam-nos e com o individualismo exaltado, seja pela angústia, seja pelo empoderamento que tem sido estimulado: – Crescem ações autocráticas, ditatoriais, agressivas e covardes ou vem a fuga, ou o avançar, se destrói, mata-se, comete-se o suicídio. Daí porque o processo da sociedade urbana ainda não consegue chegar à urbanização completa, está até muito longe dela pelo estado cronicamente doente dos sujeitos do drama urbano, como resultado de carências importantes, pois se constata: a existência de melhor qualidade de vida afasta as doenças.

A prevenção da enfermidade e a manutenção da saúde passam a ter ligação com as melhorias na qualidade de vida proporcionadas, entre outras coisas, pela diminuição da desnutrição, pelo acesso a moradias adequadas e pelo exercício de um trabalho físico e mentalmente menos desgastante. Portanto, os homens adoecem e morrem desigualmente por pertencerem a uma e não a outra classe social, por exercerem diferentes ocupações, por se vincularem a esse ou aquele setor econômico, por compartilharem culturas ou sub-culturas distintas, etc. Por tudo isso é que correm riscos desiguais de adoecer e de morrer (MACHADO, 2004, p. 63).

São as carências de bens materiais e aquelas outras resultantes da modernidade, que exaltam as suscetibilidades individuais, sustentação da desarmonia da vida, do adoecer. As primeiras, ligadas à falta de bens materiais, alteram a imunidade, deixando o sujeito do drama padecer e se enfraquecer com doenças infecto-contagiosas repetidas. Daí o óbito infantil, ou em qualquer idade. As

segundas, resultantes da modernidade, o predispõe a adoecer de diabetes, doenças cardiocirculatórias e nervosas, das glândulas endócrinas, colagenoses, câncer. Assim ficam, principalmente, os adultos e idosos, quando não até as crianças.

O espaço e o tempo deste processo de segregação conformam-se nestas atitudes psíquicas e alterações somáticas descritas que desequilibrando a vitalidade expressam-se através de sinais e sintomas físicos e/ou psíquicos.

Assim, a saúde, a doença e a cura, como expressões da dinâmica da vida, apresentam interfaces de estudos que são desenvolvidas para tecer explicações e compreensão desta dinâmica, processo que usa saberes diversos que testemunham formas diversas destas interfaces.

Para compreender esta dinâmica, o século XXI está a exigir interdisciplinaridade, a reunião de saberes que venham a facilitar a compreensão da tendência instintiva do fenômeno vivo a persistir existindo, o sujeito das urbes. Existem formulações biológicas, que se transformaram em padrão hegemônico, sem querer reconhecer a existência nesta dinâmica de outros padrões como o social, o antropológico, a Homeopatia.

A restrição do foco biológico para explicar a vida, como padrão hegemônico, resultou na escassez de pesquisas sobre os impactos da urbanização sobre a saúde e nos insuficientes investimentos que viessem a minimizar estes impactos.

A pesquisa nesta dissertação procurou demonstrar nos sujeitos enfermos da pesquisa, uma cura mais abrangente, a cura antropológica²², a cura do sujeito enfermo e conseqüentemente de sua doença (ROSEBAUN, 2004). Este uma vez curado poderá posicionar-se de um modo que difere de antes, ou seja, tendo uma atitude mais harmoniosa frente a suas dificuldades, na relação com o meio ambiente urbano.

Ao curar o homem doente, isto é, ao ser promovido o seu reequilíbrio como ser integral psicofísico, dotado de vitalidade e com seu entorno ligado a uma história social e econômica, a sua história, age a terapêutica homeopática promovendo uma melhora intrínseca, e que flui centrifugamente, de dentro para fora, na melhora da qualidade de sua vida, daí a sua importância para o desenvolvimento da urbe e a escolha da metodologia para esta perspectiva poder ser apreciada como uma cura

²² Cura antropológica: O sujeito enfermo cura-se primeiro e depois a sua doença. A cura acontece de um modo integral, não é só a sua doença que cura, mas o enfermo que se cura e esta acontece segundo padrões que a testificarão. Estes padrões são apresentados no texto do capítulo primeiro.

antropológica. Nessa direção a Homeopatia consegue convergir saberes, pois tem como elemento fundante de seus princípios, a cura do homem. Não vê apenas a doença tão somente do ponto de vista biomédico, mas incorpora ao saber homeopático o conhecimento biomédico e também aqueles dos elementos que induzem as desarmonias da vitalidade como as alterações psíquicas frente à dinâmica nociva das urbes e que passam a ser expressas por meio de sintomas físicos, psíquicos, gerais e/ou locais.

Estes sintomas são a expressão de um processo vital que em Homeopatia foi denominado de *Miasmas* (HAHNEMANN, 1828), a mesma denominação dada ao que os médicos do tempo do fundador da Homeopatia acreditavam ser a causa das enfermidades, porém, sem ter este nome, a conotação de ar contaminado ou ruim, uma conotação desta palavra com a sua etimologia grega “mancha”, tendo uma relação com aquilo que passou a ser conhecido como a predisposição individual para adoecer, *causa fundamental* do adoecimento, verdadeira estação da desarmonia vital, na qual os sujeitos que vivem a urbe *explodem*, gerando a descontinuidade urbana que leva ao repensar dos valores empregados (LEFEBVRE, 2004).

Assim, aflora o ensejo para o aparecimento de novos elementos que irão designar a tendência para a formação da sociedade urbana completa, *um objeto virtual* (LEFEBVRE, 2004), mas que pode ser possível, ou real.

A observação da dinâmica urbana em seu estágio atual faz pensar em gestação, não no parto, e nem no nascimento. Esta dinâmica está impondo sofrimentos que levam ao *repensar* da vida e à vida, à necessidade de serem vivenciadas *decisivamente* as problemáticas urbanas, daí o Sistema Único de Saúde, colocando em primeiro plano, a busca das soluções e as modalidades ou peculiaridades próprias à sociedade urbana, à plenitude da vida, uma *revolução urbana*. Esta revolução, não é armada (LEFEBVRE, 2004), ainda não se vê, mas infelizmente a prioridade que ainda tem armado os sujeitos da urbe é outra: são os interesses pessoais de cada um, no trato com o urbano.

O adoecer acompanha a atitude egóica dos sujeitos e faz parte da dinâmica urbana, que nasce no íntimo das criaturas, pois, *não pode surgir de outra fonte*. Este individualismo é forjado na rota civilizatória ocidental que tem vivido o capitalismo e na livre escolha daqueles que se afastam do revolucionário urbano, que para Lefebvre (2004) são sujeitos sem armas, mas que vivem a transformação da

sociedade contemporânea, como Samuel Hahnemann fundando a Homeopatia, por que neles a problemática urbana prevalece decisivamente e em primeiro plano, acima de si mesmos, na procura das soluções e das modalidades próprias à sociedade urbana (LEFEBVRE, 2004).

Esta atitude exalta-se em contato com todos os fatores carenciais capazes de fazer menor o status socioeconômico resultando em doenças, pobreza (alimentação de má qualidade ou insuficiente, condições de vida insalubres), e mais o estado subjetivo de sentir-se pobre²³ (SAPOLSKY, 2007).

São valores como condições de qualidade de vida negativa, que trazem a diferenciação às áreas residenciais nas cidades brasileiras que testemunham a existência de diversos grupos sociais separados, construindo-se o fenômeno da segregação residencial étnica, um dos problemas urbanos resultando este processo, sinteticamente explicando, em *fragmentação do tecido sociopolítico*.

Nos casos citados, a Homeopatia valoriza os agentes de stress psicossocial. Sabe-se que eles não são distribuídos de forma igual pela sociedade e os pobres têm uma quota desproporcional deste stress. Assim observamos carências culturais e materiais que, dependentes das suscetibilidades específicas nos sujeitos das urbes, criam uma grande diversidade de sofrimentos que não melhoram nem curam com medidas públicas coletivas que ignorem a diversidade, o individual, o sujeito e por isto geram desperdícios e ineficácia (MACHADO, 2004).

²³ Na estruturação do indicador de status socioeconômicos negativos se adiciona ainda, em nosso país, a força de inércia da liberdade, que os negros conquistaram formalmente, sem a devida melhoria do status socioeconômico dos afro-descendentes que aqui vivem, além da presença de outros grupos oprimidos, como os indígenas, principalmente na região Norte.

3 A VIA DA HOMEOPATIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O êxito de uma nova via de tratamento, a Homeopatia, tornou-se público, quando a cólera invadiu o continente europeu em 1831, para depois alastrar-se pelo mundo e chegar ao Brasil e ao Pará. A medicina desconhecia sua causa, como preveni-la e como tratar aos enfermos.

A medicina aprendeu, com as grandes epidemias que assolaram os continentes e o Brasil, no passado. Aperfeiçoou-se o setor das práticas de políticas públicas, a duras penas, com a lentidão diretamente proporcional ao nível de consciência daqueles que viveram as lideranças a ponto de o “*repensar*”²⁴ da saúde de maneira ampliada vir a ser, portanto, uma tarefa do final dos anos 1970” (CAMPOS et al., 2006, p. 25).

3.1 DA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE DOENÇA

Tamayo (1988) estudando o conceito de estar enfermo apresenta os terapeutas do Antigo Egito Imperial²⁵ construindo a existência de um agente etiológico o qual foi chamado de *whdw*. Diziam os egípcios que este agente era existente nas fezes contidas nos intestinos e que passava para a circulação sanguínea pelas paredes dos intestinos, causando todas as doenças e também a putrefação dos cadáveres (TAMAYO, 1988). As consequências deste conhecimento foram os tratamentos de enfermos e até mesmo, tentativas de manutenção da saúde com o uso e abuso de lavagens intestinais e no caso dos embalsamamentos, a retirada dos intestinos dos cadáveres. O fio desta ideia mais à frente, alimentou os raciocínios dos terapeutas da Idade Média, que no afã de eliminar o que fazia o *corpo* do homem adoecer e tentando imitar a natureza em suas ações exoneradoras como os suores, as diarreias e vômitos aliviadores, passavam a usar e abusar de medicamentos que faziam suar, sangrar, os purgativos e vomitórios. As dores eram aliviadas com sangrias repetidas e com grande êxito, retirava-se a força do

²⁴ O *repensar*, do autor desta frase na p. 25 da obra de Campos et al. (2006), “Tratado de saúde coletiva” ajuda o autor deste trabalho a direcionar o raciocínio para Lefebvre que em sua obra “Revolução urbana” explicita um *repensar*, que emerge das zonas de crise vivida na urbe conduzindo a urbe a viver mais próxima da ideia da civilização completa, uma idéia virtual. O sublinhado do *repensar* da frase é do autor desta dissertação.

²⁵ Antigo Egito Imperial – Civilização que existiu no Egito por volta de 4500 a. C.

organismo vivo e até o gemer desaparecia. Desenvolveu-se assim a necessidade dos estudos de anatomia, fisiologia, patologia e do diagnóstico para se descobrir e remover do interior desconhecido do *corpo doente* aquilo que deixava o homem enfermo, culminando esta procura na Homeopatia, a resposta terapêutica de uma época (PRIVEN, 2005) e que trazia em sua hermenêutica todo um modo de ver o sujeito enfermo que mais tarde ajudaria a estrutura e o apontar das medidas tomadas para a promoção da saúde, tanto sociais quanto médicas a fim de mitigar os efeitos nocivos da urbe sobre os sujeitos que a vivem.

Assevera ainda aquele autor, no continuísmo daquele fio de ideia, que continua sendo vivido até os tempos modernos, em uma analogia com os procedimentos terapêuticos instrumentalizados de um modo diferente, que:

De fato, quando o médico do século XVIII receitava aplicações de enemas ou de sanguessugas no tratamento da pneumonia, o fazia dentro do mesmo esquema teórico que o doutor do século XX, quando prescreve antibióticos para o mesmo processo infeccioso. Em ambos os casos, apesar de sua separação de dois séculos o conceito de enfermidade é essencialmente o mesmo (TAMAYO, 1988, v. II, p. 65)

O surgimento da Homeopatia foi fruto do *repensar* dos valores que se tinha durante as crises por que passou a humanidade. Foi fundada em 1796, como uma nova práxis médica-terapêutica, que certamente também concorreu para ajudar o *repensar* de novos valores para o futuro, pressionando com os resultados do labor de sua prática os sujeitos que faziam e fazem a política de saúde, aqueles que construíram o Direito Ambiental, a Medicina Social e as novas Políticas Públicas. No cuidar dos sujeitos doentes tem contribuído a Homeopatia no próprio enfoque da humanização dos recursos para a promoção da saúde integral, o seu *leit motif*.²⁶

O caminho para a saúde integral tem sido um processo com altos e baixos, idas e vindas, *repensado* desde os tempos em que, no Antigo Egito Imperial, a medicina mágico-sacerdotal, em sua transição para a medicina empírico-racional, colocava sob os holofotes a ideia de um princípio etiológico básico aderido às matérias fecais no intestino, o *whdw*, que é mencionado nos papiros de Berlim e de

²⁶ *Leit motif* – esta frase tem sido usada por extensão para significar qualquer tipo de tema recorrente, seja na música, literatura ou a vida de um caráter ficcional ou pessoa real. Tem etimologia germânica e francesa.

Ebers²⁷, e que foram encontrados aos pés de Anúbis²⁸, em Letópolis.²⁹ Este princípio etiológico³⁰, quando absorvido, asseveravam os egípcios, passava para o sangue e o coagulava, o destruía (TAMAYO, 1988).

Para os antigos egípcios, o *whdw* era o responsável pela decomposição dos cadáveres e pela supuração patológica, que são manifestações de destruição orgânica. A crença de que as fezes continham substâncias tóxicas para o organismo e de que estas podiam ser absorvidas e causar doenças é a primeira interpretação da enfermidade como um fenômeno natural e remonta aos antigos egípcios.

A profilaxia deste antigo fator etiológico dos egípcios da Antiguidade era realizada com lavagens intestinais continuadas e, posteriormente, no mundo ocidental, com os conselhos de Galeno³¹, incrementou-se o uso das sangrias, com o objetivo de libertá-los de qualquer *whdw* que estivesse sendo formado em suas matérias fecais (TAMAYO, 1988).

Esta teoria teve como sua sucessora nos tempos modernos a teoria da estase intestinal crônica³² e da auto-intoxicação a partir do intestino com Metchnikoff,³³ disfarçando-se com a linguagem científica dos finais do século XX (TAMAYO, 1988). Este processo, assim sintetizado, resultou em que: a atenção à saúde no Brasil segue profundamente marcada pela racionalidade médica de mercado e intensamente medicalizada levou a um conhecimento do órgão alterado do doente, mas não ao enfermo. A lógica é a realização de procedimentos, centrado nos hospitais e que maximiza a tecnologia (AROUCA, 1973).

A evolução da práxis médica tem tido uma progressiva tendência em ir alcançando níveis cada vez mais holísticos, no qual cada nível transcende o anterior, mas inclui seus predecessores, quando úteis para o homem, e o ponto

²⁷ Papiro de Berlim e Ebers: O maior e o mais importante dos textos médicos do antigo Egito. Foi encontrado em Tebas-1862, traduzido por **Ebell**, em 1875 e publicado por **George Ebers** em 1889. Atualmente, encontra-se no Museu de Leipzig na Alemanha.

²⁸ Anubis: É uma das mais antigas divindades da mitologia egípcia. É o antigo deus egípcio da morte.

²⁹ Letópolis: Cidade egípcia antiga localizada a 13 km a nordeste do Cairo, é o local da antiga cidade egípcia de Khem. Os gregos chamavam-na de Letópolis.

³⁰ Etiológico: fator causal demonstrado de um modo objetivo, concreto.

³¹ GALENO, médico grego nascido em Pérgamo, viveu durante o século II d. C. Seus escritos foram os mais volumosos e enciclopédicos de toda a Antiguidade. Suas teorias médicas foram as mais populares e as mais generalizadas da Idade Média.

³² Estase intestinal crônica: longa permanência das fezes no intestino, sem ser evacuada.

³³ Ilya Ilich Mechnikov, médico russo que recebeu em 1908 o Prêmio Nobel em medicina por sua descoberta sobre a fagocitose dos organismos amebianos que veio a ser uma parte fundamental da resposta imune.

central da evolução é que esta efetivamente segue a Grande Cadeia³⁴, iniciando-se no nível mais baixo e culminando no mais alto (WILBER, 1982), do mesmo modo como nos assevera Lefebvre ao sustentar que a descontinuidade, propiciada pela zona de crise e pelo repensar dos valores, traz subjacente um continuísmo do saber antigo, que permanece (LEFEBVRE, 2004).

Neste mesmo sentido, as diferentes terapias, sejam elas orientais ou ocidentais, não tratam o ser humano por diferentes ângulos, elas buscam fazer análises de diferentes níveis do sujeito por diferentes ângulos e, portanto, tornam-se largamente complementares e não contraditórias, daí afirmar Wilber (1982), que o século XXI será o século da interdisciplinaridade, com cada disciplina ofertando um quantum de verdade ao contexto que estuda a saúde do sujeito nas urbes, desaparecendo então o risco da onipotência, próprio da unidisciplinaridade, admitindo-se em teoria e prática que o ser humano é constituído de espírito e de corpo e que as totalidades sociais se fundamentam na realidade biológica dos corpos, integrando-se as interfaces que estudam o homem são e o doente em uma área conjunta nas estratégias políticas, de gestão, de diagnósticos e de terapêuticas, para se estudar e curar o homem como ser integral (CAMPOS, 2006, p. 203). Estas ideias correlacionam-se também com o que escreveu Minayo, no artigo “Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde”:

A conclusão a que chegamos baseados nas descobertas de Lévi-Strauss e de Marcel Mauss é de que precisamos aproximar e valorizar as mais variadas interpretações do fenômeno saúde/doença. Uma vez que todas as formas de conhecimento têm racionalidade, todos os sistemas terapêuticos possuem valor intrínseco. E, em consequência, estudos empíricos e comparativos contribuem para problematizar a hegemonia do modelo biomédico de duas formas: quando ele se coloca para a sociedade como “a verdade”, ou a “única verdade” para o setor; e quando menospreza o saber e a experiência do paciente como se ali não houvesse nenhuma “verdade”. Dessa forma no seu encontro com a medicina, a saúde pública e a epidemiologia, a antropologia vem colaborando para mostrar o valor do conhecimento que nasce da experiência e da vivência. Por isso ressalta que é preciso problematizar o papel das técnicas de diagnóstico e de tratamento ante as razões objetivas e subjetivas de todos os sujeitos envolvidos na produção e na reprodução dos cuidados (CAMPOS, 2006 apud MINAYO, 2006, p. 193).

³⁴ Grande cadeia – encadeamento do desenvolvimento do ser, movendo-se do seu degrau inferior para o degrau supremo. Processo dinâmico de movimento hierárquico por estágios conscienciais evolutivos da matéria para o corpo, para a mente, para a alma, para o espírito.

Não havendo uma racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico de seu exercício (CAMPOS, 2006 apud MINAYO, 2006, p. 194), repousa na sabedoria do terapeuta, na hora do *acolhimento* do enfermo (ao humanizar o enfermo é assim que se deve dizer, acolhimento e não mais consulta), a decisão entre a práxis mecanicista (organicista)³⁵ ou vitalista³⁶ (JUNG, 1984). Errar esta escolha, mecanicismo ou vitalismo, é não produzir a esperada mobilização do organismo enfermo capaz de curar ou melhorar, nem estimular a construção de um novo equilíbrio para o organismo do sujeito enfermo.

3.2 DA CONSTRUÇÃO EM PROL DA SAÚDE

Na atualidade, vive-se outra realidade na outra ponta dos ideais conceituais quanto à saúde. Desenvolvem-se novos e belos modos de ver o sujeito na urbe. Quando temos o sujeito enfermo, especificam-se novas relações que tentam humanizá-lo, mas a prática ainda está longe destas especificações.

Postergam-se os fatores econômicos, sociais, culturais e subjetivos na construção das enfermidades e na promoção da saúde, reduzindo esses fenômenos apenas a entidades ou processos biológicos (CAMPOS, 2006 apud MINAYO, 2006, p. 201).

Vive-se na prática, uma situação ainda fortemente organicista, como no passado, e quanto às instituições “Em qualquer que seja a situação, é importante destacar que, quando a explicação da doença não contempla o social, as soluções aventadas deixam intocada a estrutura social determinante de doença” (MACHADO, 2004, p. 64).

O que já tem mudado é resultante do *repensar* sobre os exemplos dos sofrimentos vividos por todos, no mundo todo, e de sacrifício de alguns por iluminar o plano das ideias.

³⁵ Organicismo ou mecanicismo: modo de leitura do fenômeno vivo que é dissecado em suas partes constituintes tidas como um mecanismo de relógio. Nesta leitura se diz que a parte alterada é que deixa o homem doente.

³⁶ Vitalismo: modo de leitura do fenômeno vivo que é estudado como um todo indissociado de suas partes. Nesta leitura se diz que é por estar o todo alterado que suas partes se alteram.

Assim se movimentou o pensamento da gestão política e os princípios do direito ambiental em prol da saúde, o objetivo maior que consagrou a ordem jurídica nesta matéria.

Contextualizando as políticas de saúde no Brasil, este trabalho começa pelo conceito de saúde de Samuel Hahnemann, citado logo abaixo. Este conceito é o trilha do labor homeopático quanto à definição do estado de estar doente. Os esforços para viver os ensinamentos da Homeopatia, no ato médico, certamente contribuíram com a evolução dos contextos das políticas de saúde em nosso país.

Samuel Hahnemann (1755 a 1843), o fundador da Homeopatia, em 1810 escreveu em seu *Organon da Arte de Curar*:

No estado de saúde, a força vital imaterial que dinamicamente anima o corpo material (organismo), reina com poder ilimitado e 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 aos mais altos fins de nossa existência (HAHNEMANN, 1810, § 9).

Ficou registrada, neste texto, a elevada ideia sobre a integralidade da saúde que fazia Hahnemann em seu tempo. Este conceito é atualíssimo hoje em dia. Ele registra, a existência de um dinamismo e da presença da força vital, de harmonia nas sensações e funções, de liberdade como um respeito a direitos mútuos e de atitudes equânimes, harmoniosas, voltadas para a transcendência da vida, quando em saúde. Esta é a mira conceitual feita sobre o sujeito da urbe, o núcleo desta citação de Hahnemann e sustentada pelos homeopatas desde a fundação da Homeopatia em 1796.

Os fatores presentes no texto acima destacado, como: harmonia e equanimidade, a transcendência do ser, são fatores que interferem positivamente na saúde e na vida dos sujeitos na cidade. Estes fatores devem, por seu valor positivo, ser procurados e vividos por todos, assim como pelos médicos, nos seus enfermos, apresentando-se como indispensáveis a uma *Revolução urbana* (LEFEBVRE, 2004) geradora de mudanças positivas no meio ambiente urbano.

3.3 A SAÚDE E O MEIO AMBIENTE

A inserção oficial de novas terapêuticas em nosso país, como a Homeopatia, pode ser assim, associada a ações originadas por um movimento ambientalista que começou ainda nos anos setenta do século passado, período no qual como já foi afirmado, foi a saúde repensada de um modo mais ampliado. (CAMPOS, 2006).

A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, reunida em Estocolmo de 5 a 16 de junho de 1972, criou um documento internacional, conjunto de intenções reunidas em forma de Declarações de Direito entre Estados signatários. Este documento tentou desenvolver critérios e princípios comuns, que ofereciam aos povos do mundo a inspiração e guia para preservar e melhorar o meio ambiente humano. Em seu princípio primeiro também fala de liberdade, como este trabalho a compreende. Diz:

O homem tem o direito fundamental à liberdade, à igualdade e ao desfrute de condições de vida adequadas em um meio ambiente de qualidade tal que lhe permita levar uma vida digna e gozar de bem-estar, tendo a solene obrigação de proteger e melhorar o meio ambiente para as gerações presentes e futuras. A este respeito, as políticas que promovem ou perpetuam o apartheid, a segregação racial, a discriminação, a opressão colonial e outras formas de opressão e de dominação estrangeira são condenadas e devem ser eliminadas (NAÇÕES UNIDAS, 1972).

É a correlação entre saúde e meio ambiente mundialmente detectada. No Brasil, também já se começava a perceber, lentamente, o que entravava o desenvolvimento das urbes como as políticas excludentes e segregacionistas que criam desigualdades entre as pessoas, aumentando padrões de adoecimento que estas declarações denunciavam e que caracteriza um adoecer que tem como motivo principal a condição socioeconômica negativa, a vida em pobreza econômica por carências materiais e/ou sociais. De um modo diverso estas políticas excludentes e segregacionistas afetam no Brasil até mesmo a maioria da população de uma cidade e este problema se apresenta por exemplo, na América do Norte, ligado a grupos minoritários. Assim, quando uma maioria não dispõe dos meios materiais para sobreviver e é segregada ou excluída, a saúde de muitos sujeitos certamente se desequilibrará.

A 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, na Conferência Internacional de Cuidados

Primários em Saúde, foi feita a Declaração de Alma-Ata, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde: “[...] expressando a necessidade de ações urgentes de todos os governos, trabalhadores e comunidade mundial para protegerem e promoverem a saúde de todas as pessoas do mundo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Em seu artigo primeiro, esta declaração afirma que:

A Conferência reafirma com toda a força que a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, é um direito humano fundamental e que a sua realização do mais alto nível de saúde possível é a meta social mais importante de todo o mundo para cuja realização se requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos em adição ao setor da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Em seu terceiro artigo diz que:

O desenvolvimento econômico e social, baseado em uma Nova Ordem Econômica Internacional, é de importância básica para a maior realização da saúde para todos e para a redução do espaço entre o status de saúde das cidades desenvolvidas e em desenvolvimento. A promoção e proteção da saúde das pessoas são essenciais para sustentar o desenvolvimento econômico e social e contribuem para melhorar a qualidade de vida e a paz no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Observa-se, com esta leitura, que a saúde não é só importante, como também é *essencial, para o desenvolvimento econômico e social. A interdependência da saúde com estes fatores vem a melhorar a qualidade de vida e a paz no mundo* como diz o texto mais acima. Do que então se infere, *é o principal problema do Brasil.*

Desta leitura pode-se imaginar ver toda a pressão dos homeopatas e vitalistas sobre os constituintes, pois a Constituição Federativa do Brasil assevera uma nova óptica no conceito de saúde: não é só a ausência de doenças ou enfermidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), *aludindo à atitude pouco sã ou quase nada, de muitos.*

3.4 A VIA DA HOMEOPATIA

Em 1980, em reunião realizada no auditório da Associação Paulista de Medicina, o Presidente do Conselho Federal de Medicina naquele ano, Dr. Pedro Kassab, anunciava a inclusão da Homeopatia no rol de especialidades médicas. Foi também aprovado nesta época, pela Associação Médica do Brasil e pelo Ministério de Educação e Cultura, o Curso de Especialização em Homeopatia para médicos. São as pressões da política dos homeopatas produzindo em zona de crise o *repensar* dos valores, retomando então o conceito de crise apresentado por Lefebvre (2004).

Em 1985, celebra-se um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o *Instituto Hahnemanniano do Brasil*, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, deliberou em seu relatório final, a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida. Observa-se aí a pressão dos homeopatas sobre os constituintes quando trataram desta questão e daqueles que conhecem seu discurso vitalista. Dão importância a este enfoque vitalista no trato com os doentes e em 1988 surge a nova revisão da Constituição Federativa do Brasil que em seu Capítulo II da Ordem Social, Seção II, artigo 196 promulga que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em seu artigo 225 lê-se:

Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Também a Constituição Federal correlaciona qualidade vida, saúde e meio ambiente em um *repensar* da vida urbana, das políticas urbanas e da saúde e entre os atos de políticas públicas que promoveram a saúde e a humanização no Brasil,

pode ser usada como referência maior a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde Humaniza SUS, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, recentemente publicadas em documentos do Ministério da Saúde.

Esta tendência recebeu maior ênfase principalmente a partir de 5 de junho de 1972 com a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, reunida em Estocolmo.

Esta evolução normativa é um processo no qual se criam as condições para o desenvolvimento humano, com dignidade, com as condições socioeconômicas adequadas, com o meio ambiente e a saúde que se precisa ter. São todas condições interdependentes e que constituem o entorno de cada sujeito na urbe, aonde ele se movimenta e constrói sua história.

4 UMA SINGULARIDADE NA HISTÓRIA DA MEDICINA: SAMUEL HAHNEMANN E A HOMEOPATIA

A Homeopatia foi a resposta aos problemas médicos existentes na virada do século XIX e relacionados com a terapêutica médica daqueles tempos. Os problemas que existiam eram resultantes da dinâmica do contexto que era vivido, o qual se referia ao processo evolutivo ligado às vicissitudes dos sujeitos nas urbes, sendo este contexto colocado sob a luz junto com a Homeopatia e seu fundador, como uma parte do processo da dinâmica de uma época.

As primeiras páginas deste capítulo apresentam Samuel Hahnemann, o fundador da homeopatia, de acordo com o ponto de vista da literatura histórica que é defensora clássica da história da Homeopatia, pois há diferenças entre os historiadores que defendem a homeopatia, para com as perspectivas dos historiadores positivistas tradicionais da medicina³⁷ e que se esforçam por ignorá-la.

Friedrick Christian Samuel Hahnemann tem a história de sua vida confundida com a história da Homeopatia sendo uma tradição habitual e assumida dos autores homeopáticos, desenvolverem a história da Homeopatia com uma íntima vinculação às vicissitudes biográficas de seu fundador. “Segundo Roberto Jutte³⁸, essa atitude acompanhou o nascimento da nova disciplina, motivada pela necessidade de defender o sistema neonato dos embates infantidas do *establishment*³⁹ médico da época” (PRIVEN, 2005, p. 16).

4.1 UM MÉDICO DE SEU TEMPO

Samuel Hahnemann foi um médico de seu tempo, pelo simples fato de ter compartilhado as preocupações fundamentais de sua época, como mostra a fundação da Homeopatia (PRIVEN, 2005).

³⁷ Em “The medical world of the eighteenth century”, Lester S. King, historiador positivista tradicional da história da medicina, exprime para com a homeopatia sentimentos, e não ideias, de profunda rejeição sem a avaliação de seu mérito.

³⁸ JÜTTE, R. The historiography of non conventional medicine in Germany: a concise overview. **Medical History**, p. 344-349.

³⁹ Sistema governante, hegemônico.

Esta surge a partir de uma atitude racional, experimental, e da necessidade vivida pelas pessoas em seu tempo, de uma arte médica, que aliviasse o sofrimento aos enfermos, que tirasse a medicina do caos que se materializava nas cidades.

Durante a tradução do Tratado de Matéria Médica do médico escocês William Cullen (1770), ele refletia sobre a explicação dada por este, para a causa do efeito curativo da China, em febres intermitentes como a malária.

A China officinalis é uma substância medicinal extraída da casca da quina, largamente usada em febres. O quinino, usado para curar enfermos com certos tipos de malária, é obtido da China.

A escolha da quina na obra de Cullen, não foi acidental. Por volta de 1790 havia um “problema da quina,” nas tentativas de explicação e de compreensão de sua ação curativa: a quina era amarga e no esquema galênico⁴⁰ ela tinha uma ação quente, mas ela era febrífuga, o que era inadmissível. Também a teoria galênica explicava que as febres se deviam à contaminação dos humores pela ação do miasma (ar ruim) e sendo a contaminação pelo ar não havia doenças nem medicamentos específicos. A iatroquímica⁴¹ dizia que a quina agia por uma fermentação febril e a iatrofísica⁴² dizia que ela facilitava o fluxo sanguíneo. Neste tempo o outro problema é que se compreendiam as febres como um estado com calafrio, calor e aceleração do pulso (PRIVEN, 2005).

Constatava-se sem explicar como, que a quina provocava aumento do calor nas pessoas sadias e no entanto curava a febre, pelo que Boerhaave⁴³ a considerava um remédio da natureza para tratar de complicações da febre.

Stahl⁴⁴ afirmava que a febre era expressão da *vis medicatrix naturæ* ou via medicinal natural do organismo, a febre era o testemunho desta força, assim como todos os outros sintomas.

⁴⁰ Esquema galênico: Eram os ensinamentos de Galeno mais as adições da tradição médica árabe, introduzidas por Avicenas.

⁴¹ Iatroquímica: Explica a causa das doenças como devidas a alterações na química do corpo humano.

⁴² Iatrofísica: Explica a causa das doenças como devidas a alterações físicas do corpo humano.

⁴³ Hermann Boerhaave (1668-1738) Foi professor em Leyden, na Holanda. Era chamado de preceptor de toda a Europa. Criou um método pedagógico, seguindo as diretrizes de Hipócrates e Sydenham, fundamentado na observação clínica, na evolução da doença e nos achados anatomopatológicos, desprezando as especulações teóricas vigentes na época. Seu método de ensino serviu de modelo a outras escolas européias desprezando as especulações teóricas vigentes na época. Seu método de ensino serviu de modelo a outras escolas européias.

⁴⁴ George Ernst Stahl (1660-1734). Propôs a teoria flogística da combustão em 1697.

Cullen⁴⁵ por seu vitalismo, afirmava que um poder nervoso causava e organizava a vida e assim os medicamentos agiam por seu intermédio e que o centro da rede orgânica era o estômago e que os medicamentos deviam sua ação ao seu efeito neste órgão. Acrescentava ainda Cullen, que por ser a quina uma substância amarga, ela tonificava o estômago e assim curava o doente. Ele apresentava razões para a ação curativa da China no doente com estas febres, explicações que não convenceram Hahnemann (PRIVEN, 2005).

Naquele momento, ele já tinha uma hipótese prévia à execução de sua experimentação e assim esperava que esta produzisse em seu organismo (humano são) uma forma de febre. Em seu tempo já se sabia que algumas substâncias como o café (*Coffea arábica*), pimenta (*Piper nigrum*), arnica (*Arnica montana*), fava de santo Inácio (*Ignatia amara*) e o arsênico, curavam sujeitos com febre, porque eram capazes de provocar febre nos seres humanos saudáveis (PRIVEN, 2005) e ainda mais claras lhe vinham à mente as explicações de Hipócrates, médico grego do período de 360-400 a. C., quando este enunciou o princípio *Similia Similibus Curentur*⁴⁶, fruto da observação, de que o Heleborus nas ingestões acidentais desta substância provocava um tipo de diarreia semelhante à da cólera e, o mesmo Heléborus, quando era dado a um enfermo com diarreia que fosse semelhante às que ele provocava curava-o. Lembrou de Paracelsus⁴⁷ que no século XIV tentou entronizar este princípio em terapêutica como sendo a teoria das Assinaturas⁴⁸.

Havia também toda a sua contestação à medicina e terapêutica praticada em seu tempo, uma procura por recursos verdadeiros para curar os enfermos. Escrevendo a Hufeland, um médico eminente e que em todas as partes era estimado, expôs sua dificuldade em aceitar o sistema médico tradicional.

⁴⁵ William Cullen, médico escocês, estudando sua matéria médica, Hahnemann fez anotações sobre a ação antifebril da quina, ligando-a ao fato de produzir febre em humanos sadios.

⁴⁶ Os semelhantes curam-se pelos seus semelhantes - Princípio da similitude ou lei da semelhança: um medicamento experimentado em um sujeito são, desenvolve sintomas e este mesmo medicamento será capaz de curar sintomas semelhantes, quando estes estiverem presentes em um sujeito enfermo.

⁴⁷ Paracelsus: (1493–1541) Philippus Aureolus Theophrastus Bombast von Hohenheim, suíço-alemão produziu o primeiro manual de cirurgia, *Die kleine chirurgia* (1528). Fez a melhor descrição até então registrada da sífilis e assegurou que a doença podia ser curada com doses de mercúrio (1530). Descobriu que a doença dos mineiros era silicose e não castigo divino, como se acreditava, e enunciou alguns dos princípios que seriam resgatados no século XIX por Hahnemann, fundador da Homeopatia.

⁴⁸ Assinaturas: Teoria que ensina que as características morfológicas e ecológicas das plantas tem relação com sua atividade no corpo, concepção que também pode ser encontrada em várias medicinas tradicionais do Oriente.

Meu sentido de dever conduziu-me com dificuldades a tratar o estado patológico desconhecido do sofrimento de meus irmãos com estes medicamentos desconhecidos. Se eles não são exatamente adequados (e como o médico poderá saber isto, desde que os seus efeitos específicos ainda não foram demonstrados?), eles devem com as suas potências fortes facilmente mudar a vida para a morte ou induzir novas desordens e doenças crônicas, freqüentemente mais difíceis para erradicar do que a doença original. O pensamento que chegava neste caminho de ser um assassino ou malfeitor da vida de meus companheiros seres humanos eram terríveis para mim, tão terríveis e perturbadores que eu inteiramente dediquei-me à minha prática nos primeiros anos de minha vida de casado. Poucos remédios administrava a alguém com medo de provocar-lhes dano, e ocupava-me unicamente com a química e escritos (HAEHL, 1971. v. 1, p. 64).

Samuel Hahnemann estava epistemologicamente preparado para a compreensão da ação da China. Em uma experimentação que se tornou famosa: toma 4 dracmas⁴⁹ desta substância e desenvolvem em seu organismo os sintomas de um quadro febril do tipo intermitente, semelhante aos que a China em seu efeito terapêutico, curava⁵⁰.

Reafirmava Hahnemann assim, experimentalmente, o princípio já enunciado por Hipócrates *Simillia Similibus Curentur*, os semelhantes curam os semelhantes, usando um método científico. Metodizando este raciocínio em um sistema, a Homeopatia, saiu do campo das hipóteses para o das certezas, mais adiante de si, depois de 1790.

Entre outras anotações Hahnemann deixou esta observação no livro de W. Cullen: “A casca da china, que é usada como um remédio para febre intermitente atua porque ela pode produzir sintomas semelhantes àqueles da febre intermitente em pessoa saudável” (HAEHL, 1971, v. 1, p. 37).

Corria o ano de 1790. Preparava-se a fundação da Homeopatia que aconteceu 6 anos depois.

⁴⁹ 4 dracmas (medida de peso antiga)

⁵⁰ “Eu tomei, por vários dias, como um experimento, quatro dracmas de china de boa procedência duas vezes ao dia. Meus pés e pontas dos dedos, etc..., primeiramente ficaram frios; eu fiquei lânguido e sonolento; logo meu coração começou a palpitar; meu pulso ficou duro e rápido; uma ansiedade e um tremor intolerável (mas sem o calafrio); prostração em todos os membros; surgiram então pulsações na cabeça, vermelhidão nas bochechas, sede; resumidamente, todos os sintomas habitualmente associados com febre intermitente apareceram em sucessão, apesar de que sem o calafrio atual. Somando: todos estes sintomas que me são típicos de febre intermitente, como a estupefação dos sentidos, um tipo de rigidez de todas as articulações, mas acima todos os entorpecimentos, sensação desagradável que parece ter-se assentado no perióstio de todos os ossos do corpo — tudo tinha a sua aparência. Este paroxismo durou de cada vez de duas a três horas e reapareceu quando eu repeti a dose e não de outro modo. Descontinuí o medicamento e eu estava mais uma vez em boa saúde (HAEHL, 1971. v. 1, p. 37)”.

A palavra “Homeopatia” cunhada por Hahnemann foi composta das palavras gregas “homoios,” semelhante, e “pathos” doença, significando a cura das doenças com remédios que produzem sintomas semelhantes aos da doença que se quer curar, usando assim, o princípio da similitude em terapêutica, aplicado de um modo sistematizado, pela primeira vez na história da medicina. É um novo sistema terapêutico com fundamentos compreensíveis (HAHNEMANN, 1810, § 2) e naturais.

A partir da auto-experimentação com a quina, ele dedicou-se à pesquisa experimental de outras substâncias medicinais para descobrir os seus efeitos sobre o homem são e só em 1796, seis anos depois da experiência com a China, anunciou o estágio em que se encontravam seus estudos sobre a Homeopatia em um ensaio, assim chamado: “Ensaio sobre um novo princípio sobre o poder curativo das drogas, e alguns exames dos princípios adotados antes”.

Com este comunicado, fruto de ensaios científicos prévios, estava construída a base inicial da Homeopatia. Era a demonstração inicial de toda a potencialidade do princípio fundamental da nascente clínica da similitude, a Homeopatia. Já não se tratava de induzir febres inespecíficas que seriam curativas, mas de reproduzir um conjunto sintomático específico de cada quadro clínico e que escolhido pela similitude sintomática, curaria (PRIVEN, 2005).

4.2 A SIMILITUDE SINTOMÁTICA

Constitui-se a cura pela semelhança sintomática, no núcleo rígido ou axial do nascente sistema terapêutico. Este núcleo rígido, no dizer de Lakatos e Musgrave (1970) teria uma heurística negativa, isto é, sempre responderia afirmativamente às tentativas de demonstração de que é falso. Iniciou-se assim a sistematização do enunciado hipocrático *Similia Similibus Curentur*⁵¹, semelhantes curam-se pelos seus semelhantes, sendo o mesmo estudado em seres vivos sadios para se descobrir desta forma, as propriedades curativas puras das substâncias medicinais, esperança para a cura de muitos enfermos. Este núcleo rígido (o princípio da

⁵¹ Os semelhantes curam-se pelos semelhantes - Princípio da similitude ou lei da semelhança: um medicamento experimentado em um sujeito são, desenvolve sintomas e este mesmo medicamento será capaz de curar sintomas semelhantes, quando estes estiverem presentes em um sujeito enfermo.

semelhança) possui um cinturão primário de defesa que contém os elementos fundamentais para que a cura pela similitude aconteça:

- 5.1. O objeto do experimento é o homem são,
- 5.2. A droga, uma substância única de cada vez e,
- 5.3. O efeito dessa substância, isto é, os sintomas de ordem física e psíquica, despertados na experimentação com o homem são (MARIM, 1998).

Estes referenciais demonstram a unidade do Ser que vem a ser expressa sinteticamente⁵² por uma totalidade de sintomas que indicarão o remédio a um enfermo (MARIM, 1998).

O surgimento da Homeopatia teve como motivo a insatisfação com os resultados das ações médicas em seu tempo, e dos sofrimentos dos doentes cada vez mais doentes. A medicina do final do século XVIII era caótica e pior ainda era a situação vivida pela medicina germânica que tinha uma série de problemáticos fatores como os políticos, os sociais, psicológicos, pedagógicos e institucionais (PRIVEN, 2005).

Os governos semi-soberanos de cada estado germânico, durante o Iluminismo⁵³, eram absolutistas, vivendo ainda reminiscências feudais. As variações do poder, nesta época, foram acentuadamente marcadas pela Revolução Francesa e pelas guerras napoleônicas que conduziram à destruição do Império e à origem da hegemonia prussiana (PRIVEN, 2005).

Observa-se que esta insatisfação, vem junta no presente como o foi no passado, às dificuldades vividas individualmente, para se obter melhoras na *qualidade de vida* e o do *meio ambiente* do homem nas urbes, relação sempre presente.

⁵² Totalidade sintomática característica: conjunto de sintomas em um pequeno número que sintetizam o sofrimento do enfermo e o que se deve curar.

⁵³ Iluminismo: período em que os pensadores exercitavam como ideal estenderem os princípios do conhecimento crítico a todos os campos do mundo humano como contribuição para o progresso da humanidade. Associavam ainda o ideal de conhecimento crítico à esforços para a melhora do estado e da sociedade.

4.3 A LUTA PELA CONSOLIDAÇÃO DA HOMEOPATIA

Samuel Hahnemann nasceu em 10 de abril de 1755 em Meissen, Saxônia. Esta região atualmente é um Estado da República Federal Alemã, que tem sua capital em Dresde. Os administradores desta região foram duques saxões, grandes mecenas das artes e ciências que muito favoreceram o ensino universitário em Wittenberg e Leipzig, que no século XVIII assumiu a liderança em literatura e música, alcançando seu auge com Johann Sebastian Bach⁵⁴ (PRIVEN, 2005).

Sendo filho de pintor de porcelanas,⁵⁵ acostumou-se desde cedo ao movimento de pessoas negociando com seu pai e falando línguas de diversas procedências, assim como se habituou a ver o pai misturando pigmentos necessários à expressão de sua arte. Foi com o pai que ele aprendeu a manipulação de substâncias químicas e este aprendizado associado aos seus estudos continuados lhe valeria mais tarde em publicações sobre bromatologia⁵⁶ e no preparo dos medicamentos homeopáticos. Todo o labor familiar do tempo em que viveu com os pais, demonstrou ser importante em sua educação. Samuel Hahnemann tinha um especial pendor para o aprendizado de idiomas e foi traduzindo obras médicas que conseguia o seu sustento em certa fase de sua vida de médico. O conhecimento de línguas antigas também lhe permitia estudar nos clássicos gregos e romanos e na literatura de interesse médico, que era produzida no Oriente.

Com dezesseis anos de idade dava aulas na Escola do Príncipe da Saxônia. O Reitor desta escola Mestre Müller orientava-o como se fosse seu filho e foi seu professor de línguas antigas e composição germânica. Este professor o autorizava, com doze anos de idade, a dar aos outros alunos, aulas dos rudimentos da linguagem grega.

Seu pai não desejava que ele estudasse. Alegava não poder pagar a escola, mas seu professor passou a recusar qualquer pagamento pelos seus estudos. Em 1775 foi para Leipzig estudar medicina: Nesta cidade ensinando alemão

⁵⁴ Gênio da música. Foi compositor e musicista. Nasceu em Eisenach, uma pequena cidade da Turíngia, no centro da Alemanha em 1685 e faleceu em Leipzig em 1750.

⁵⁵ Foi nesta cidade sobre o rio Elba, tão proeminente como centro para Arte e Ciência que consideravelmente influenciava a vida inteira da comunidade, que o terceiro filho do artista pintor Christian Gottfried Hahnemann nasceu a 10, ou 11 de Abril de 1755. Esta criança foi Christian Frederick Samuel. (vol. I, pág. 8. Haehl, 1989)

⁵⁶ Bromatologia: Ciência química que estuda os alimentos.

e francês e traduzindo do inglês conseguiu o necessário para a sua subsistência. Afirma Haehl (1971), que:

Das suas numerosas traduções ficou evidente que ele era justamente um mestre de Inglês, Francês e Italiano assim como de linguagens antigas, Latim e Grego. Mesmo o Hebraico e o Caldeu não eram inteiramente estranhos para ele; seus discursos habilidosos provam isto. (Haehl, 1971, v. 1, p. 250)

Passou a ter inclinação pelo lado prático da medicina o que lhe motivou ir para Viena. No novo local de estudos e prática médica no Hospital dos Irmãos da Caridade de Leopoldstadt, o médico da família do Príncipe, Dr. Von Quarin, por amizade, permitia-lhe que o acompanhasse nas consultas aos seus pacientes particulares (HAEHL, 1971).

Em Leipzig ficou sem recursos financeiros, mas o Governador da Transylvania, Barão Von Bruckenthal, convida-o para morar em Hermanstadt, contratando-o para ele assistir sua família e cuidar de sua biblioteca aonde aprendeu novas línguas e também novos conhecimentos científicos. Nesta cidade, Hahnemann praticou medicina por um ano e nove meses de onde partiu para receber na Universidade de Erlanger o grau de Doutor em Medicina depois de defender a 10 de agosto de 1779, a sua dissertação. Começa a sua carreira de médico na pequena cidade de Hettstädt em Mansfield a qual depois de nove meses deixou, para clinicar em Dessau em 1781 aonde também estudou química e metalurgia. Casa nesta época, com Henriette KÜchlerin, filha do farmacêutico Häselér de Dessau. Muda-se para Gommern atendendo uma oferta salarial melhor e depois vai para Dresde onde passa quatro anos. Tinha então quatro filhas e um filho, nesta época (HAEHL, 1971).

Na obra “Fragmenta de viribus medicamentorum”, ele coletou um número de provas experimentais dos medicamentos, as suas primeiras patogenias experimentais. Escreveu outros tratados pequenos e grandes, mas é nas seis edições do “Organon da arte de curar”, todas revistas e ampliadas por ele a partir da primeira, escrita em 1810, que ele constrói a estrutura do sistema médico desenvolvido a partir do princípio da similitude dos sintomas.

Retorna para a “Athenas Saxônica,” a cidade de Leipzig. Ela era assim chamada, em comparação com a célebre Escola de Atenas da Antiguidade Grega, imortalizada por Rafael, aonde ensinaram Aristóteles e Platão. Nesta terceira ida a

esta cidade, estava com cinquenta e seis anos de idade, muito admirado e atacado, um médico erudito e um proeminente professor, desejoso de montar um instituto homeopático, instruir os médicos e experimentar substâncias medicinais em seres humanos sadios.

A 26 de junho de 1812, satisfaz as condições da Universidade de Leipzig: defende sua própria dissertação na Faculdade. Presta o seu exame de qualificação para professor da Universidade com uma dissertação escrita em Latim intitulada: “Dissertatio historico-medica de Helleborismo veterum”, na qual prova que o Heleboro dos antigos, substância medicinal de natureza vegetal, era nada mais do que o muito usado *Veratrum album*. A defesa desta dissertação foi o seu primeiro aparecimento público no salão de aulas da Universidade. Havia ouvintes que vieram até mesmo de distritos que ficavam ao redor de Leipzig (HAEHL, 1971).

Constrói neste período o seu discipulado mais importante: Stapf, Gross, Böenninghausen e outros, mas excita o antagonismo acadêmico estimulado pelos apotecários⁵⁷, os farmacêuticos de sua época, que se revoltavam à sua insistente orientação acerca do médico só ter confiança nos medicamentos homeopáticos quando fossem dispensados por eles mesmos, fabricados pelo próprio médico homeopata dispensador do medicamento. Em Leipzig, em resultado da oposição dos apotecários, Samuel Hahnemann e os homeopatas foram proibidos pela autoridade governante de dispensar seus próprios medicamentos.

As perseguições nesta cidade eram dirigidas particularmente com violência e hostilidade contra os alunos de Hahnemann que praticavam a Homeopatia.

Contra Hahnemann pessoalmente, trinta médicos de Leipzig publicaram um ensaio a 5 de Fevereiro de 1821 no “Leipziger Zeitung.” Neste ensaio eles prescreviam *Belladonna* indicando-a como um protetor da febre escarlatina⁵⁸, segundo os métodos preconizados por autores como Jördens, Schenk, Hufeland, Hedenus e outros, omitindo deliberadamente a referência à Samuel Hahnemann que foi o autor da descoberta da *Belladonna* como medicamento curativo e protetor⁵⁹ contra esta que foi uma das mais incuráveis e contagiosas doenças de seu tempo (HAHNEMANN, 1810).

⁵⁷ Apotecário: dispensador químico, droguista, alguém que prescreve e faz drogas e medicamentos (Webster Dictionary)

⁵⁸ A escarlatina de Sydenham.

⁵⁹ Ver “Organon da arte de curar,” par. 33-nota e 73-nota.

Um exemplo marcante que vem corroborar esta afirmativa é que enquanto antes do ano de 1801, quando a escarlatina lisa de Sydenham ainda ocasionalmente prevalecia de forma epidêmica entre as crianças, atacava quase sem exceção todas as crianças que dela escaparam em epidemia anterior; em epidemia semelhante a que testemunhei em Könisglutter, ao contrário, todas as crianças que tomaram a tempo uma pequeníssima dose de Belladonna não foram atacadas por esse mal infantil altamente contagioso (HAHNEMANN, 1810, § 33).

Em outra observação de seu “Organon”: “Depois do ano de 1801... a febre escarlata encontrou seu remédio curativo e profilático na Belladonna...” (Hahnemann, 1810, § 73).

A causa deste ataque havia sido uma informação médica que apareceu no número 23 do “Tageblatt,” um jornal de Leipzig, no qual ele esclarecia ao povo que a febre eruptiva que prevalecia neste tempo na cidade não era a febre escarlatina, que era socorrida com a Belladonna, mas uma febre purpúrea para a qual ele recomendava outro remédio, o Aconitum, “mas que não era usado pelos doutores porque eles não liam seus livros, mas estigmatizavam e condenavam-nos sem os ler” (HAEHL, 1971).

Em 1851, foi realizada uma homenagem póstuma a Samuel Hahnemann com a construção de um monumento em bronze em Leipzig (Figura 2), como uma declaração da cidade ao valor humano e médico do fundador da Homeopatia. Na ocasião, o professor de Leipzig Dr. Lindner, que havia sido amigo de Hahnemann e de sua família, relatou o seguinte incidente:

Com a tentativa realizada pelos apotecários e muitos doutores para conduzir o Dr. Hahnemann pela força para fora de Leipzig, o Dr. Volkmann, Secretário da Câmara Municipal de Leipzig, determinou a entrada de um protesto contra a sua saída na Corte de Apelação de Dresde. Esta apelação foi assinada também pelo Dr. Lindner e quarenta outros cidadãos de Leipzig e enviada para Dresde. O Conselho da Cidade de Leipzig estava por essa razão ao lado de Hahnemann (HAEHL, 1971, v. 1, p. 117).



Figura 2: Monumento a Hahnemann em Leipzig

Fonte: [www. http://homeoint.org/photo/photohah.htm](http://homeoint.org/photo/photohah.htm)

Como parte das perseguições ao exercício da Homeopatia em Leipzig, colocadas em ação pelos grupos de interesse formados por médicos⁶⁰ (IMMERGUT, 1996), professores acadêmicos e farmacêuticos contrários à Homeopatia, sofreram as famílias enlutadas, de três alunos de Samuel Hahnemann, que foram experimentadores de medicamentos homeopáticos: Christian Gottlob Karl Hornburg, que faleceu em 1819, Christian Friedrich Langhammer, em 1834 e Karl G. Franz, em 1835. Suas famílias tiveram o constrangimento de receber uma ordenança do Conselho Administrativo da Universidade com dois serventes que confiscaram os medicamentos homeopáticos que estavam na posse destas famílias e foram enterrar estes medicamentos homeopáticos no cemitério da igreja de Paulo (HAEHL, 1971)! Um reflexo deste método incomum de luta foi oferecida pela perseguição ao homeopata Franz Hornburg, pelos alopatas de Leipzig. Seus contínuos assaltos abalaram a saúde deste, em tal extensão, que ele morreu no vigor dos anos (HAEHL, 1996).

A motivação desta política era a destruição radical da nova terapêutica, sem se importarem, se ela foi positiva, e como o foi, no tratamento aos enfermos nas epidemias que grassaram na Europa neste período e nem com os enfermos

⁶⁰ Ellen Immergut publicou o artigo “As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia” em 1992 abordando o monopólio legal da prática médica e os grupos de interesses constituídos pela influência dos médicos na construção dos objetivos de sua classe através do “poder da profissão”. Expõe a autora a política como um jogo com regras e a lógica usada pelos jogadores.

crônicos, que curados, apregoavam o seu agradecimento à Homeopatia. Aos grupos opositoristas constituídos pelos médicos e farmacêuticos deste período⁶¹, só interessavam um viés dos acontecimentos: a exclusão da Homeopatia que vinha afetar negativamente os seus lucros.

O Conselho da Cidade de Leipzig deu seu apoio para ele e o resultado foi que Samuel Hahnemann pode permanecer em Leipzig, até ser convidado pelo Príncipe Anhalt-Dessau para residir em Köthen com o título de Conselheiro Privado e Médico Real. Parte então Samuel Hahnemann, para a pequena cidade de Köthen convidado pelo Príncipe Duque Ferdinand de Anhalt-Köthen, abandonando deste modo a vida acadêmica da Universidade de Leipzig. Com sua partida, deixou Hahnemann, seus seguidores desorientados, os quais se juntaram em grupos que faziam diferentes interpretações de sua doutrina médica, desfazendo-se a unidade de pensamento que ele havia erigido. Com sua ausência começaram a existir formas de praticar a Homeopatia, diferentes da que o mestre ensinou.

Era o ano de 1821. Samuel Hahnemann viveu em Köthen até 1835 de onde orientou os seus discípulos na contínua construção da Homeopatia e onde viveu seus momentos mais felizes apesar dos duelos literários e das perseguições que continuavam. Cartas vinham de todas as partes da Alemanha, da Áustria, da Hungria, da Rússia, da França, da Inglaterra, da Itália. Algumas cartas até mesmo cruzaram o oceano, endereçadas ao fundador da homeopatia. Ele era procurado para socorro, conselhos e informação. Seus seguidores viajaram para todas as partes e desejavam manter-se em contato com o seu mestre. Havia também doutores alopáticos que usavam o Mestre em Köthen para explicações e instruções e outros para estudar homeopatia sob sua orientação pessoal. A pequena cidade germânica, neste tempo virou por alguns anos o foco do pensamento do movimento homeopático. “Como resultado da felicidade de casos curados, tão frequentemente testemunhados, a reputação de Hahnemann e a do seu processo de cura aumentaram, especialmente nos altos círculos” (HAEHL, 1971, v. 1, p. 169)

É justamente nestes anos do mais violento ataque antagonista e restrições oficiais que a Homeopatia estava experimentando um grande e não esperado apoio em toda a Europa Ocidental pela eclosão da cólera. É neste período, que a cólera

⁶¹ Século XIX e início do século XX a partir do anúncio da fundação da Homeopatia em 1796, alcançando os momentos de maior antagonismo com a admissão de Hahnemann na Universidade de Leipzig e no período da invasão da Alemanha pelo cólera, a partir de 1831.

invade a Europa pela primeira vez, deixando para trás dois mil anos de localização endêmica na Ásia, expandindo-se com tremenda velocidade e força terrível aproximava-se cada vez mais para perto dos países da Europa Ocidental, chegando à Alemanha em 1831 e encontrando as autoridades sanitárias das nações europeias no desconhecimento de sua causa, prevenção e tratamento!

Predominava neste período, a ideia do adoecer do homem através da inalação de miasmas, pelo ar que exalava da fetidez da cidade e que era proveniente da explosão de densidades demográficas, do início do êxodo do campo para a cidade, resultando no aumento de excrementos humanos e lixo que recebiam destino inadequado, situação propícia para a transmissão da cólera e multiplicação do seu agente infectante nos intestinos humanos (JOHNSON, 2006).

4.4 AS EPIDEMIAS E A HOMEOPATIA

Samuel Hahnemann toma a frente do problema das epidemias. Escreveu quatro dissertações sobre a cólera as quais ele publicou, para a maior propagação possível, na forma de panfletos sem pedir nenhuma remuneração. Foram os seguintes (HAEHL, 1971):

1. “A cura da cólera” (publicada, mas foi proibida de ser vendido pelo censor em Köthen).
2. “Cartas acerca da cura da cólera.”
3. “A cura certa e erradicação da cólera asiática.”
4. “Apelo aos filantropos pensadores a respeito do modo de propagação da cólera asiática.” (HAEHL, 1971)

O tratamento homeopático e as medidas de proteção recomendadas por Hahnemann logo provaram ser de um valor extraordinário. Numerosas declarações de agradecimento chegaram a ele e até mesmo de médicos conselheiros recomendando o seu procedimento.

O Dr. Haehl (1971) cita alguns exemplos estatísticos sobre as curas homeopáticas realizadas nas cidades de Raab, Brün na Morávia, Lemberg, Berlim, Wischnei-Woltschek, Viena e Daka (Tabela 1).

**Tabela 1: atendimentos com Homeopatia por médicos homeopatas -
Relação de óbitos e de pacientes recuperados**

Médicos	Pacientes	Óbitos	Homeopatia óbitos/recuperação	Cidades
Dr. Barkody	154	6	2:49	Raab
Dr. Gerstel	631	31	3:60	Brünn na Morávia
Dr. Schréter,	27	1	1:26	Lemberg
Dr. Stüler	31	5	5:26	Berlin
Dr. Seider	109	23	7:28	Wischnei-Woltschek
Dr. Veith	125	3	3:122	Viena
Dr. Thomas Graf Nadasdy	161	15	5:48	Daka
Totais	1238	84	8:115	

Fonte: Haehl (1971, p. 177)

**Tabela 2: atendimentos em hospitais alopáticos e casas particulares
em Raab - Relação de óbitos e de pacientes recuperados**

Hospitais alopáticos e casas particulares em Raab	Pacientes	Óbitos	Curados	Alopatia óbitos/recuperação
	1.501 (284+1.217 pac.)	821 (699+122 óbitos)	680	8:6

Fonte: Haehl (1971)

Nos hospitais alopáticos de Raab na Alemanha, de 284 casos tratados 122 faleceram e em casas particulares de 1.217 pacientes com cólera tratados pela alopatia, 699 morreram. A proporção de óbitos para pacientes recuperados no caso dos pacientes tratados alopaticamente foi de 8:6 quando comparados com a proporção de 2:49 dos atendidos pelo Dr. Barkody com Homeopatia. O número total de sujeitos com cólera e tratadas com Alopatia nestes hospitais e casas particulares de Raab foi de 1.501 pacientes, como pode ser observado na Tabela 2 (HAEHL, 1971).

O biógrafo de Hahnemann, Richard Haehl (1971) relata que o Dr. Barkody teve seus resultados postos em dúvida e para se defender dos ataques causados pela divulgação dos seus resultados em Raab ele divulgou o testemunho de 112 pessoas oficialmente acreditadas (bispo, ministros, pastores evangélicos,

Conselheiros, um advogado eminente, etc.), para confirmarem a cura dos seus 148 pacientes de cólera.

4.5 A HOMEOPATIA EM LONDRES

O pensamento científico dominante no século XIX ancorou-se na teoria do miasma, na contaminação pelo ar (MARQUES, 1995; JOHNSON, 2006). A cidade de Londres, especialmente, vivia um fenômeno demográfico explosivo dentro de seus limites e os dejetos e o lixo, matérias orgânicas produzidas por humanos e animais, dentro da cidade, contribuía para uma influência olfativa ofensiva e para uma experiência óptica, igualmente ofensiva, que dava força para a teoria tradicional dos miasmas. Em 1849 o *Morning chronicle* publicou um texto, relato olfativo deste período:

Ao chegar aos arredores de uma ilha de pestilência, o ar adquire literalmente o odor de um cemitério, e a sensação de náusea e opressão toma qualquer um que não esteja acostumado a aspirar essa atmosfera bolorenta. Não só o nariz, mas também os estômagos revelam o quão pesado encontra-se aquele ar carregado de hidrogênio sulfuroso; e, tão logo se atravessa uma das pontes decrepitas e deterioradas sobre o fosso fumacento, sabe-se, tão certo quanto se o tivéssemos testado quimicamente, pela negra coloração do que anteriormente fora branco de chumbo na pintura dos batentes das portas e peitoris das janelas, que o ar está densamente carregado com esse gás letal. As pesadas bolhas que por vezes se elevam da água demonstram o local de onde provém ao menos uma porção do mefítico composto, enquanto as privadas destituídas de portas, que pairam escancaradas sobre uma das margens do rio, e as escuras manchas de imundície que escorregam pelas ribanceiras nas quais os drenos de cada uma das casas se esvaziam, preenchendo o fosso do lado oposto, demonstram a origem da poluição do fosso (JOHNSON, 2006, p. 118).

A cidade de Londres deste período levou cem anos para se transformar em uma cidade com água limpa e um saneamento confiável, recado passado para as outras cidades do mundo em rota de colisão contra elas mesmas, tal como aconteceu à Londres do século XIX a qual conseguiu alcançar um sentido de equilíbrio próprio à custa de tragédias humanas em larga escala, uma onda de cadáveres como ocorreu, em resultado das epidemias de cólera que lá grassaram.

Havia em Londres, dois milhões e meio de habitantes, amontoados em uma área de cinquenta quilômetros quadrados de circunferência sem centros de reciclagem, departamentos de saúde pública, ou remoção segura da água dos

esgotos. Com as densidades populacionais, a epidemia vem a ser fruto da explosão urbana e com a conexão íntima e global com a industrialização nascente, entre as nações da Europa deste tempo. Estabelece-se o início do êxodo do campo para a cidade, e por isto o cólera foi tão devastador, tendo sido a partir do porto de Hamburgo na Alemanha, que a doença alcançou a Inglaterra.

Nas tentativas para solucionar os problemas sanitários de Londres, surge Edwin Chadwick⁶² que, apesar de ser miasmista, isto é, sustentou a vida toda que as doenças eram transmitidas pelo ar e até resistiu à aceitação da transmissão do cólera pela água contaminada com dejetos de humanos doentes, na torneira de água pública da Broad Street, como o comprovou John Snow⁶³.

Chadwick produziu um grande impacto sobre a concepção moderna do adequado papel do governo desde 1832. Esta foi a época de sua primeira designação para trabalhar nas condições sanitárias das classes trabalhadoras, ou seja o engajamento do Estado no amparo à saúde e ao bem estar de seus cidadãos, principalmente dos mais pobres.

Mais de uma vez veremos as zonas de crises, produzindo o *repensar* (LEFEBVRE, 2004) que conduz às mudanças necessárias à vida em plenitude do homem no mundo.

O médico Harvey Quin, funda em 1844 a Sociedade Homeopática Britânica e colabora com a abertura do Hospital Homeopático de Londres, em 1850, o qual surge apoiado pela Coroa britânica (Figura 3). A construção deste hospital neste período e o apoio que sua obra recebeu da Coroa britânica sugere de um modo insofismável que, no *repensar* para a saída da crise (LEFEBVRE, 2004) a Homeopatia foi muito importante também na Inglaterra.

⁶² Edwin Chadwick: (1800–1890) foi um reformador social inglês, notado por seu trabalho de reformar e melhorar as condições sanitárias e a saúde pública na Inglaterra.

⁶³ John Snow: médico inglês, descobriu que a epidemia do cólera era devida à ingestão de água contaminada.



Figura 3: Hospital Homeopático de Londres

Fonte: [www. http://homeoint.org/photo/photohah.htm](http://homeoint.org/photo/photohah.htm)

O cólera é causada pelo microorganismo *Vibrio cholerae*, uma bactéria, e sua transmissão ocorre principalmente pela água contaminada pelos dejetos humanos de doentes. Esta transmissão só veio a ser esclarecida durante a crise londrina, pelo médico anestésista britânico John Snow (1813-1858). Mais tarde, foi o bacteriologista germânico (ainda a crise) Robert Koch (1843-1910) quem isolou o vibrião em uma epidemia de cólera no Egito (LOPES, 2006).

Mas estes numerosos resultados alcançados pela ciência moderna apenas mostram o quanto fundamentalmente correto Hahnemann concebeu e representou esta peste, suas origens, sua propagação e o modo de combatê-la. Isto ele fez o mais concisamente e o mais adequadamente em seu trabalho. “Apelo aos pensadores filantropistas a respeito do modo de propagação da Cólera Asiática (HAEHL, 1971, v. 1, p. 178).

O cólera afeta apenas os seres humanos e a sua transmissão é feita diretamente dos dejetos fecais de doentes por ingestão oral, principalmente em água contaminada. Como se acreditava que a contaminação era pelos miasmas do ar foi necessário o trabalho de pesquisa de John Snow, que comprovou em Londres ser a água de uma torneira pública vinculada a uma cisterna na Broad Street, que em contacto com os dejetos de uma fossa, era a responsável por parte da epidemia de cólera vivida naquela cidade. Em Londres se tinha uma em cada vinte habitações apresentando dejetos humanos amontoados nos porões por transbordarem as fossas das residências, principalmente depois do início do uso dos vasos sanitários com escoamento de água, ficando alguns porões com até um metro de dejetos em seu interior (JOHNSON, 2006).

4.6 A HOMEOPATIA NA AMÉRICA DO NORTE

Na América do Norte, a Homeopatia surgiu em 1825. Este surgimento coincidiu com o declínio no prestígio da atividade dos médicos da profissão regular e de uma falta de confiança nos seus procedimentos (COULTER, 1982). Neste país, em uma convenção da Associação Médica Americana, foi declarado por um alopata que a Camphora, medicamento homeopático, era o mais valioso remédio do cólera. Um outro remédio foi o sulfato de cobre, ambos fruto das indicações feitas em Köthen e para o mundo, por Samuel Hahnemann.

Em 1876, ainda na América do Norte, durante epidemia de febre amarela, a constituída Comissão Homeopatica da Febre Amarela apresentava estatísticas muito interessantes.

Em New Orleans médicos homeopatas trataram 1945 casos, com uma perda de 110, — uma mortalidade de 5,6%. No restante do Sul do país, eles haviam tratado 1969 casos com uma perda de 151 pacientes — para uma mortalidade de 7.7%⁶⁴ (COULTER, 1982, p. 302).

Estes resultados apresentados ao Congresso e para a opinião pública no sul deste país, foram surpreendentes, uma vez que a taxa global registrada de casos de morte foi de pelo menos 16% e provavelmente maior (COULTER, 1982). Os médicos ortodoxos eventualmente adotaram muitos dos remédios homeopáticos para a febre amarela, admitindo que o emprego de calomelano⁶⁵, banhos, purgativos⁶⁶ e antipiréticos,⁶⁷ todos de emprego da velha medicina, não tinham os resultados satisfatórios.

O estabelecimento da Junta de Saúde do Distrito de Colúmbia em 1871 refletiu um rápido crescimento destas agências em todos os níveis de governo. Os médicos homeopatas tinham posições garantidas nestes estados e nas juntas locais e serviam em vários grupos como membros e até mesmo como Presidentes de Estado de Junta de Saúde em New Jeersey, California, Pensilvânia, Indiana, Illinois, Nebraska, Delaware, Flórida, Kentucky e outros... E eles estavam sendo apontados para as juntas de saúde locais por todas as cidades (COULTER, 1982, p. 302-303).

⁶⁴ Instituto Americano de Homeopatia, Registros especiais da Comissão Regular de Febre Amarela para apresentação ao Congresso (Filadelfia e New York: Boericke e Tafel, 1880). (Coulter, 1982)

⁶⁵ Cloreto de mercúrio.

⁶⁶ Medicamentos que produzem um efeito laxante.

⁶⁷ Medicamentos que abaixam a temperatura corporal elevada nas febres.

Afirma Coulter (1982) que o trabalho da Comissão Homeopática de Febre Amarela certamente foi o responsável pela mudança de atitude da Associação Americana de Saúde Pública para com os homeopatas. Estes haviam estabelecido sua própria rede de hospitais e asilos para doentes mentais. Em 1892 eles já controlavam cerca de 110 hospitais de vários tamanhos, 145 dispensários, 62 orfanatos e asilos de idosos, mais de 30 casas de assistência a doentes e 16 asilos para doentes mentais. Em 1889, o jornal *Springfiel Republican* devotou uma coluna admirada registrando que “o custo de manutenção era muito menor, e as recuperações e sucesso geral maior do que nos asilos alopáticos” (COULTER, 1982). Até mesmo as companhias de seguro de vida começaram a tê-los como médicos examinadores e garantiam taxas reduzidas às pessoas que se utilizavam dos médicos homeopatas. Em 1865 o diretor da *London Life Assurance Office*, anunciou que:

[...] pessoas tratadas pelo sistema homeopático gozam de uma saúde mais robusta, são menos frequentemente atacados por doenças, e quando atacados recobram mais rapidamente dos que aqueles tratados por qualquer outro sistema [...] com respeito às classes mais fatais de doenças, a mortalidade sob a homeopatia é pequena em comparação com aquela da alopatia [...] de qualquer modo, há casos não curáveis sob o último sistema os quais são perfeitamente curáveis sob o primeiro; finalmente, que os medicamentos prescritos pelos homeopatas não prejudicam a constituição, enquanto aqueles empregados pelos alopatistas não raramente são vinculados às mais sérias consequências e em muitas casos, fatais.⁶⁸ (COULTER, 1982, p. 305).

Com a completa abertura do mercado ao trabalho dos homeopatas, conquista a nascente homeopática o direito de aflorar e mostrar-se a pleno em seus valores terapêuticos.

Na França a Homeopatia foi introduzida pelo Conde Sébastien Des Guidi (1769-1863) que a praticou em Lyon de 1830 a 1863, tendo sido ele quem curou de tuberculose, com Homeopatia, o médico Benoit Mure que em 21 de novembro de 1841, introduziria a Homeopatia no Brasil.

Este capítulo, neste momento, faz a necessária referência à uma jovem francesa de trinta e cinco anos de idade, Marie Melanie d'Hérvilly, que visita Samuel Hanemann na quietude rural da cidade de Köthen a 8 de outubro de 1834.

Depois de ler a edição francesa do “*Organon*,” Melanie decidiu ir a Köthen consultar sua saúde sobre um problema pulmonar, “que nenhum médico alopatista

⁶⁸ Citado no *American Homoeopathic Observer*, II (1865), p. 224 (Coulter, p. 305)

havia sido capaz de curar” (HAEHL, 1971, v. 1, p. 222). Em suas memórias, Marie Melanie escreveu em 1843 das suas impressões sobre o Mestre usando expressões como: “face cheia de caráter,” “perfeição moral,” “sua sublime inteligência.” Dr. Haehl (1971) escreveu: “da veneração brotou uma profunda afeição, logo amizade e ela foi mais longe.”⁶⁹ “Hahnemann deseja esposar-me,” escreveu Melanie.

Samuel Hahnemann estava física e mentalmente bem preservado, com oitenta anos de idade. “Ele necessitava de uma pessoa jovem, forte, que fosse sua esposa e cheia de devoção, que pudesse apoiá-lo e ajudá-lo a completar o seu grande trabalho e contribuisse para o desenvolvimento e propagação da nova ciência médica. Então, eu o desposei!”

Samuel Hahnemann já estava viúvo de sua primeira esposa e ainda viviam com ele duas filhas solteiras. O casamento aconteceu a 18 de janeiro de 1835, três meses depois que se conheceram, tendo partido para morarem em Paris, a 7 de junho do mesmo ano. Os amigos mais íntimos e parentes acompanharam o casal até a cidade de Halle, de onde partiram, após as despedidas, na direção de Paris, lá chegando no dia 21 de junho de 1835.

4.7 A HOMEOPATIA NA FRANÇA

Na França a reputação de Samuel Hahnemann que já era conhecida, cresceu em várias partes. Guizot, Ministro da Educação e da Saúde Pública na França, foi muito pressionado para proibir a prática, na França, do método homeopático por Samuel Haneman, um alemão, sempre visto de um modo inamistoso, por causas territoriais que terminavam em guerras e ainda mais, contrariando interesses financeiros de muitos, de médicos, farmacêuticos e fabricantes de remédios. Apesar da oposição, o Ministro Guizot responde positivamente a sua solicitação para instalar-se em Paris, em termos que dignificaram a Academia da França e a Homeopatia:

Hahnemann é um sábio de méritos consideráveis. A ciência deve ser livre para todos. Se a Homeopatia for uma quimera ou um sistema sem aplicação interna, ela cairá por si mesma. Se, por outro lado, é uma medida do progresso ela se expandirá a despeito de todas as nossas medidas preventivas e é justo que a Academia, pre-eminentemente o deseje. A

⁶⁹ Haehl, Cap. XVIII,

Academia tem a missão de proteger a ciência e encorajar as suas descobertas (HAEHL, 1971, v. 1, p. 231).

Eis na leitura do texto escrito pelo Ministro Guizot o exemplo da atitude desprovida de preconceitos para a Homeopatia aconselhando a todos os acadêmicos da França a proteger a Homeopatia e encorajar as suas descobertas, um recado crítico para o mundo. Em um decreto real do dia 12 de agosto de 1835, Samuel Hahnemann teve garantido o direito de prática da Homeopatia na França.

Mesmo na França, contudo, ele experimenta oposições e disputas com a velha escola. O número de seus pacientes crescia continuamente. Vinham eles dos mais influentes e variados círculos, sendo possível instalar um ambulatório para os pobres. Estava o mestre na França, grande centro cultural, com suas obras traduzidas para o francês, língua melhor conhecida que o alemão, e deste modo, da França a Homeopatia chegaria com mais facilidade aos médicos e por meio desses aos enfermos por todos os países e foi o que aconteceu.

Faleceu o mestre e fundador da Homeopatia em Paris, a 10 de junho de 1843, aos 88 anos de idade estando seus restos mortais no cemitério Père Lachaise. A semente de seu labor médico-missionário persistiu brotando e construindo novas consciências missionárias, dando novos frutos.

Estas sementes se espalharam pelo mundo e uma delas procurou as terras do Brasil para florescer. Foi Jules Benoit Mure, médico homeopata francês, entusiasmado por teses socialistas, e dedicado à prática e ao estudo da Homeopatia. Peregrinou pela Europa onde pregou e difundiu os princípios da nova arte médica, fundando dispensários homeopáticos em Palermo na Itália, e em Paris na rua de La Harpe. As cidades do Cairo, Sicília e Malta também fizeram parte de seu roteiro de propagação da Homeopatia.

Incumbência de que se havia comprometido em reconhecimento de se ter curado de tuberculose pulmonar pela Homeopatia [...], apesar de ter sido tratado pelas maiores sumidades médicas dessa época na França, notadamente pelo grande Magendie (GALHARDO, 1926, p. 279)

Era um homem dotado de um grande humanismo e por isto aderiu às ideias socialistas de Charles Fourier, um filósofo utopista. Assim, vivendo estes ideais, usou sua fortuna pessoal para trazer ao Brasil, a bordo do navio Eole, cem famílias de operários franceses a fim de instalarem uma colônia societária inspirada nos falanstérios de Fourier, às margens do rio Sahy, em Santa Catarina, em área

préviamente cedida pela S. M. Imperial. Chegaram ao Rio de Janeiro em 21 de novembro de 1841, iniciando-se a construção da História da Homeopatia no Brasil (GALHARDO, 1926).

4.8 A HOMEOPATIA NO BRASIL

No Brasil a ciência estava em estado estacionário e pequena era a cultura do povo, lá pelos idos do ano de 1818 quando a Homeopatia foi anunciada pela primeira vez, por um professor da Escola Médica da Bahia, Antonio Ferreira França. Anunciou-a e logo se dedicou à preocupação de armar argumentos que afastassem os possíveis pesquisadores que pretendessem investigar a novidade da medicina europeia (GALHARDO, 1926). Por estes tempos havia um brasileiro que se correspondia com Hahnemann. Foi José Bonifácio de Andrada e Silva, o Patriarca da Independência do Brasil. Ele era naturalista e dedicado à mineralogia, o que certamente, deve ter construído o interesse neste vínculo epistolar com Samuel Hanemann.

Surgem textos em 1836 na Revista Médica Fluminense, contrários à nova medicina e cheios de impropriedades em sua alusão à Homeopatia. Ainda não haviam homeopatas no Brasil. Neste mesmo ano, Frederico Emilio Jahn, suíço de nascimento e que havia iniciado seus estudos médicos na Universidade de Leipzig, estava se diplomando em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Jahn apresentou e defendeu como trabalho de conclusão para conseguir o grau de médico, uma monografia de 36 páginas, intitulada: “Exposição da doutrina homeopática.” Para Galhardo (1926), este trabalho dava uma perfeita ideia da Homeopatia. Mas quem por primeiro utilizou a Homeopatia no Brasil foi o médico Domingos de Azeredo Coutinho Duque-Estrada que o fazia quando lhe faltavam os meios pela terapêutica tradicional.

Chega então ao Brasil este médico missionário, Jules Benoit Mure, a bordo do navio Eole, que aporta no Rio de Janeiro a 21 de novembro de 1841. Vivia-se no Brasil, como em todas as partes, o problema das questões sanitárias, mormente na cidade do Rio de Janeiro, cujos problemas se tornaram emblemáticos para o resto do país, provocando as necessárias mudanças preventivas nas outras cidades.

Em 1922, tivemos as primeiras preocupações sanitárias. Neste período, os serviços públicos no Brasil estavam a cargo de empresas privadas estrangeiras, que importavam os seus materiais e o Estado apenas regulamentava as concessões. A partir de 1930 o Estado implementa e gera estes serviços que em 1950 foram entregues à empresas estatais. Estas primeiras iniciativas governamentais, surgem como resposta às epidemias de febre amarela e cólera nas décadas de 1840 e 1850 no Rio de Janeiro, em Salvador e Recife, época do desembarque do introdutor da Homeopatia no Brasil, com as crises neste país impulsionando o Estado na direção das mudanças em benefício do coletivo e impulsionavam também o movimento de homens dedicados ao bem da humanidade pelo mundo a fora, construindo-se com enormes esforços a melhora da vida nas cidades, para uma civilização melhor.

No século XIX, o abastecimento de água para a cidade era feito por carregadores escravos e também pelas bicas públicas que captavam a água de mananciais isolados. O esgotamento, também era efetuado através dos 'tigres', escravos que, à noite, carregavam tonéis de excretas das habitações até o mar, lançando-os em frente ao largo do Paço (MARQUES, 1995). Era a reprodução no Brasil, dos limpadores de fossas londrinos dos tempos do cólera.

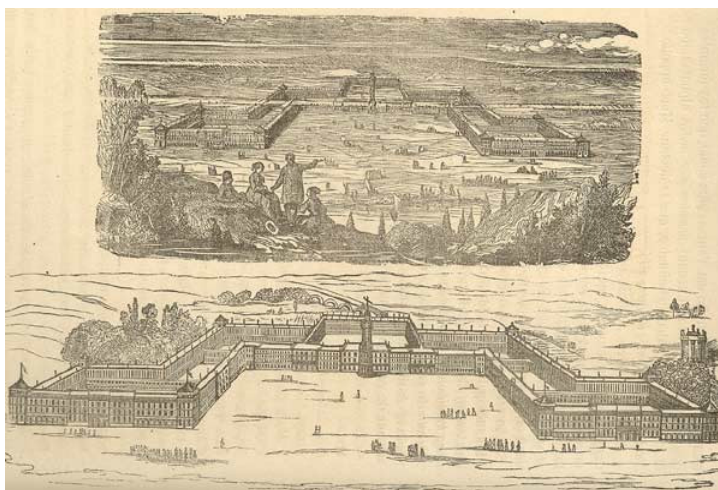


Figura 4: Falanstério de Charles Fourier

Fonte: [www. http://homeoint.org/photo/photohah.htm](http://homeoint.org/photo/photohah.htm)

As drenagens e aterramentos obedeciam aos interesses de abertura de novos espaços e frentes de urbanização. Em 1825 a supervisão de obras públicas era questão ligada à chefia de polícia, não havendo por este tempo um maior interesse sanitário ou coletivo e só em 1836 se criava o primeiro órgão responsável

por questões urbanas: a Administração das Obras Públicas do Município da Corte, mas os serviços eram totalmente inadequados (MARQUES, 1995).

Mure chega ao Brasil como representante oficial da Union Industrielle de Paris (GALHARDO, 1926). Ele estava preocupado apenas com a causa que o trouxera ao Brasil: a colonização socialista, segundo o sistema de Fourier mas, em pouco tempo já faz prosélitos para a Homeopatia, apesar de seu temor de que a obra societária “viesse a sofrer algum dano da parte dos interesses comprometidos pela reforma da medicina...”⁷⁰ escreveu ele ao Jornal do Comércio a 5 de dezembro de 1841.

Residira Bento Mure na Lapa e várias e importantes curas fizera aos doentes que o procuraram, assim como conseguia novos e importantes adeptos entre os médicos que se aproximavam dele. O ano de 1842, já o encontra na colônia do Sahy, em Santa Catarina aonde em novembro deste ano funda a Escola Suplementar de Medicina e o Instituto Homeopático do Sahy, garantindo neste empreendimento que os pobres seriam curados gratuitamente e sonhava com a edificação de um hospital (GALHARDO, 1926).

A colônia instalou-se nas margens do rio São Francisco do Sul. Com clima salubre e temperatura amena os operários desta colônia pretendiam viver do trabalho societário. Trabalho e produto divididos igualmente por todos, como preconizava Charles Fourier. Mure estava com 31 anos e repleto de projetos visionários (ROSENBAUM, 2004).

O ideal utopista não durou muito tempo e logo a colônia do Sahy foi abandonada e seus integrantes tiveram que em sua totalidade procurar outras atividades como pecuária e agricultura. Gastando seus últimos recursos Benoit Mure vai para o Rio de Janeiro em 1843 e na Faculdade de Medicina habilita-se com a defesa de um trabalho para o exercício da medicina no Brasil. Faz novos adeptos, entre eles o médico português João Vicente Martins e os dois muito fizeram pela Homeopatia e pelos enfermos em terras brasileiras. Funda o Instituto Homeopático

⁷⁰ Charles Fourier - Filósofo e economista francês (7/4/1772-10/10/1837). Um dos teóricos do socialismo utópico do século XIX. Escreveu sobre as questões econômicas e sociais dos franceses. Lança o jornal *O Falanstério*, em 1822, depois denominado *A Falange*, por meio do qual passa a defender a proposta de reconstrução social baseada no idealismo de Jean-Jacques Rousseau. Sugere a criação de falanstérios para organizar a vida em comunidade. Os falanstérios, espécie de comunas de produção e moradia, deveriam abrigar cerca de 1,6 mil pessoas e não só dedicar-se à produção agrícola e industrial local, mas também dar conta das atividades lúdicas e de aprendizado intelectual.

do Brasil e a 6 de abril de 1846 o governo de S.M.I reconhece oficialmente a existência legal da Escola de Medicina Homeopática.

Por este tempo era iminente a ocorrência de uma epidemia de cólera e João Vicente Martins era incansável nos alertas que dava às autoridades e ao povo, chegando até a oferecer medicamentos gratuitamente para S.M., na Santa Casa de Misericórdia.

Em um memorial, apresentado à câmara dos deputados e mandado à comissão de saúde pública no dia 19 de fevereiro de 1850, João Vicente Martins escreveu:

[...] eu vos ofereço todos os remédios homeopáticos que forem necessários para o tratamento dos doentes de febre amarela nos hospitais ou consultórios homeopáticos que criardes, ou como vos parecer mais acertado e eficaz. E se afinal resultado a mortandade nos doentes assim tratados homeopaticamente não for menor de metade da mortandade dos doentes tratados alopáticamente, nas mesmas circunstâncias consentireis com aceitar para o tesouro nacional, a fim de ser gasta em proveito dos pobres, a quantia de três contos de réis, que me comprometo a depositar ou garantir desde já (GALHARDO, 1926, p. 602).

Surge a febre amarela epidêmica na Bahia em 1849, espalhada na cidade a partir de seu porto e nas mãos de homeopatas a mortalidade foi muito pequena, de 10% (GALHARDO, 1926). A epidemia encontrou aí a dedicação e desprendimento do Dr. Melo Moraes, homeopata, que doente de febre amarela não parou de atender aos doentes. Esta epidemia já havia sido notificada com antecedência pelos jornais por João Vicente Martins que assim alertava as autoridades sanitárias, mas seus artigos foram por elas contestados.

Este médico, também um missionário, fornecia gratuitamente farmácias e livros homeopáticos aos padres e inspetores de quarteirão que os solicitassem. Também diariamente publicava no Jornal do Comércio, as cartas de solicitações e os recibos comprovadores dos recebimentos dos medicamentos e livros explicativos. Com este recurso João Vicente Martins espalhou a Homeopatia no Brasil inteiro. Expõe o resultado do seu trabalho em um relatório apresentado por ele à Sociedade Portuguesa de Beneficência e ao público referente aos doentes de febre amarela tratados pela homeopatia nas enfermarias S. Vicente de Paulo e na enfermaria da Marinha. Foram comparadas estatísticas alopáticas dadas no jornal Gazeta dos Hospitais, com as estatísticas de João Vicente Martins exclusivamente quanto ao

atendimento de portugueses, para manter uma homogeneidade comparativa (Tabela 3):

Tabela 3: Estatísticas alopáticas do Jornal Gazeta dos hospitais de Salvador-Bahia, exclusivamente quanto ao atendimento de portugueses

Locais de tratamento	Período	Curados	Óbitos	Percentual de óbitos
Lazareto do Bom Jesus	18.01 a 28.02	127	123	49,2%
Lazareto do Saco do Alferes	01 a 14.03	12	15	55,5%
Enfermaria da Rua da Misericórdia	02 a 31.03	48	41	46,06%
Lazareto da Praia Formosa	06/03 a 14/04	36	71	66,30%
Hospício de N. S. do Livramento	10.03 a 26.05	169	316	65,11%
Hospício de Pedro II	31.03 a 26.05	67	41	37,96%
Totais		954	607	56,94%

Fonte: Galhardo (1926)

Tabela 4 : Estatísticas homeopáticas do Jornal Gazeta dos hospitais de Salvador-Bahia, exclusivamente quanto ao atendimento de portugueses

Beneficente Portuguesa	Período de tempo	Curados	Óbitos	Percentual de óbitos
Enfermaria de S. Vicente de Paulo	01.03 a 31.05	153	128	45,55%
Enfermaria da Marinha Portuguesa	Mesmo período	144	18	11,11%
Totais		297	146	32,95%

Fonte: Galhardo (1926)

Nestes dados vistos nas Tabelas 3 e 4, observamos que entre os que foram tratados com Alopacia foi no Hospital e Hospício de D. Pedro II (Alopacia), que o número de óbitos foi menor (37,96%), com a proporção maior referida ao Hospital e Hospício de N. S. Do Livramento (Alopacia) de 65,11%. A proporção total de óbitos nos enfermos tratados com Alopacia foi de 56,94%. No grupo que foi tratado homeopaticamente no Hospital da Beneficência Portuguesa, o percentual total de óbitos foi de 32,95%. Só a Enfermaria de S. Vicente de Paulo (Homeopatia) apresentou um percentual de óbitos de quase 46%, contrastando com a Enfermaria da Marinha Portuguesa (Homeopatia), no mesmo hospital, onde o percentual de óbitos foi de 11,11%. A causa da proporção tão contrastante entre estas duas

enfermarias resultou do estado lastimável dos enfermos recolhidos à Enfermaria de S. Vicente de Paulo (Homeopatia), uns já tratados inultimente pelos alopatas, outros já agonizavam. Apesar deste número elevado de óbitos o comparativo do percentual total não chegou a 33% contra os quase 57% dos enfermos tratados com alopatia.

Comenta ainda João Vicente Martins, no texto de Galhardo (1926) que no Hospital Hospício de D. Pedro II (Alopatia), onde os óbitos foram proporcionalmente menores entre os enfermos que se trataram alopáticamente, esta enfermaria foi estabelecida no dia 31 de março, quando já passava a força da epidemia ao contrário da enfermaria de S. Vicente de Paulo (Homeopatia), do Hospital Beneficente Portuguesa, que foi instalada a 1^o de março, com a epidemia mais forte, sofrendo todo o rigor da epidemia a ponto de João Vicente Martins se admirar da mortandade não ter sido maior (GALHARDO, 1926, p. 620).

João Vicente Martins, este apóstolo da medicina, observou em seu relatório, com tristeza, que quando as pessoas deveriam se mostrar mais caridosas, mais duras de coração se apresentavam. Esta observação nasceu por notar no meio da luta pela vida em que ele se envolveu, muitos que por causa dos custos de enterro de seus funcionários, encaminhavam-nos agonizantes para a Beneficência Portuguesa aonde o óbito seria registrado e os custos do enterro seria por conta da instituição (GALHARDO, 1926).

Perguntava ele: “Pois um caixeiro é um indigente?” (GALHARDO, 1926, p. 622).

Em seu relatório, ele refere-se ainda ao fato de que os médicos, e aí ele diz que até os homeopatas, encaminhavam seus doentes desenganados para a enfermaria de São Vicente de Paulo para se livrarem deles e do enterro, para explicar a razão da mortandade na clínica dos indigentes em comparação (11,5%) com as mesmas condições de higiene e de tratamento que apresentavam os doentes da Marinha. Acrescenta ainda, os valores diferenciais dos custos dos doentes: gastou-se com cada doente no tratamento alopático, 18\$473 e no homeopático, apenas 10\$200, uma diferença significativa. Este relatório ainda custou a João Vicente Martins a obrigação de se defender em júízo de denúncia feita contra ele, da qual foi absolvido da acusação que lhe fora imputada (GALHARDO, 1926)

João Vicente Martins viajou ainda para o Nordeste com a intenção de levar a propaganda homeopática até o Norte, o que não conseguiu, provavelmente pelas

inclemências das viagens marítimas de seu tempo. Vem a falecer a 7 de julho de 1854, conhecido como médico humanitário pelos atendimentos que prestava aos pobres, tendo sepultados seus restos mortais no cemitério de S. João Batista. À sua esposa e na presença de amigos, disse: “Uma coisa só te peço: é que os pobres nunca deixem de ter remédios e consultas de graça” (GALHARDO, 1926, p. 677).

Fez muita falta a presença de João Vicente Martins, mas seu trabalho deixou frutos, um dos quais foi a vinda das irmãs de caridade de S. Vicente de Paulo ao Brasil, uma de suas proposições.

Já em 1854, é dado o grito de alarma pelos homeopatas, como em outras vezes: surgem casos suspeitos de cólera. Esta enfermidade epidêmica invade o Brasil vinda do Pará, de 18 de julho de 1855 a 31 de maio de 1856 e neste período foram registrados 4.918 óbitos do cólera na capital do Brasil em apenas 11 meses (GALHARDO, 1926).

Um prédio da rua da Quitanda, no Rio de Janeiro, nº 40 foi oferecido e aceito pela Santa Casa de Misericórdia como enfermaria para tratamento homeopático dos coléricos indigentes a 26 de setembro de 1855. Em 1856 (ela funcionou até abril deste ano) ela abrigou 291 coléricos, tendo falecido 51, com uma taxa de óbitos de apenas 18% (GALHARDO, 1926).

Na rua da Misericórdia, nº 47, se instala a Enfermaria Homeopática São Vicente de Paulo a 1º de outubro de 1855, para tratar os coléricos indigentes. Funcionou esta enfermaria até o dia 10 de dezembro do mesmo ano. Abrigou 192 doentes dos quais faleceram 26 e 5 foram transferidos e saíram curados 171, com um percentual de curados de 83%. Demonstra a Homeopatia mais uma vez seu valor (GALHARDO, 1926).

A partir destes fatos foram sendo abertas enfermarias, não mais em caráter provisório, mas permanentes, na Ordem Terceira de São Francisco da Penitência para tratamento de todas as moléstias pela Homeoptia em outubro de 1858 com a direção entregue ao médico Domingos de Azeredo Coutinho de Duque-Estrada.

O Hospital de S. João de Deus, que pertencia à Sociedade Portuguesa de Beneficência também no fim de 1858 instalou a sua enfermaria.

4.9 A HOMEOPATIA NO ESTADO DO PARÁ

As outras províncias também viveram suas epidemias e se ajudavam mutuamente. No Pará em 1855, não haviam médicos que se intitulassem homeopatas. Havia outros como enfermeiros e até leigos, homeopatas que participaram junto com os médicos do esforço contra o cólera no Pará e receitavam remédios homeopáticos (BELTRÃO, 1997).

Remeiros enfermeiros eram encontrados em suas canoas mortos pela cólera nos rios da região. Nos ofícios do Fundo da Secretaria da Presidência da Província do Grão Pará, para socorro às vilas do interior, nas relações de medicamentos constavam quase sempre os medicamentos homeopáticos: *Arsenicum*, *Belladonna*, *Camphora* e *Veratrum album* que estavam presentes por terem sido os mais indicados com sucesso nas epidemias do cólera da Europa (BELTRÃO, 1997).

É deste modo que a Homeopatia adquire raízes profundas junto do povo brasileiro e no caso presente, dos paraenses. Pessoas leigas, do povo, demonstravam facilidade na compreensão das indicações dos medicamentos homeopáticos e ajudavam a semear a Homeopatia pelo interior do Pará.

Eram os coléricos que tinham a chance de interferir na política pública do Império (BELTRÃO, 1997) e se pode observar a espoliação urbana como circunstância decorrente da ênfase institucional da gestão na parte física do planejamento urbano, em detrimento do social. Em consequência o social vai sendo construído a partir das crises desencadeadas por epidemias, demandas populares, etc. (MARQUES, 1995), como se percebe pelo testemunho, agora silencioso da história.

Pelas claras posições assumidas os homeopatas se apresentavam como mais um grupo de interesses corporativos não oficiais, mas com um compromisso dentro do tecido social, quando listavam os problemas e apontavam as autoridades responsáveis (BELTRÃO, 1997).

Havia publicações veiculadas no jornal paraense *Treze de Maio* sobre a venda de medicamentos homeopáticos e alopáticos e livros explicativos sobre a cólera. Assevera Beltrão (1997, p. 16) em seu artigo: “[...] a penetração da homeopatia parece ter sido grande, sobretudo, pelo fato de não ser medicina oficial e lutar contra os preconceitos e perseguições desenvolvidas contra seus adeptos”.

Nas estatísticas do jornal paraense *Treze de Maio* o total de doentes com cólera foi de 8.765 sujeitos e os óbitos de 4.555 pessoas. A população era de

247.248 pessoas segundo recenseamento de 1854. Um resultado assustador. Todos os médicos estavam acuados, a dor era cotidiana no Pará, nos tempos do cólera “e o desaparecimento de alguém, em meio à dor, desnudava as relações que constituíam o tecido social” (BELTRÃO, 1997, p. 18).

O cólera acometia nestes tempos, aos indivíduos das classes baixas, índios, pretos e escravos, mamelucos, pardos e brancos. Na classe média, e na mais elevada, poucos foram os casos observados. Havia proibição constante: da permanência dos enfermos em casa, em ambientes pequenos e com várias pessoas, eram proibidos enterros dentro de igrejas e até o dobrar os sinos para anunciar as mortes a sítios distantes. Estas proibições somadas às autópsias regulares feitas pelos médicos alopatas, porém, excetuando outros enfermos ilustres, como o Presidente da Província, Ângelo Custódio Correa, morto pela doença em 1855, cujo corpo não foi autopsiado. Este campo de ação identificava os médicos alopatas com o poder, mas também com as pessoas que violavam as regras da doença e da morte nos momentos da dor. Diz Beltrão (1997, p. 20), que por isso: “A adesão dos paraenses à Homeopatia era, provavelmente, um pacto social com os profissionais que demonstrava maior respeito à dor e ao sofrimento dos desvalidos coléricos”.

4.10 AS EPIDEMIAS SUBSTITUÍDAS POR ENFERMIDADES CRÔNICAS

Foi pela falta de investimentos na construção de programas que atendessem aos sujeitos das urbes de um modo geral, que as epidemias não foram debeladas e nem melhoraram os indicadores de saúde, aumentando progressivamente os custos administrativos que culminou com uma crise de financiamento (LOTTENBERG, 2007, p. 24). Com a desigualdade de renda deteriorando o ambiente social, quanto maior for esta desigualdade, mais negativas serão as avaliações dos indicadores relacionados à saúde (WILKINSON, 2000, p. 19).

Contudo, o brotar de novas práticas médicas-terapêuticas como a Homeopatia, que foi fundada em 1796, certamente concorreu para ajudar o *repensar* de novos valores para ajudar a tirar a urbe do caos que se materializou com as epidemias.

Os homeopatas, certamente que pressionaram com os resultados do labor de sua prática, os sujeitos que fazem a política de saúde no Brasil e que construíram o Direito Ambiental e até mesmo o cuidar dos sujeitos doentes. Contribuiu a Homeopatia no próprio enfoque da humanização dos recursos para a promoção da saúde integral, o seu *leit motif*.

Ainda assim, vive-se na prática médica do início deste século XXI, uma situação ainda fortemente voltada para os órgãos doentes e não para o sujeito enfermo, como no passado, e quanto às instituições “[...] Em qualquer que seja a situação, é importante destacar que, quando a explicação da doença não contempla o social, as soluções aventadas deixam intocada a estrutura social determinante de doença (MACHADO, 2004, p. 64).

No auditório da Associação Paulista de Medicina, em 1980, foi anunciada a inclusão da Homeopatia no rol de especialidades médicas assim como também o Curso de Especialização em Homeopatia para médicos resultado do *repensar* dos valores em zona de crise (LEFEBVRE, 2004). As pressões da política dos homeopatas muito colaboraram para a evolução, visando um meio ambiente urbano melhor.

Em 1988 surge a nova revisão da Constituição Federativa do Brasil que em seu Capítulo II da Ordem Social, Seção II, artigo 196 promulga que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No seu artigo 225 lê-se:

Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

O processo da evolução da sociedade urbana ainda não conseguiu chegar à urbanização completa (LEVEBVRE, 2004), está até muito longe dela pelo estado agora cronicamente doente, não mais agudamente, dos sujeitos do drama urbano. As frentes prioritárias em saúde pública mudaram por que o estado dos sujeitos enfermos agora é crônico, como resultado de carências importantes, e que com o auxílio de novas crises irão constatar que qualidade de vida melhor afasta as

doenças e por viverem os sujeitos com mais saúde, a evolução dos valores positivos da urbe se fará mais patente, o óbvio, não precisa de crises.

Estes valores, que podem ser medidos com o uso de indicadores relacionados à saúde como o indicador de Status Sócio Econômico (SSE) (WILKINSON, 2000), quando são negativos testemunham a postergação das medidas que devem ser investidas em práticas de uma racionalidade médica (LUZ, 2007).⁷¹ A Homeopatia é uma racionalidade médica segundo Madel Luz (2007), por possuir uma razão médica e eficácia terapêutica mesmo que venha a contradizer o senso comum do raciocínio hegemônico da biomedicina que veio a ser o resultado de ações médicas competentes e também de ações de grupos de interesse, motivados, segundo Harrys L. Coulter (1982, p. 119) *apenas economicamente*, pois fatores econômicos ajudaram a estimular o antagonismo entre a Homeopatia e a Alopatria e a competição econômica entre elas foi fundamental, na construção de seus antagonismos os quais com as perspectivas de conflito enfatizaram as divisões na sociedade, compostas de grupos distintos perseguindo seus próprios interesses, elevando-os a posições unidisciplinares e onipotentes.

É valorizando o sujeito que se alcança o coletivo, voltando-se para a diminuição de fatores econômicos, sociais, culturais e com a atenção para os universos subjetivos que geram descontentamento e frustração, como já foi explicado, por que estes fatores quando negativos constroem enfermidades e não promovem saúde. A ênfase no reducionismo destes fatores apenas para entidades nosológicas⁷² ou processos biológicos deve ser menor. Já é mais do que necessária, é urgente a aproximação como prática e política de oferta verdadeiramente, a aproximação para o saber interdisciplinar da valorização das mais variadas interpretações do fenômeno saúde/doença (GASTÃO et al., 2006, p. 193) dos sujeitos das urbes e do campo, política que deve ser vista como um poderoso exercício de inclusão para a participação dos sujeitos da urbe enfermos, na vida social.

⁷¹ Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia (MADEL, 2007).

⁷² Nosologia: estudo das moléstias como entidades independentes e identificadas no Código Internacional de Doenças (CID).

5 A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM

Muitos dos migrantes que se dirigem para a Amazônia e especialmente ao Pará e mais particularmente ainda em Belém chegam a este espaço urbano através da dinâmica de fronteira. Correm do campo para a cidade, cada vez mais, vindos de cidades menores, atraídos pela ilusão de estabilidade financeira e melhor qualidade de vida e ainda encontram o habitante de Belém já no limite de suas condições econômicas, agravando-se o problema habitacional e transformando as baixadas desta cidade em favelas. Desencadeia assim esta dinâmica, verdadeiros processos auto-segregadores que levam à periferização (BARROS e col., 2008), ou seja, terminam construindo um cinturão de pobreza material e socialmente excluída no entorno das cidades.

Vem cheios de esperanças, mas as adversidades nesta região vão engrossando uma massa de sujeitos que, se dirigem para a Região Metropolitana de Belém (RMB) aonde rapidamente esgotam os recursos públicos, sempre aquém das necessidades de tantos.

Sem as qualificações necessárias, engajam-se na construção civil, nas serrarias da área metropolitana, são os peões de trabalho que vão perdendo a saúde e engrossando os times dos que vivem de benefícios por estarem afetados em suas colunas vertebrais, pelos excessos de pesos que carregam ao servirem seus patrões. Alguns deles, apresentando sofrimentos na coluna vertebral causados por hérnias de disco intervertebral, chegam a cair dentro dos postos de atendimento público, como se sofressem repentinamente, em surtos, de verdadeiros curtos-circuitos, que lhes nega vida nos membros inferiores. Aquele emprego, que seria provisório, ainda jovens deixam-nos inválidos. Adicionando-se ainda, o enorme surto de pessoas que, esmolam ou procuram vender objetos a pedestres e motoristas que circulam pela cidade cada vez mais temerosos de serem assaltados, acontecimentos que foram intensificados como característicos de região metropolitana (KOVARICK, 2000, p. 21). “Estreiteza de uma estrutura produtiva, na qual uma massa populacional tivesse se avolumado sem que houvesse criação de empregos” (KOVARICK, 2000, p. 20).

A dinâmica de fronteira econômica que passou a se constituir a RMB atrai este movimento migratório; são as águas dos seus rios, suas terras e as florestas. Tudo e todos ainda esperando a gestão que solidária, seja capaz de estimular a

multiplicação dos valores desta região em benefício da vida e não da destruição. Sobre esta riqueza, escreveu Rui Barbosa, prefaciando em Paris a 28 de novembro de 1907, o “Álbum do Estado do Pará”, mandado organizar naquela cidade por Sua Ex. o Sr. Augusto Montenegro, Governador do Estado no período de 1901 a 1909:

Ainda quando a nossa pátria não contasse mais de uma região como a do Pará, esta só nos bastaria, para nos desvanecermos da nossa riqueza e apontá-la com orgulho aos que no-la desconhecem. Entre outros irmãos, porém, semelhantemente extraordinários, cuja rivalidade o honra, a importância da sua grandeza não diminui, nem o brilho de sua opulência empalidece. Nesta competência gloriosa os filhos daquele torrão privilegiado saberão, certamente, medir-se, pelas qualidades fortes da inteligência e do caráter com os favores da natureza e da fortuna, assegurando a esta maravilhosa província brasileira a distinção que lhe cabe entre as suas pares, na primeira linha das garantias sobre que devem assentar o futuro do Brasil. (Estado do Pará, 1908, p. 3).

No texto de Rui Barbosa são lidas loas, que reconhecem a existência de riquezas no Estado do Pará, já no ano de 1908. São os seus recursos naturais, que tem sido explorados irracionalmente. Quando os projetos chegam ao fim ou simplesmente se encerram, ou nem mesmo começam, promovem em consequência a ida do homem que morava no interior para a capital além da degradação do meio ambiente pelo empresário do grande extrativismo como o são o mineral e o da madeira, o qual ainda inibe e dificulta a participação independente do pequeno empresário.

Observa Trindade Jr. (2000) em seu artigo que a Amazônia quanto à sua urbanização também sofreu influência da industrialização do Brasil. Esta industrialização promoveu o aparecimento de fronteiras econômicas que foram instituídas visando recursos para atender a dinâmica econômica resultante. Assim, por estes motivos construiu-se a RMB por Lei Complementar Federal em 1973 e alterada em 1995. É uma conurbação⁷³ com 2.043.537 habitantes⁷⁴ com uma parcela expressiva compreendida por imigrantes correspondendo esta população da RMB a 29% da população do Estado.

A RMB como fronteira econômica é um fenômeno que surgiu com a modernidade, ou seja, é uma criação do modo de produção capitalista, mas as vantagens no caso paraense da RMB foram muito reduzidas, não havendo o crescimento econômico esperado, sendo entre as regiões metropolitanas do Brasil a

⁷³ Conurbação: processo de unificação de duas ou mais cidades.

⁷⁴ Estimativa realizada em 2007 pelo IBGE.

que apresenta o mais baixo índice de modernização, assemelhando-se muito a centros não metropolitanos (TRINDADE JR., 2000).

Os municípios que constituem a RMB são os seguintes:

1. Município de Ananindeua
2. Município de Belém
3. Município de Benevides
4. Município de Marituba
5. Município de Santa Bárbara



Figura 5 – Região Metropolitana de Belém em 1995

Fonte: Secretaria de Coordenação Geral de Planejamento e Gestão do Estado do Pará

Tabela 5 – População e densidade demográfica (2000) e taxa de crescimento anual da RMB (1980/1991/2000)

Município	Pop 2000	Participação na RMB (%)	Hab./km ²	TCA 80-91 (%)	TCA 91-00 (%)
Ananindeua	393.569	21,92	2.060,57	3,29	18,09
Belém	1.280.614	71,32	1.202,45	3,25	0,32
Benevides	35.546	1,98	200,82	13,27	-7,02
Marituba	74.429	4,15	682,83	-	-
Santa Bárbara do Pará	11.378	0,63	40,93	-	-
Total geral	1.795.536	100,00	837,52	3,58	2,79

Fonte: Censos IBGE (1980, 1991 e 2000)

Notas: Pop 2000 = população residente em 2000.hab/km² = densidade demográfica 2000.

TCA – Taxa de Crescimento Anual

A população da RMB até o ano de 2000 foi de 1.795.536 habitantes. Belém, a capital, cotava então com 1.280.614 e Marituba com 74.429 habitantes, participando Belém, da RMB com 71,32% e Marituba com 4,15% desta população, ou seja, na capital há uma forte concentração de pessoas em relação às demais cidades da RMB.

Tabela 6 – PIA, PEA e Taxas de Participação, Pará e RMB (2003)

Área	PIA					PEA					Taxa de Participação (%)		
	Total	M	(%)	F	(%)	Total	M	(%)	F	(%)	Total	M	F
Pará	3664055	1773552	48,40	1890503	51,60	2166172	1270260	58,64	895912	41,36	59,12	71,62	47,39
RMB	1523314	718160	47,14	805154	52,86	901550	496218	55,04	405332	44,96	59,18	69,10	50,34

Fonte: PNAD/IBGE (2003)

Notas: Taxa de Participação = (PEA/PIA)*100. Cálculos dos autores.

M – Masculino; F = Feminino

Montantes estimados, referentes à população urbana

A população em idade ativa (PIA) tem proporções equilibradas (%) quando consideradas em todo o estado do Pará e quanto à RMB com referência ao ano de 2003. Já a população economicamente ativa (PEA) mostra uma participação no trabalho maior da população masculina (M) de 71,62% no estado e de 69,10% na RMB. As mulheres (M) apresentam-se com uma taxa de participação menor: 47,39 no Estado e de 50,34% na RMB.

Pode-se ver no Gráfico 1 que quanto ao Produto Interno Bruto da RMB, Belém responde por 81% e Marituba por 2%, relação mais do que significativa, expressando a fraqueza econômica daquele município.

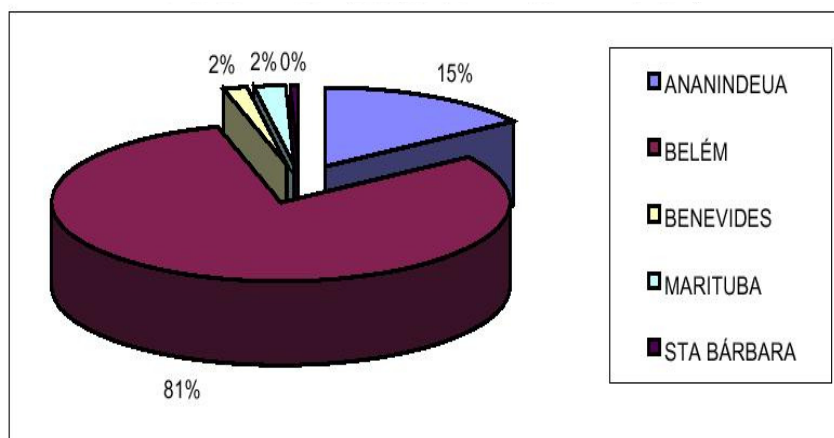


Gráfico 1 – Composição do PIB da RMB (2002)

Fonte: IBGE (2005)

Belém, a capital do Pará, tem uma população residente de 1.408.847 habitantes, segundo o IBGE, em dados de 1º de abril de 2007. É a segunda cidade da Amazônia em densidade demográfica. A sua economia se baseia principalmente no comércio e em serviços. Existe uma atividade industrial como alguns estaleiros, metalurgia, pesca e beneficiamento do palmito, mas ela se concentra principalmente nas atividades de extração de madeira e a agropecuária, com sua produção muito voltada para o consumo regional e local: indústrias madeireiras, extrativo-minerais, de sabão e velas, são as indústrias mais expressivas (TRINDADE JR., 2000).

A cidade de Belém é a principal via de entrada na região Norte do Brasil. Posicionada às margens do rio Guamá, encontra-se próxima da foz do rio Amazonas através do qual se pode chegar até Tabatinga, no estado do Amazonas, fronteira com a Colômbia. Por seus afluentes se acessam tanto o norte como o sul do Estado do Pará. Belém possui um moderno aeroporto e por terra localiza-se no extremo norte da malha rodoviária brasileira a BR-316. À nordeste temos a rodovia Belém-Brasília (BR-010) e a Alça Viária que conduz para a PA-150 e ao sul do estado.

Paris na América, como era considerada no período da produção e exportação de látex defumado de seringueiras para a produção de borracha, Belém vem sofrendo desde estes tempos, no final do século XIX e início do século XX, uma enorme pressão social por sua posição na região Norte e por sua dependência do contexto capitalista de fronteira econômica, caminho de muitos movimentos migratórios, ora de emprego, ora de desemprego, aonde nasce uma atividade de

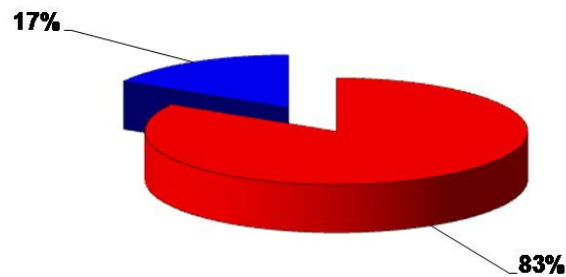
trabalho informal, sendo o *Eldorado*⁷⁵ de muitos, que vem e vão, para e do Norte e outras regiões do Brasil. Trindade Jr. (2000) coloca em relevo a este respeito, uma trama ou rede de relações das pessoas, estreitamente ligadas a interesses corporativos (IMMERGUT, 1996) realizados com o espaço urbano metropolitano de Belém. É a indústria da construção civil o elemento de interesse corporativo da vanguarda, além do próprio Estado, os grupos sociais excluídos e os proprietários fundiários. Ellen Immergut (1996) desenvolve muito bem a idéia destas ações serem correlatas a um jogo, um xadrez, mostrando as suas regras e o poder dos grupos de interesse (IMMERGUT, 1996), que assim exercem sua influência sobre a política gestora da RMB.

A dependência deste contexto tem uma resultante que constrói influências nocivas à saúde dos residentes das urbes estudadas, motivando e especificando a realização desta dissertação dentro da área das políticas públicas.

De acordo com o levantamento realizado pela Secretaria Especial de Defesa Social e Secretaria Executiva de Justiça, por intermédio do Conselho Estadual de Política Criminal e Penitenciária do Pará, o bairro da Sacramenta é um dos cinco bairros considerados como dos mais violentos da Grande Belém, seguido pelos bairros da Cidade Nova, em Ananindeua, da Condor e do Telégrafo Sem Fio, em Belém e do PAAR, em Ananindeua. No bairro da sacramenta se localiza o Instituto de Estudo e Pesquisa em Homeopatia “Samuel Hahnemann,” que é uma instituição particular identificada em suas atividades pelo seu próprio nome. Ela foi escolhida por prestar consultas homeopáticas gratuitas, principalmente aos moradores deste bairro (Gráfico 3), seu entorno urbano em Belém, onde a Instituição está instalada. Em 2007, foram atendidos gratuitamente 38 pacientes em aulas de prática de ambulatório em homeopatia e 191 pelo ambulatório da Cruzada Homeopática, nas quartas-feiras (Gráfico 2). Rotineiramente os medicamentos que são prescritos nas consultas gratuitas, são dispensados também gratuitamente e os usuários deste atendimento são sujeitos de baixa renda, materialmente pobres que em sua maioria moram no mesmo bairro da Instituição.

⁷⁵ O Eldorado é uma antiga lenda narrada pelos índios aos espanhóis na época da colonização das Américas. Falava de uma cidade cujas construções seriam todas feitas de ouro maciço e cujos tesouros existiriam em quantidades inimagináveis.

38 pacientes atendidos pelo curso de especialização



191 pacientes atendidos pela cruzada homeopática

**Gráfico 2 – Levantamento de atendimentos homeopáticos
14 de março a 13 de novembro de 2007**

Fonte: Instituto de Estudos e Pesquisas em Homeopatia “Samuel Hahnemann” (2007)



**Gráfico 3 – Levantamento de atendimentos clínicos por bairro
14 de março a 13 de novembro de 2007**

Fonte: Instituto de Estudos e Pesquisas em Homeopatia “Samuel Hahnemann” (2007)

As consultas no Instituto são atendidas por médicos homeopatas. Todos com curso de formação em Homeopatia de 1.200 horas/aulas. Os alunos, médicos que estudam Homeopatia no Instituto, quando atendem são supervisionados médicos homeopatas, seus professores.

O município de **Marituba** foi constituído em 1997, tendo sido desmembrado do município de Ananindeua. Dista 13 km de Belém e o percurso de Belém até Marituba, pode ser feito pela rodovia federal BR-316, em 20 minutos de automóvel e, de aproximadamente, 50 minutos em ônibus de linha. Está localizada às margens da rodovia BR-316 à altura do km 13. Faz limites com Ananindeua a oeste, com o rio Guamá ao sul, Santa Bárbara do Pará ao norte e Benevides à leste. Esta localização coloca o município na mesorregião⁷⁶ metropolitana de Belém, integrado à microrregião de Belém. O município tem 89.267 habitantes (segundo dados do IBGE de 2007) e 103,279 km² (segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2007) e estes valores colocam este município como sendo a terceira densidade demográfica mais elevada do Pará. A maioria dos seus habitantes, devido à escassez de emprego na cidade, trabalha em Belém ou Ananindeua, e por isto o município é chamado de cidade-dormitório, que era a consideração dada ao município de Ananindeua, que é o mais próximo de Belém, até este receber o movimento de periferização dos moradores de baixadas de Belém⁷⁷ e desenvolver os seus próprios empregos e serviços e com a espoliação urbana desenvolvendo a periferização na direção de Marituba esta cidade vive de modo agudo os resultados nocivos da urbanização de Belém e Ananindeua como se pode ler neste trecho de relatório:

Segundo dados da Rede Nacional de Avaliação e Disseminação de Experiências Alternativas em Habitação Popular, as baixadas (áreas de grande incidência de alagamento) representam cerca de 40% do município (de Belém), sendo habitadas por 550 mil pessoas. Tais áreas são classificadas, até mesmo, pela Prefeitura como deficitárias para o uso habitacional pela falta de infra-estrutura urbana e de equipamentos sociais. No entanto, as políticas públicas desenvolvidas para o setor, em grande medida, continuam perpetuando essa lógica excludente de desenvolvimento. Os projetos de macro-drenagem acabam por remover e reassentar essas populações em áreas distantes do núcleo urbano de Belém, dando origem a um demasiado crescimento da Região Metropolitana e conseqüentemente o aumento da população e problemas sócio-econômico das cidades do entorno. Como exemplo registramos que o município de Ananindeua conta com um índice de 77% das áreas desapropriadas pelo Estado para o abrigo de famílias oriundas das regiões dos igarapés (RELATORIA Nacional para o Direito Humano à Moradia Adequada e Terra Urbana, 2007).

⁷⁶ Mesorregião é uma subdivisão dos estados brasileiros que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais. Foi criada pelo IBGE e é utilizada para fins estatísticos e não constitui, portanto, uma entidade política ou administrativa.

⁷⁷ Segundo a *Organização das Nações Unidas e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão*. Missão Belém – Pará: O Direito à Moradia e a Regularização Fundiária em Belém: Violações e Recomendações.

Esta cidade, em 2008, continuou ainda servindo como dormitório, sua economia é baixa e praticamente depende do incipiente comércio local, grande parte de seus habitantes trabalha e estuda em Belém e Ananindeua. A cidade é servida por linhas de ônibus urbanos e semiurbanos, interligando-a com a capital e demais municípios da Grande Belém. Teve esta cidade um ligeiro crescimento que se deu à falta de espaço para o crescimento da Capital, Belém e da cidade de Ananindeua.

Este município conta com uma das maiores invasões da América Latina, o residencial Che-Guevara, que está localizado no km 16 da BR-316. Com o rápido inchaço desta cidade, os seus limites começam a ser extrapolados, chegando à cidade vizinha, Benevides, contagiando-a e a seus gestores, com a realidade da cidade dormitório. Esta expansão metropolitana, diferentemente de outras regiões, reflete principalmente as condições de pobreza característica do trabalhador desta região e o grau de expropriação do pequeno produtor rural (TRINDADE JR., 2000).

Marituba conta com 11 estabelecimentos de saúde com atendimento médico ambulatorial em especialidades básicas (IBGE, 2006). Nesta cidade se realizou a outra parte da pesquisa na Unidade de Básica de Saúde de Marituba/Pará, o Centro de Saúde “Dr. Gilson Rufino Gonçalves” de Decouville, por ser este o único no serviço público de saúde deste município a contar com um profissional no quadro regular, exercendo rotineiramente a clínica homeopática há cerca de 5 anos, atendendo em torno de 3000 consultas ao ano. Esta é o local aonde se realizou uma parte da pesquisa com a amostra que chamaremos de “Amostra II.” Decouville é um bairro da cidade de Marituba.

Há nesta unidade de saúde um ambulatório homeopático que surgiu do empenho do profissional que lá trabalha, o qual é médico homeopata e, que neste local pratica a Homeopatia tão somente por concessão do Diretor do Posto, não tendo havido no surgimento deste trabalho, propriamente dito, interesse público da gestão do município. Outro motivo justificador da escolha deste local, é que tem sido realizado com Homeopatia neste Posto, mais de 3.000 consultas por ano, o que já é uma demanda e resultado significativo para os propósitos da pesquisa. O medicamento homeopático prescrito é administrado na forma de gotas no ato da consulta, nada custando aos usuários, sendo oferta do próprio médico consultante.

5 A METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa estuda amostragens de sujeitos moradores de duas cidades da Região Metropolitana de Belém (RMB),⁷⁸ Belém, a capital, e Marituba, tornando possível através de respostas obtidas em formulários e que se referem às condições de habitação, renda, escolaridade e saúde, um olhar sobre o meio ambiente urbano socialmente excludente. A pesquisa também testemunha a resolubilidade da Homeopatia, como uma racionalidade médica que é, capaz de mitigar os efeitos nocivos da urbes.

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DA PESQUISA E LOCAIS DE COLETA DOS DADOS

Serão incluídos no estudo 80 usuários da Homeopatia, amostra de sujeitos/usuários da pesquisa, com a idade acima de dezoito anos, que há mais de 2 meses estão sob tratamento unicamente homeopático, período em que a resposta ao tratamento já se torna patente.

Esta resposta terapêutica se mostrará ainda mais patente naqueles que já vem se tratando com Homeopatia há mais tempo, que persistem e retornam por estar se dando bem com esta terapêutica e que também participarão desta pesquisa que demonstrou um dos seus pressupostos, ou seja, que a Homeopatia é uma terapêutica virtuosa para ser aplicada nas políticas de saúde pública.

A amostragem oferece as oportunidades de compreensão da dinâmica urbana que afeta a todo o conjunto de amostra, assim como suscitará análises comparativas. A coleta de dados, nos consultórios e ambulatórios da Instituição privada (Instituto de estudo e Pesquisa em Homeopatia “Samuel Hahnemann”), é realizada com usuários de baixa renda atendidos gratuitamente e o remédio incluso gratuitamente na consulta. Na Instituição pública (Centro de Saúde “Dr. Gilson Rufino Gonçalves” de Decouville), os medicamentos são dados no ato da consulta enquanto que os enfermos atendidos no Instituto dirigem-se à uma farmácia do bairro com a qual foi acertado o fornecimento dos medicamentos necessários, também gratuitamente.

⁷⁸ A partir deste ponto, quando o texto se referir à Região Metropolitana de Belém só será escrito RMB.

Esta amostra/usuários da pesquisa é uma escolha feita por cotas não probabilísticas e só haverá o fator aleatório na escolha do sujeito/usuário no momento em que ele acorre à consulta, quando então haverá um critério de escolhas alternadas nas consultas, para definir quem fará parte da pesquisa, ou seja: segmentou-se a amostra em características do usuário, como foi citado acima, e os usuários, sujeitos da urbe, que preencherem o perfil da amostra, serão os que farão parte da pesquisa.

Para os **locais de coleta dos dados** foram escolhidas duas instituições que já foram citadas, com ambiente favorável para a aplicação dos formulários de pesquisa e que já foram apresentadas mais acima. São elas:

1. O atendimento homeopático do Instituto de Estudo e Pesquisa em Homeopatia “Samuel Hahnemann”, em Belém, Estado do Pará.

2. O atendimento homeopático da Unidade Básica de Saúde “Dr. Gilson Rufino Gonçalves” de Decouville, na cidade de Marituba, município do Estado do Pará.

5.2 AS AMOSTRAS DA PESQUISA

As amostras da pesquisa são sujeitos/usuários da Homeopatia, universo de amostragem quantificado em 80, sendo assim estruturado:

Amostra I – Usuários de renda baixa do atendimento homeopático do Instituto de Estudo e Pesquisa em Homeopatia “Samuel Hahnemann.” São os usuários consultados gratuitamente toda quarta-feira e com gratuidade também nos medicamentos. O tempo de aplicação do questionário planejado para dois meses, teve como base a média de 260 pacientes por ano, média mensal de 21,6 pacientes do ambulatório gratuito. Em dois meses esta média é de 43,3 pacientes. Para um intervalo de confiança de 95%, foi considerada significativa uma amostra de 40 pacientes, segundo cálculo realizado no módulo Statcalc do programa *Epi-Info*.

O quantitativo da amostra, que ficou determinado pelo programa como sendo de 40 pacientes, foi estendido às outras amostras, com a finalidade de aproximá-las deste modo, a fim de uniformizar o valor amostral inicial da pesquisa. Esta uniformização foi feita usando o menor valor amostral, que foi de 40 para a Amostra I. Acrescentando aleatoriedade ao processo, em cada dia em que foram

aplicados os formulários à população que ocorreu ao tratamento, foram escolhidos alternados entre si, cinco pacientes entre as fichas do atendimento. Se o usuário/sujeito da amostra fosse escolhido e não preenchesse o critério de inclusão (maior de dezoito anos há mais de dois meses em tratamento com a Homeopatia) era escolhido o outro usuário a seguir. O mesmo critério foi utilizado para a composição da outra amostra.

Amostra II – Atendimento homeopático na Unidade Básica de Saúde “Dr. Gilson Rufino Gonçalves” de Decouville, Marituba-PA

Foram convidados a participar da pesquisa os usuários que compareceram ao atendimento homeopático na Unidade de Saúde de Decouville, em Marituba, no período do estudo de dois meses, e que preencheram os critérios de inclusão: maiores de dezoito anos, há mais de dois meses fazendo o tratamento homeopático. Foram submetidos ao mesmo processo utilizado para a composição da Amostra I.

A evolução clínica destes enfermos foi realizada em conformidade com a lei de cura ou lei de Hering, que será explicitada mais adiante⁷⁹ no capítulo seguinte, que é o padrão para o acompanhamento e definição de melhora ou piora do enfermo. Este padrão de acompanhamento permitiu a determinação e compreensão da evolução clínica do enfermo na direção da cura ou de sua melhora, como resposta à terapêutica homeopática.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

5.4.1 O Programa Epi-Info 3.4

Epi Info é uma série de programas Microsoft Windows para profissionais de saúde pública. Médicos, epidemiologistas, profissionais em saúde pública, ciências sociais e outros, podem desenvolver rapidamente um questionário ou formulário, padronizar o processo de entrada de dados ou alimentar o banco e analisar os dados. Para o cálculo do tamanho amostral (N), foi utilizado o módulo “Statcalc” do software *Epi-Info*, versão 3.4, tendo como parâmetros o tamanho da população, a frequência esperada de 50% e um erro de 5%;

⁷⁹ Ver Capítulo VI, página 76-nota de rodapé.

5.4.2 O programa SPSS

Os dados foram consolidados em um banco no programa Excel 2003 do Pacote Windows Microsoft e, posteriormente, foram analisados pelo programa Epi-Info (versão 3.4) e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), por estatístico especializado em estudos científicos.

A análise foi baseada em seus aspectos descritivos (média, mediana, desvio padrão) e analíticos. Para avaliação da distribuição normal, será utilizado o teste de Shapiro-Wilks. Adotar-se-á o nível de confiança igual a 95%.

O Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) é um pacote estatístico para Windows e vem a ser um poderoso sistema para análises estatísticas e manuseio de dados em um ambiente gráfico. Este programa tem uma rotina de geração de tabelas dinâmicas para exploração dos dados e permite realizar todos os tipos de gráficos usuais em estatística a fim de realçar as análises efetuadas.

5.5 O FORMULÁRIO DA PESQUISA (APÊNDICE – A)

O instrumento de coleta dos dados, escolhido para o levantamento das informações foi o formulário.

O formulário possui duas partes: uma construída com os padrões indicadores relativos aos mecanismos de evolução da terapêutica homeopática e uma segunda parte, que foi construída com o auxílio de uma profissional que trabalha com diagnósticos socioeconômicos em áreas urbanas⁸⁰. Ele foi elaborado para avaliação das características demográficas, sociais, sanitárias e clínicas, incluindo-se as questões específicas sobre o acompanhamento homeopático. Este instrumento de coleta de dados foi bastante útil, podendo ser aplicável a diversos segmentos da população, e por poder ser aplicado a pessoas que não sabem ler ou escrever ou que a idade criou limitações como a visual, por exemplo, possibilitando

⁸⁰ Formulário construído com a ajuda da antropóloga. Prof. Dra. Voyner Ravena Cañete a partir de sua experiência com comunidade no Igarapé Mata-fome, em Belém/PA.

ainda auxílio dado nas dificuldades para responder às suas questões, ou seja, as respostas serão anotadas pelo pesquisador que preencherá o formulário diretamente com o paciente. Com vistas a estimar-se o tempo previsto para cada formulário, inicialmente este foi aplicado, como um pré-teste, a 3 pacientes, que ao final, se preenchessem os critérios de inclusão seriam inseridos na pesquisa. Foi solicitado a estes pacientes também sua aquiescência à pesquisa, através de um termo de consentimento (Apêndice B).

Para ser conhecido o status socioeconômico e as características do viver desses pacientes submetidos à pesquisa, o formulário traz ainda questões sobre a identificação pessoal, endereço, características e condições da habitação e questões sobre as pessoas que moram com o sujeito da entrevista para compreendermos o perfil da família residente, assim como quanto a escolaridade, trabalho, se recebem subvenções do governo como bolsa escola, os serviços públicos do entorno e as condições do terreno em que a habitação está assentada. Procurou-se traçar a conformação do estado de saúde dos residentes e do entrevistado na residência atual nos últimos 12 meses com questões referentes aos resultados da terapêutica homeopática, que indicarão o bem-estar e as mudanças de atitude esperadas na relação dos pacientes com a urbe.

5.6 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA

A pesquisa de campo com as entrevistas e preenchimento dos formulários contendo as respostas dos sujeitos enfermos, usuários do tratamento homeopático correspondentes às amostras I e II já citadas mais acima, foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNAMA.

6 CONCLUSÕES DA PESQUISA

O problema da pesquisa foi construído como uma tentativa de compreender, de que forma a vida urbana afeta com a sua dinâmica os sujeitos que residem nas cidades promovendo doenças, e se poderia a Homeopatia mitigar os impactos que a urbe promove sobre os indivíduos. Apresenta a conclusão da pesquisa a resolubilidade da Homeopatia, como resposta positiva ao problema levantado, esperando ajudar assim a construir um partilhamento maior do espaço da Homeopatia na prática dos atendimentos dos sujeitos enfermos das urbes, foco de atenção das Políticas Públicas de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

A dinâmica urbana alcançando os sujeitos que fazem a cidade enferma-os como resultado da ampla desigualdade de renda (WILLKINSON, 2001), vivida neste país e no Estado do Pará. Constrói doentes por pobreza e também doentes por riqueza.

As reflexões deste trabalho se desenvolvem a partir de uma pesquisa entre aqueles conceituados como “doentes por pobreza,” (WILLKINSON, 2001) tendo se defrontado o trabalho com a exaltação de suscetibilidades a partir de atitudes desarmoniosas no viver vicissitudes, que também estão presentes nos que adoecem por riqueza. Estranhamente se constata uma aproximação de sofrimentos, proporcionalmente relativos por causa do desnível sócio econômico, quando os grupos pesquisados ao viverem uma posse de recursos, por mais que vinculados à sua pobreza material e por isto mínima, já suficientemente constrói sofrimentos que são mais comuns entre as pessoas da cidade que adoecem por riqueza. Os que nada têm, sofrem por exaustão, fadiga e astenia, cansaço puro na busca do que lhe é necessário à vida.

A pesquisa se estrutura sobre o atendimento com medicamentos homeopáticos e sua episteme a dois grupos que representam uma amostragem da população enferma da Região Metropolitana de Belém (RMB)⁸¹, nas cidades de Belém e Marituba.

A Homeopatia em sua racionalidade construiu a possibilidade de tratamento de enfermos com medicamentos que nas pessoas sadias são capazes de desenvolver sintomas e sinais semelhantes aos que apresenta o enfermo que se

⁸¹ A RMB é constituída por 5 municípios: Belém, Marituba, Benevides, Santa Isabel e Santa Bárbara. A partir deste ponto a abreviação RMB será colocada no lugar de Região metropolitana de Belém.

quer curar. É a lei ou princípio da similitude sintomática em terapêutica. Esta racionalidade conduziu à construção da Matéria Médica Homeopática, acervo experimental onde estão os resultados das experimentações medicamentosas sobre seres humanos sadios, as informações sobre os medicamentos homeopáticos. A episteme da Homeopatia vincula-se à uma prática holística no labor terapêutico aonde sua racionalidade construiu uma filosofia, teoria, técnica e daí uma prática toda peculiar com o estudo das experimentações em homens sãos, a administração de um só remédio simples de cada vez, diluídos e dinamizados pela farmacotécnica homeopática.

Na racionalidade da dinâmica desta pesquisa que é uma tríade assim constituída: cidade, meio-ambiente e saúde, foram registradas correlações entre condições nocivas da dinâmica urbana desta RMB com os estados de enfermidades dos sujeitos das amostras pesquisadas, inferido-se, que a doença, além de sua configuração biológica é também uma realidade individual, construída pelo sujeito enfermo que vive a urbe.

6.1 PARTE I

Nesta Parte I, foram analisados os dados pessoais do sujeito enfermo, 40 residentes na cidade de Belém e 40 residentes na cidade de Marituba e que são usuários da Homeopatia, em atendimentos desenvolvidos em gratuidade. Aqui estão dados referente a habitação, escolaridade, trabalho e bens pessoais. Os dados especificados no levantamento foram:

1. Tempo de moradia na habitação atual;
2. Tempo de moradia no bairro em que se localiza a habitação do sujeito atendido na consulta;
3. Guardou-se o registro de onde a família morava, antes de residir no bairro da atual habitação (Gráfico 10);
4. Se a residência anterior era própria;
5. O tempo de moradia e a zona de origem, se rural ou urbana (Gráfico 11).

6. A relação dos residentes com o grau de parentesco, sexo, idade (Gráfico 8), naturalidade (Gráfico 9) e estado civil.
7. Quanto ao perfil escolar (Gráfico 12) foram pesquisadas as condições de
 - a. Não estudante: sem instrução; só alfabetização; se com ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior completos ou incompletos e a situação de criança fora da escola.
 - b. Estudante: pré-escolar; ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior; curso técnico e nestes casos, o transporte utilizado; bairro da escola e se tem ajudas governamentais como Bolsa Escola.
8. O perfil dos trabalhadores residentes foi pesquisado quanto à condição de funcionário público federal, estadual ou municipal; se possuía ou não carteira trabalhista para se pesquisar a estabilidade no emprego; se autônomo; biscateiro; desempregado. Quando inativo, se dependente, aposentado ou pensionista. O perfil do trabalhador residente pesquisou o local do trabalho, o transporte utilizado (Gráfico 7) e a renda familiar (Gráfico 13).
9. Também foram pesquisados aspectos da moradia, como: quanto à aquisição do imóvel — se próprio, cedido, ocupado ou alugado; o uso do imóvel — se residencial, comercial ou misto; o número de cômodos — quantas salas, quartos, cozinha, banheiros; o tipo de construção — se alvenaria, madeira, barro, palha; o tipo de piso — se madeira, cerâmica, cimento ou terra batida.
10. Foram pesquisadas as condições do terreno, se ele é: seco, alagado, ou alagável.
11. Registrou-se a infraestrutura do bairro da habitação quanto aos serviços, como: luz elétrica; água de poço ou encanada; coleta de lixo; fossa; pavimentação na frente da habitação; iluminação pública; escola pública nas proximidades; feira nas proximidades; posto médico nas proximidades; o acesso por estivas ou pontes; a existência de praça pública nas proximidades para o lazer (Gráfico 6 na análise dos resultados da pesquisa).

12. A quantidade de bens, possuídos pelo sujeito enfermo, usuário da Homeopatia e participante das amostras como: televisão; guarda-roupas; armários; estante; ferro de passar; geladeira; fogão; aparelho de som; rádio; cama; ventilador; mesas e cadeiras; sofá; bicicleta; liquidificador; botijão de gás.

6.2 PARTE II

É constituída da análise dos dados do mesmo sujeito enfermo, residente ou na cidade de Belém ou de Marituba, que foi usuário da Homeopatia, ainda nos atendimentos desenvolvidos em gratuidade. Aqui, os dados específicos levantados, se relacionam com os resultados do tratamento homeopático sobre a saúde destes enfermos e são referentes ao número de vezes que foram atendidos com o medicamento homeopático, além de outros dados da evolução clínica no período de dois meses, tempo da pesquisa, tais como:

1. O número de consultas efetuadas.
2. Se o resultado na evolução do paciente foi cura ou não (Gráfico 15).
3. Se os sofrimentos por estar doente diminuíram, o que ajuda a determinar a sua melhora ou piora.
4. A condição de retorno de sintomas antigos, o que qualifica a condição da cura antropológica, integral⁸² (Gráficos 16 e 17).
5. A condição de disposição geral, depois que começou a terapêutica homeopática, se aumentou ou diminuiu.

⁸² Dr. Constantin **Hering** (1800-1880), um dos fundadores da Homeopatia na América do Norte, americano, alemão de nascimento, deixou a observação de uma condição de evolução para cura, que confirma o tratamento correto e que é conhecida como *lei de cura* na qual um dos seus parâmetros é o retorno dos sintomas antigos, que retornam, para depois desaparecerem da economia do enfermo que passa a viver em saúde. Estes parâmetros, referem-se ao influxo da vida quando se recobra em direção da saúde produz um movimento centrífugo, com características exonerativas, de dentro para fora que alivia os órgãos mais importantes. À vida em detrimento dos menos importantes e o observador também pode observar dores e erupções se aliviando a partir da cabeça para terminar nas extremidades do corpo. Neste sentido o mental melhora primeiro e depois o físico. A cura antropológica.

6. A condição de alegria ou prazer, de tolerância ou intolerância com os erros alheios, a condição de estar mentalmente melhor depois do início do tratamento (Gráfico 15).
7. A condição de reaparecimento de relações mais harmoniosas no convívio com a família.
8. A condição de disposição para cuidar da habitação e fazer pequenos consertos, depois do tratamento (Gráfico 15).
9. Se a condição de renda familiar melhorou depois do tratamento. Se surgiu a construção de novos trabalhos que melhorassem a renda (Gráfico 15).
10. Se o absenteísmo do trabalho era maior antes do tratamento (Gráfico 15).
11. Se houve a condição de desaparecimento de algum vício entre os familiares ou do próprio sujeito enfermo residente, depois do tratamento homeopático (Gráfico 15).
12. Se surgiu a condição de ter cessado de adoecerem em sua família depois do início do tratamento (Gráfico 15).
13. Registraram-se também a existência de condições vantajosas ou desvantajosas de moradia, no local em que vivem (Gráficos 1 e 2).
14. Discriminou-se a quantidade de doenças vividas por cada sujeito enfermo da pesquisa (Gráfico 19).
15. A incidência das doenças por gênero (Gráfico 23).
16. A incidência de doenças por renda familiar (Gráfico 14).
17. A relação percentual dos remédios prescritos por paciente (Gráfico 22).

6.3 PARTE I - ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA DA PARTE I

Observa-se que a boa localização foi importante para estas pessoas, na escolha do local de moradia. A boa localização foi vantagem importante para 28% destas pessoas, na escolha do local de moradia. Esta informação tem sua importância ao ser dada pelo usuário, por implicar a boa localização em morar nas proximidades das cidades de Belém e Ananindeua que tem oferta de emprego. Transforma-se este dado em um valor obviamente para todo trabalhador, só que a

boa localização, aqui nesta pesquisa é de sintoma de *conformação* com a distância como no caso da cidade de Marituba, que dista 13 km de Belém com o percurso até Belém podendo ser feito pela rodovia federal BR-316, em 20 minutos de automóvel e, de aproximadamente 50 minutos em ônibus de linha, como já se falou ao tratarmos desta cidade no Capítulo 5.

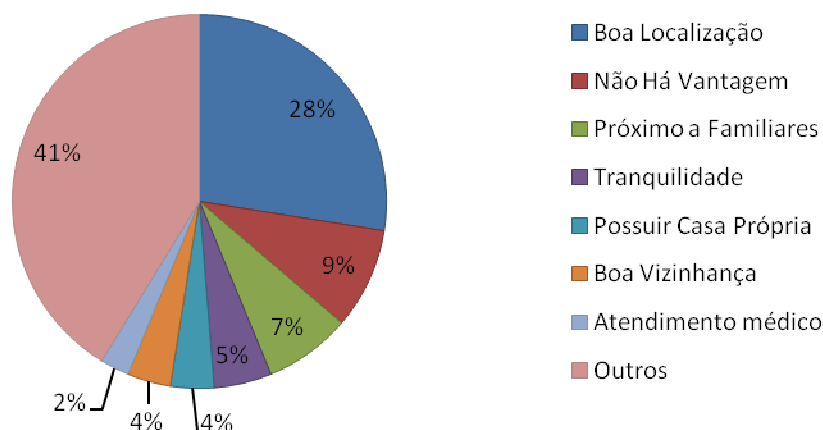


Gráfico 4 – Vantagens do local de moradia

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

No morador do entorno do Instituto de Estudos e Pesquisa em Homeopatia “Samuel Hahnemann,” no bairro da Sacramenta em Belém, temos a sede da metade dos sujeitos enfermos amostra da pesquisa. Este bairro, antes mesmo do início da transposição pela população de Belém, das áreas institucionais da Aeronáutica, Exército e Marinha, que bloqueavam a expansão da cidade, foi sede dos movimentos iniciais da periferização da população desta Região Metropolitana de Belém (RMB) cuja ocupação vale pela *boa localização*.

São moradias edificadas em alvenaria na proporção de 79,76%. Este percentual se justifica no caso de Marituba, por ser o posto de saúde e o seu entorno, edificado em uma área mais antiga do município, onde não estão as invasões, assim como o entorno do Instituto em Belém, o qual é adjacente à uma via pública importante para o bairro da Sacramenta. Entre estas moradias 16,67 ainda são edificadas em madeira; 48,28% têm o piso de suas casas em cerâmica; 33,33% em cimento e terra batida 11,49%. Quase 50% (46,25%) delas possuem 2 quartos.

37,5% têm um só quarto e 81,25% foram adquiridas através de compras. 87,50 destas moradias foram edificadas em terreno seco.

A qualidade predominante das moradias também denota a ausência das características da extrema pobreza.

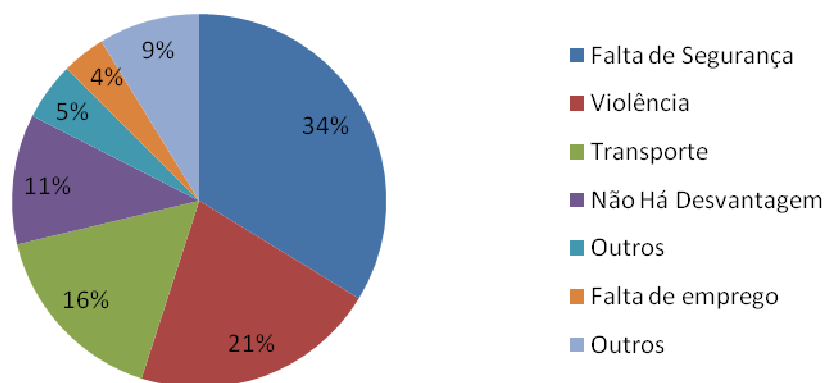


Gráfico 5 – Desvantagens do local de moradia

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Entre os habitantes das cidades a nota tônica das conversas, em consequência de fatos vívidos assim como de outros veiculados pela imprensa e mídia em geral, é a falta de segurança e a violência urbana. A pesquisa aponta para a falta de segurança e violência urbana que configuram ao lado da problemática dos transportes urbanos na RMB, como as desvantagens do local de moradia em resultado das respostas dadas no relatório da pesquisa (Gráfico 5).

Estas questões ligadas a violência e insegurança desde os anos 1990 passaram a ser ligadas à construção da cidadania pois a dificultam, impedem as pessoas nas cidades de viverem nelas pertencimento, aumentando as condições de exclusão na urbe e impedindo a consolidação de direitos sociais e civis básicos pelos quais muitos lutam (KOWARICK, 2000, p. 14). São questões urbanas que devem ser interligadas.

Lucio Kowarick (2000, p. 20) mostra que o aumento da produtividade do trabalho parou de ser repassada para o trabalhador na forma de renda. Este fato se observa especialmente entre aqueles que trabalham sem uma qualificação

profissional, e que são muitos. Para estes a deterioração salarial foi em termos reais, como características do capitalismo brasileiro nas últimas décadas. A espolição urbana entrelaça a violência, a falta de segurança e o transporte nesta dinâmica nociva da construção das cidades e da metropolização, apontado claramente este entrelaçamento nesta dissertação assim como pelos autores como causa do processo de adoecimento, isto é, a diminuição da sadia qualidade de vida.

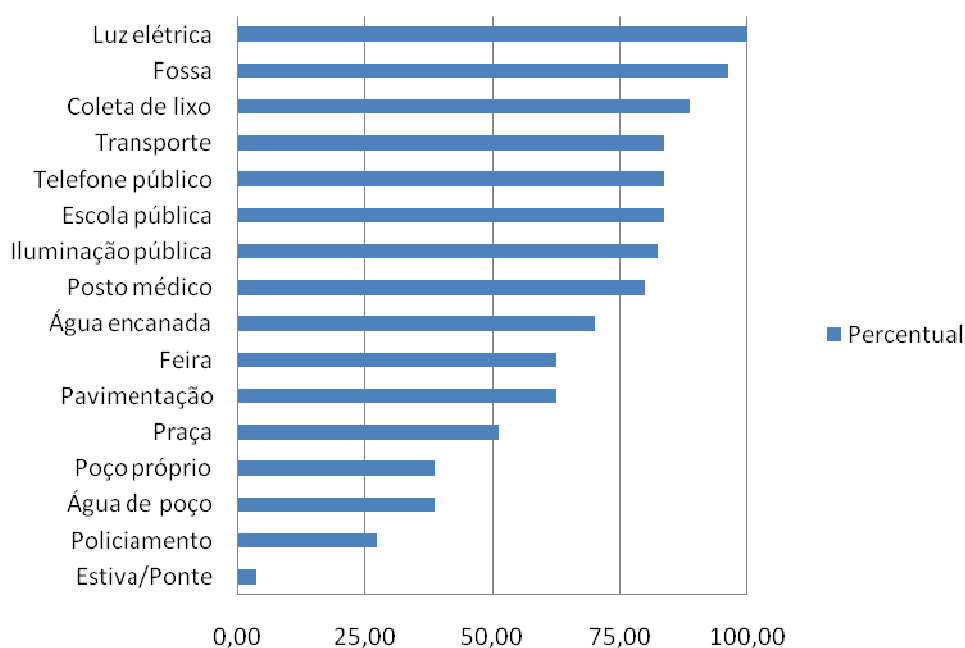


Gráfico 6 – Infraestrutura

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Observa-se que todas as residências dos entrevistados possuem energia elétrica e também desfrutam dos serviços públicos ofertados pelas prefeituras. A área onde se situa o posto de saúde de Decouville e outros bairros do entorno, situa-se à direita de quem vem de Belém e é uma área mais antiga quanto ao uso e às propriedades edificadas. O outro lado, o esquerdo, é aonde se situa a invasão que era chamada de Che Guevara e hoje Almir Gabriel, um novo bairro, a maior invasão da América Latina.

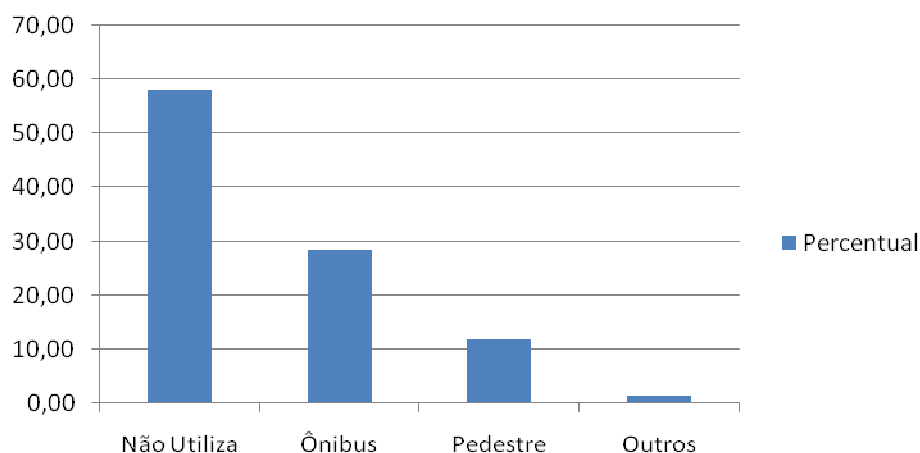


Gráfico 7 – Transporte para o trabalho
 Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Muitos não utilizam transporte para o trabalho, como se vê no Gráfico 7. O que ocorre é que aparece na pesquisa um número grande de biscateiros e trabalhadores que ganham seu sustento com um labor que fazem a pé.

Percentualmente, quase 30% destas pessoas, usam ônibus no transporte para o trabalho. Diz Richard Wilkinson (2000), que estas dificuldades seriam como apresentar o pobre à frente de sua pobreza, o que aumenta a sensação de que está tudo piorando. São sujeitos enfermos que não são capazes e nem educados para perceber que este transporte urbano é um provimento de responsabilidade do Estado.

Amelia Cohn (2006, p. 245) reflete acertadamente, que é o Estado a única instância social, e que deve se assumir como tal, capaz de efetuar a redistribuição das riquezas que foram socialmente produzidas sob a forma de impostos na melhoria dos serviços de transporte e da sadia qualidade de vida das cidades.

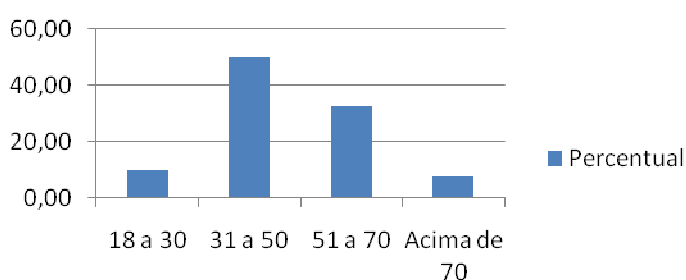


Gráfico 8 – Faixa etária
 Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Esta pesquisa não abrangeu menores de 18 anos de idade. Por este motivo eles não aparecem no gráfico de faixa etária. Assim sendo pode ser observado, que a frequência maior destes usuários se situou entre a faixa etária de 31 a 50 e 51 a 70 anos de idade.

As entrevistas com os sujeitos enfermos ficaram mais expressivas para as finalidades da pesquisa, por causa da faixa etária escolhida. Pode ser observado que foram maioria do grupo estabelecido, as pessoas mais velhas e por isto, certamente mais conscientes e qualificadas e assim em condições de escolha da Homeopatia como terapêutica. São pessoas mais amadurecidas pelas experiências da vida e portanto, as que mais ficaram expostas aos fenômenos urbanos que causam enfermidades.

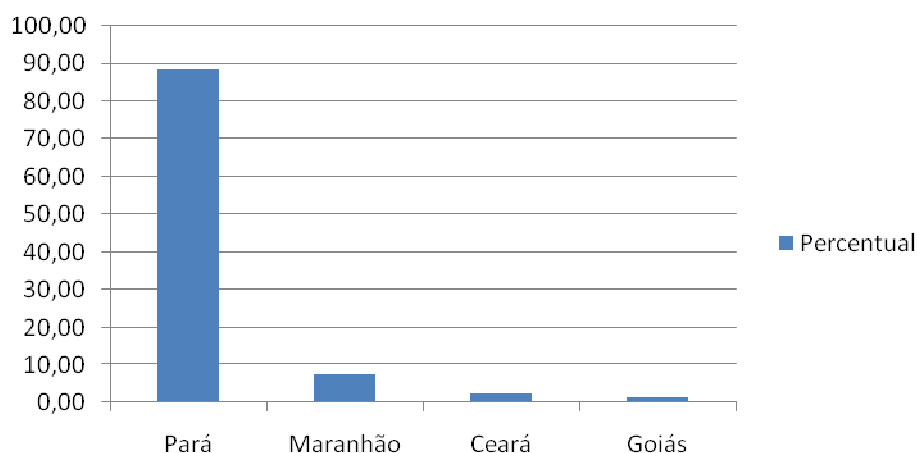


Gráfico 9 – Naturalidade

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

A naturalidade mais incidente é a dos nascidos no Pará, mas ainda se observa a força do movimento migratório de outros estados. É possível que, por trás da alta incidência de nascidos no Pará existam migrantes de outros estados que foram os progenitores dos paraenses usuários da pesquisa. A força migratória ainda é das cidades do Pará para a RMB ou é a força da periferização.

A causa é a movimentação espacial em busca de melhores condições de vida e nesta procura, dirigem-se para a Região Metropolitana de Belém (RMB) vindos dos estados do Nordeste ou das cidades do próprio estado do Pará, caracterizando o deslocamento das zonas rurais para a capital do Pará, Belém.

A movimentação espacial ainda ocorre pelo afastamento das pessoas dos bairros centrais da cidade, aonde viviam próximas das possibilidades de empregos e serviços mas, tocados pela espoliação urbana, desfazem-se do que possuíam para viverem uma troca repetida de endereços, afastando-se mais e mais das proximidades das possibilidades de trabalho, periferezando-se na capital ou vivem em suas baixadas que são alagáveis ou alcançam a cidade de Marituba, que pelas dificuldades gestoras do município, transformou-se em uma cidade dormitório. Aí dormem, em Belém trabalham! Conformam-se com a grande distância no ir e vir diário, considerando filosoficamente que ainda estão perto, que ainda tem trabalho, isto os que tem. Todos estes são fatores de adoecimento, de diminuição da sadia qualidade vida, prevista na Constituição.

Estas pessoas, constituem um entorno nas urbes que a diminuição ou ausência de sadia qualidade de vida constrói atitudes ou subjetividades de revolta, tristeza, desesperança e que mina a saúde e esgota as ofertas através das quais, tenta a gestão política das cidades, o Estado, minimizar o problema, que não significa construir a solução. O resultado são postos de saúde lotados, muitos enfermos, muitos gravemente enfermos.

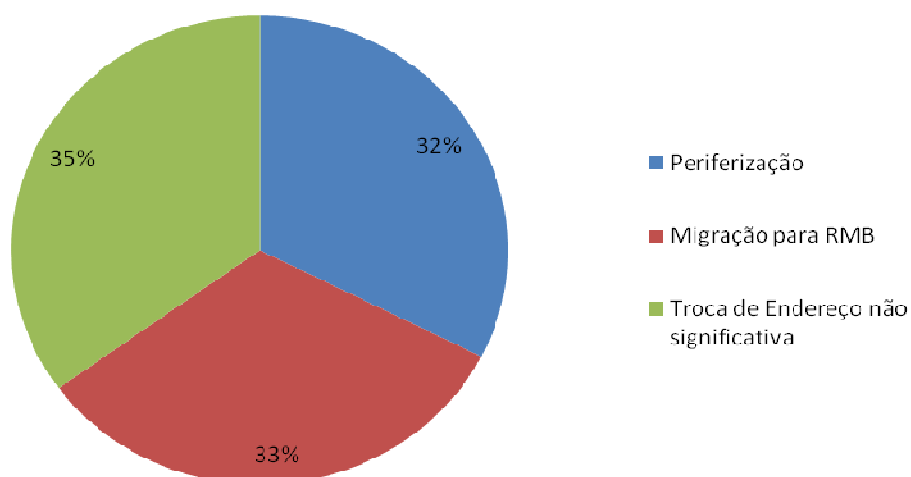


Gráfico 10 – Migração

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

O Gráfico 10 demonstra a força da dinâmica das urbes: a periferização e as migrações em geral, que nesta pesquisa são assim vistos:

Periferização – Movimenta-se o sujeito na capital, Belém, para a sua periferia, ou mesmo para os outros municípios da RMB. Movimentam-se tocados pela especulação imobiliária, procurando manter-se o mais perto que for possível dos locais onde há emprego.

Migração – Esta ocorre pela força da periferização, ainda dentro dos limites da RMB, até chegar nos limites desta RMB ou de cidades fora desta RMB mas localizadas no estado do Pará ou nos estados da região Nordeste do Brasil.

Existe também o dado da pesquisa de troca de endereço não significativo como migração ou periferização. Esta troca de endereço aqui neste caso, pode expressar a crise envolvendo o sujeito da urbe, o qual resiste à periferização, resiste em manter-se perto de sua origem, trocando de endereço, repetidamente, às voltas de suas possibilidades de trabalho.

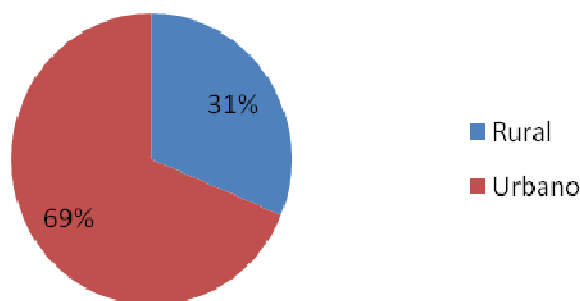


Gráfico 11 – Zona de origem da família
Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

O percentual maior, como pode ser observado aqui, é a origem urbana das pessoas que constituíram as amostras da pesquisa. Pode-se presumir com este resultado, mostrado no Gráfico 11 que a força do movimento do campo para a cidade ainda não se esgotou.

As dificuldades constituem as mudanças por deslocamento dos locais de origem. São mudanças que comumente são acrescidas de mais sofrimentos e diminuição de esperanças. A oferta qualitativa e pessoal de uma atuação

profissional, da parte daqueles que se deslocam, não é o seu motivo.. É mesmo a fuga, a desesperança, a crise, cuja repercussão toca com seu poder modificador, até mesmo e principalmente para as estruturas gestoras mas, elas tem seu preço elevado em dor, enfermos e diminuição na participação no trabalho.

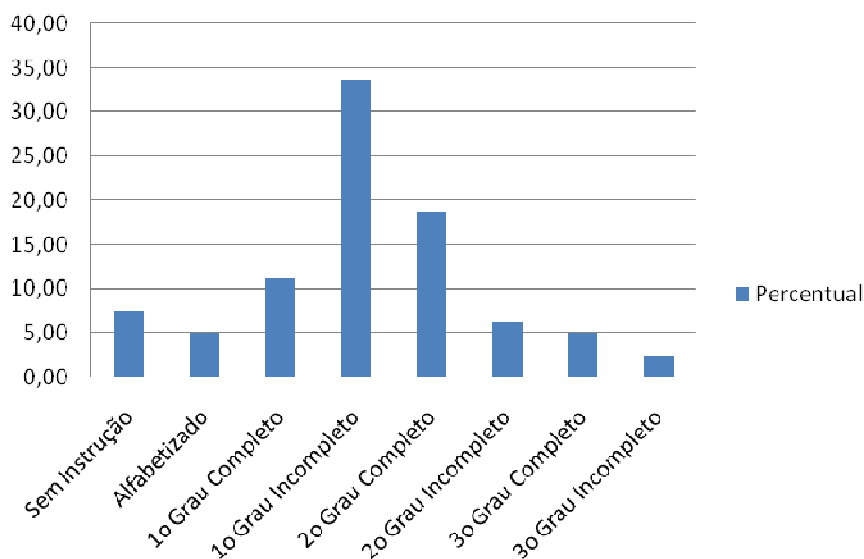


Gráfico 12 – Perfil escolar

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

A grande incidência neste gráfico, que dá um testemunho do perfil escolar, é o de pessoas com o ensino fundamental incompleto. Esta escolaridade é testemunha da quebra nas esperanças de conquistas pessoais com instrução formal, o que constrói frustrações. Fica aqui comprometida, a consciência crítica futura de que tanto o país precisa, consciência crítica que deveria ser construída a partir das crianças no ensino fundamental cuja deficiência também compromete e desenha uma questão intergeracional que repercute desfavoravelmente no progresso da cidade, na vida, na saúde. Pais com baixo grau de escolaridade tendem a não dar aos filhos uma perspectiva em seus direitos civis e isso se reflete na apatia quanto ao uso do sistema de saúde e na dificuldade de adesão a terapias como a Homeopatia, assim como a apatia na possibilidade de identificação das diferenças nos objetivos dos tratamentos unidisciplinares ou hegemônicos ofertados. Alguns não entenderão, outros só com grande dificuldade compreenderão, que não é enxaqueca ou estômago alterado que os põe doentes, mas é por estarem doentes

que tem enxaqueca e gastrite, e o raciocínio vem claro: sou eu que preciso me tratar, me cuidar. Estas constatações apontam como solução, para uma educação apropriada, uma *educação de qualidade*, assistida principalmente por professores do ensino básico, adequadamente preparados para este fim.

Como crianças na Escola não fazem greve por causa da consciência crítica ainda não construída, o quadro para aí, no comprometimento da evolução do país e de suas urbes, ficando entre outras consequências, sem ser atendida a necessidade do avanço das demandas por terapias como a Homeopatia, como oferta proposta para o equilíbrio das políticas públicas de saúde vividas nestes tempos de SUS.

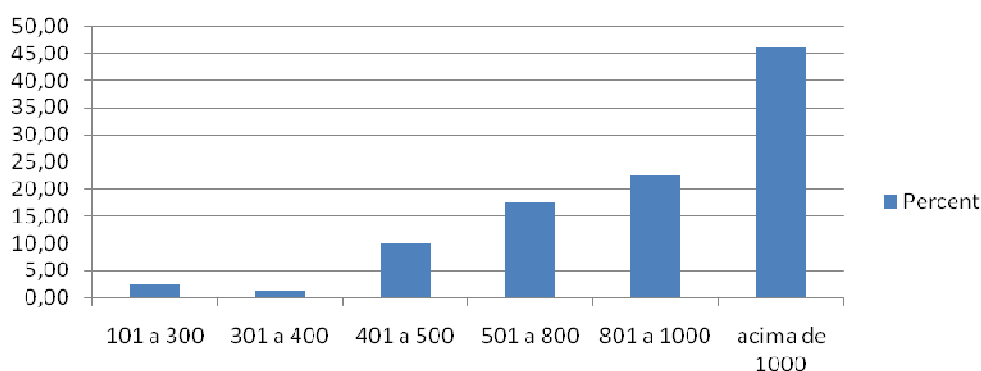


Gráfico 13 – Faixa de renda familiar (R\$)

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Os usuários da Homeopatia, foco da pesquisa, demonstraram, ter renda familiar incidente em quase 50% do total de usuários, na faixa acima de R\$1000,00 de renda familiar, com uma queda acentuada deste valor para o grupo que tem percentual de quase 25% e que tem ganhos familiares totalizados entre R\$801,00 a R\$1000,00 e daí para valores cada vez mais baixos. Lúcio Kovarick (2000) acrescenta um dado que surge aqui, construindo luz. Este dado é como um fator que contrabalança a queda nos níveis de remuneração, que é o ingresso de toda a família, incluindo as crianças, no mercado de trabalho, que ao lado do aumento das jornadas de trabalho contribui para explicar a incidência da renda familiar, no patamar visto acima. Este gráfico subjetivamente, expõe a força do trabalho superexplorada, associada ao contexto de perdas das oportunidades de um trabalho permanente e regular, constituindo o subemprego (KOVARICK, 2000, p. 21) e

poderá ser observado que até mesmo estes baixos valores de renda, conseguem discriminar as pessoas em grupos mais suscetíveis a viverem certas doenças. O quadro das desigualdades em saúde emerge de estudos recentes (WILKINSON, 2000). São resultados que apontam para fatores psicossociais que conectam a saúde às circunstâncias socioeconômicas, testemunhando que quando o grau de desigualdade socioeconômica é menor, ou quando a amplitude da desigualdade de renda é menor, a saúde da sociedade é maior (WILKINSON, 2000).

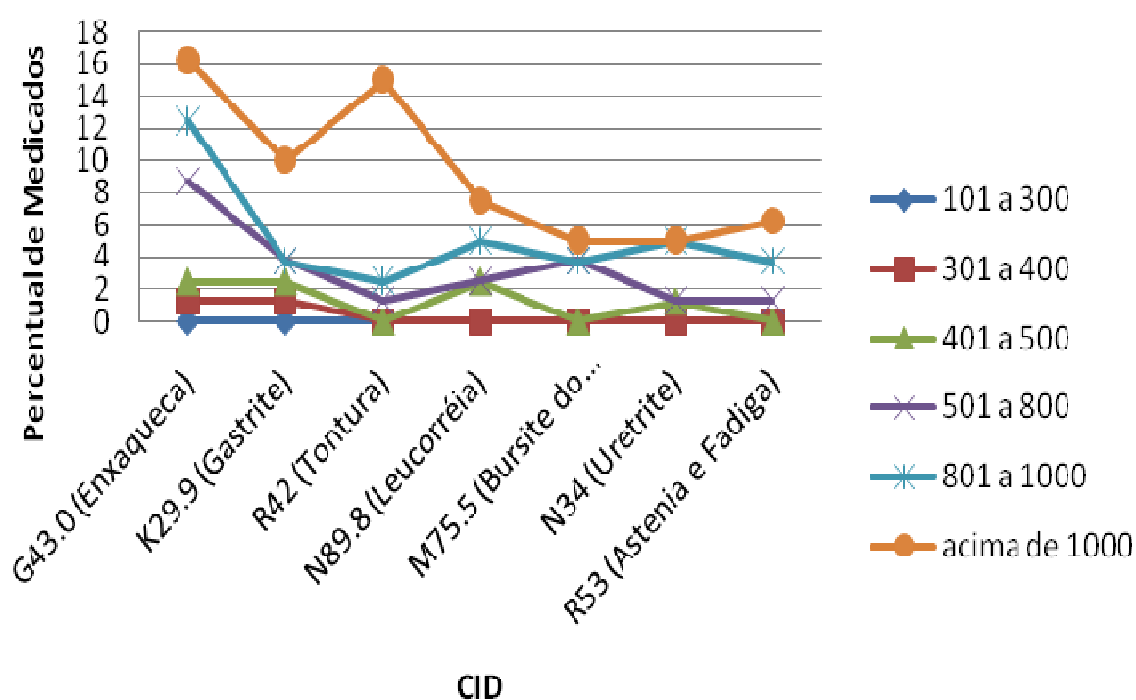


Gráfico 14 – Incidência de doenças por renda familiar (R\$)

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Esta pesquisa descobriu que algumas doenças foram mais incidentes na população da amostra escolhida. Classificadas as doenças, de um modo crescente quanto à renda familiar, observamos que foram prevalentes os seguintes quadros nosológicos:

1. Astenia ou fadiga;
2. Uretrite;
3. Bursite do ombro;

1. Leucorreia;
2. Tontura;
4. Gastrite; e
5. Enxaqueca.

Neste Gráfico Nº 14, encontramos que foram as enxaquecas, as enfermidades mais prevalentes seguidas de gastrite, tontura, leucorreia, a bursite do ombro, uretrite e estados de astenia e fadiga, sendo correlacionados estes diagnósticos nosológicos⁸³ (enxaqueca, gastrite e assim por diante) à renda familiar dos 80 sujeitos doentes que compuseram a amostra. Cada doença passou a ser apresentada percentualmente no gráfico a partir de sua incidência. No eixo das ordenadas são apontados os percentuais de pessoas medicadas para cada CID. Como já se referiu as variáveis de doenças são classificadas de modo ascendente quanto à renda familiar. Assim sendo, aqui o grupo maior de sujeitos enfermos e medicado foi de 16% do total dos 80 sujeitos e eram as pessoas com a maior renda (acima de R\$1000,00), tendo estes apresentado uma clínica referente à enxaqueca. A linha que os identifica é da cor alaranjada

1. 16% de medicados — Enxaqueca — CID G43.0 — Renda acima de R\$1000,00 — **Cor alaranjada.**
2. 13% de medicados — Gastrite — CID K29.9 — Renda de R\$801,00 a R\$1000,00 — **Cor azul claro.**
3. 9% de medicados — Tontura — CID R42 — Renda de R\$500,00 a R\$800,00 — **Cor rôxa.**
4. 2% de medicados — Leucorréia — CID N89.8 — Renda de R\$401,00 a R\$500,00 — **Cor verde.**
5. 1% de medicados — Bursite do ombro — CID M75.5 — Renda de R\$301,00 a R\$400,00 — **Cor vermelha.**
6. 1% de medicados — Uretrite — CID N34 — Renda de R\$101,00 a R\$300,00 — **Cor azul escuro.**
7. -1% de medicados — Astenia e fadiga— CID R53 — Renda de até R\$100,00

⁸³ Diagnóstico nosológico: Diagnóstico de doença com o auxílio do CID, Código internacional de doenças.

. Pode-se observar que curiosamente a variação da diminuição de renda, abrange o sofrimento com enxaqueca e gastrite na faixa de renda maior e, termina com astenia e fadiga no grupo com menor renda, O grupo que vive a renda familiar maior representa em linhas gerais, isto é, não em todos, uma construção dentro do emprego mais regular, de salários mínimos, como também temos nesta faixa de renda uma participação de todos os que coabitam com o sujeito usuário da pesquisa e que o ajudam na construção da renda familiar, muitos vivendo subempregos e informalidade no trabalho.

A faixa de renda maior já é suficiente para construir vínculos complexos de posse e ganhos, de apegos, preocupações e um adoecimento resultante dessa dinâmica. Os enormes obstáculos vividos na urbe em crises múltiplas nos caminhos do labor que conduz à auto-afirmação, à auto-estima, para classes sociais mais abastadas, somam-se às representações de insegurança e medo em relação à garantia da estabilidade da propriedade. Daí a interferência que a violência urbana tem neste grupo.

No outro grupo, predomina o cansaço puro. Este grupo com menor renda, foi construído dentro da instabilidade, no emprego, no desemprego ou nos biscates. Deixa este gráfico bem clara a consequência sobre a saúde, da dinâmica socioeconômica que de tão desigual é nociva e constrói mais tensões e a diminuição desta desigualdade produzirá cidades menos tensas por serem mais igualitárias e conseqüentemente menos hostis e violentas umas com as outras, uns sujeitos com os outros (WILKINSON, 2000).

6.4 PARTE II - ANÁLISE DAS CONCLUSÕES DA PESQUISA SOBRE AS QUESTÕES VOLTADAS ÀS RESPOSTAS DO TRATAMENTO

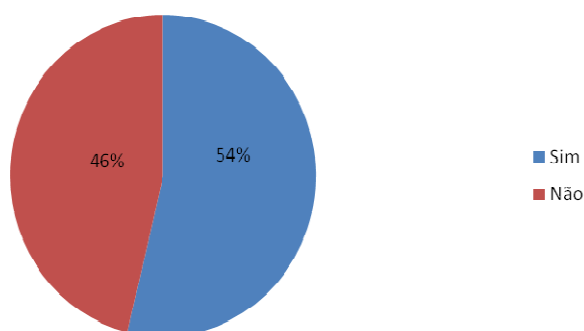


Gráfico 15 – Cura como resultado

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

No universo estatístico pesquisado de 80 sujeitos enfermos, a cura com o tratamento homeopático foi o resultado proporcional em 54% da totalidade dos atendimentos. Isto significa que 54% dos enfermos tiveram o desaparecimento de seus sofrimentos e passaram a desfrutar de saúde, alguns até, de forma integral.

Esta forma integral de alcançar a cura, não é a vivência do *perfeito*. equilíbrio psíquico, físico e social conceituado pela O.M.S. próprio de filosofias utopistas. Este perfeito equilíbrio é um estado de saúde virtual que também Henry Lefebvre (2004) já havia explicitado em sua *A Revolução Urbana*⁸⁴ ao afirmar que a *sociedade civilizada* também o é. Quando Hahnemann (1810) conceituou a sua definição de saúde, o gozo da vida em plenitude voltada para o exercício dos mais altos e elevados fins da vida⁸⁵, também apresenta um contexto virtual, não real, mas todos estes são contextos possíveis. Contudo, como primeiros passos, estes apontamentos idealísticos, já estão sendo lembrados no século XXI para servirem como um padrão de aferição da evolução clínica, o que já é de grande valia. São novos padrões que apontam, para um objetivo: a equanimidade. Esta deve ser procurada para ser experienciada e representada como uma unidade biopsíquica e social, dotada de vitalidade, voltada para a existência de um processo que pela via de uma terapêutica é colocado em um movimento que conduz à saúde integral. Este é um movimento que partilha os esforços, interdisciplina-os, caminho para se chegar à sociedade civilizada, alcançando-se assim as normatizações já existentes na OMS, no SUS, na episteme da Homeopatia, os seus fins.

⁸⁴ LEFEBVRE, Henry. **A revolução urbana**. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

⁸⁵ Parágrafo 9 do Organon da Homeopatia (HAHNEMANN, 1810).

Constituem estes valores, uma possibilidade no futuro do homem. Eles são vividos quando se está no caminho da saúde, que é um processo de mudanças continuadas, com atitudes melhores em face da vida. Esta realidade de mudança se apresentará como possível quando a dimensão urbana tiver a saúde como um dos seus pressupostos de viver melhor e sem crises e isso requer tanto mudanças individuais quanto coletivas. Sujeito e urbe.

Acompanhando os novos padrões de evolução para a saúde, como estes relacionados à atitude, nas curas vistas no Gráfico 15, estas mudanças favorecerão positivamente o entorno do sujeito, sua família, construindo e não mais destruindo a cidade.

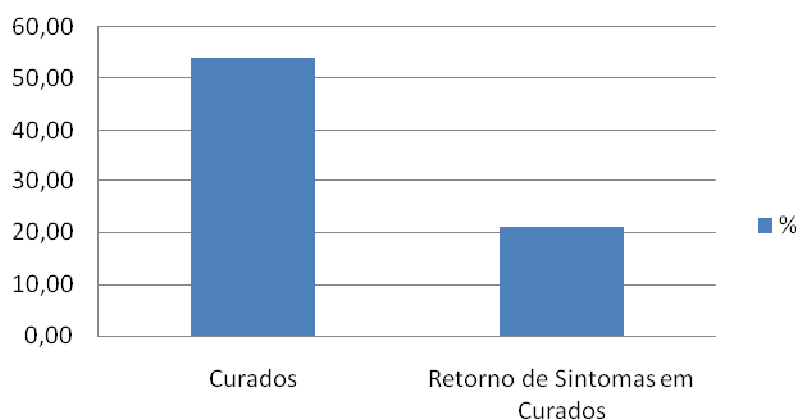


Gráfico 16 – Proporção de curas com retorno dos sintomas antigos

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Estes gráficos permitem que sejam feitas as seguintes interpretações: não é suficiente uma enxaqueca desaparecer, é necessário observar também sinais de um estado de equanimidade do ser, os quais vão surgindo concomitantes ao desaparecimento dos sintomas que motivaram a consulta, como a enxaqueca, observando que a evolução para a cura ou melhora também devem realizar-se em concordância com os indicativos da lei de Hering. A direção da cura no sujeito enfermo se dá de dentro para fora, surgindo uma melhora inicial na mentalidade, depois vem a disposição geral melhor que se espraia por todo o seu corpo e o enfermo assim volta-se para atitudes positivas de construção na cidade, de pertencimento, de viver mais integrado.

Inicialmente movimenta sua habitação. Constrói novas disposições aos poucos móveis, um prego aqui, um tijolo ali, mais a limpeza e higiene, para então dedicar-se a trabalhos que possam lhe dar algum retorno financeiro, a venda de tapioca, de café à frente de homens que saem para o trabalho cedo da manhã, sem alimento no estômago. Outras possibilidades criativas surgem na busca por ajudar a família. A ponderação e equanimidade nas relações familiares constrói no lar um lugar de se estar. Assim outros que nem se trataram melhoram, deixam mesmo, antigos vícios. O lar passa a ser um lugar para se estar e não a rua.

Afetada para melhor, a suscetibilidade exaltada para adoecer, que diminui, construído o aumento da refratariedade para enfermar, o sujeito das urbes, amparado por políticas públicas de saúde que vivam o cunho redistributivo da riqueza nacional, alcançará enfim o bem-estar necessário à sadia qualidade de vida.

Como confirmação do bom movimento para a cura, em alguns enfermos, foi observado o retorno de sintomas antigos que logo desapareceram, o que empíricamente constrói um prognóstico dito dinâmico, que constata a boa evolução clínica do sujeito enfermo. Nesta dinâmica, 54% dos enfermos foram curados, com um percentual de retorno de sintomas antigos de 20%. Do total dos sujeitos enfermos, 46% estavam melhorados, ainda não curados e destes 46%, 14% já mostravam o retorno de sintomas antigos que os colocavam no caminho da cura integral.

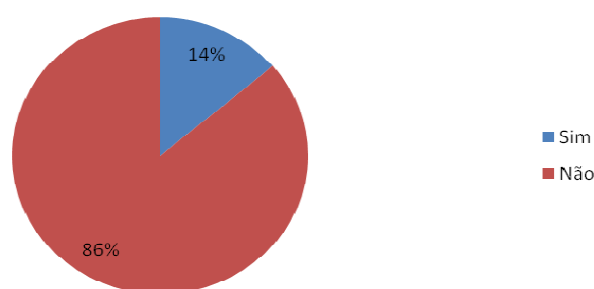


Gráfico 17 – Retorno de sintomas

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Observa-se pelo Gráfico 17 que este retorno de sintomas antigos, indicador objetivo de cura, quando não for muito molesto, cobriu dos 86% da totalidade dos pacientes tratados, apenas um micro-universo estatístico de 14% dos mesmos.

Considerando aqui, que entre os curados (54% do total), apenas 20% apresentaram este retorno de sintomas antigos. Este retorno de sintomas pode não ser observado pelo médico e nem pelo enfermo, por poder ser pouco explícito, o que o torna mais frequente. O mais notado é o encaminhamento para a cura, atendendo aos outros padrões, vistos a propósito da lei de Hering.

O retorno de sintomas antigos, já vividos pelo sujeito enfermo, qualifica a cura quando ocorre, como sendo antropológica, o sujeito da cidade se vê curado apesar das dificuldades de sua vida, construídas a sua frente pela dinâmica nociva da urbe. Novos acontecimentos ligados a esta dinâmica, especialmente a exclusão/segregação precisarão ser mais severos para fazê-lo viver outra vez doença crônica. Com a saúde aprimorada há uma refratariedade maior para adoecer, ficando menos predisposto. O gráfico, indica a eficiência do tratamento e a descoberta pelo usuário da importância da permanência no estado de saúde, engajando-se a partir daí, em esforços pessoais que o ajudem a manter o que foi alcançado.

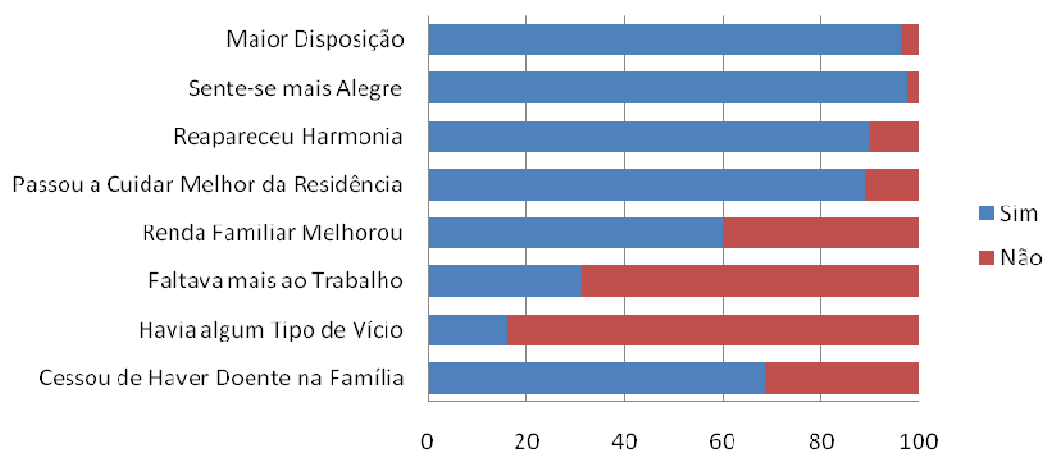


Gráfico 18 – Características da dinâmica da evolução clínica

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

O Gráfico 18 demonstra a resolubilidade da Homeopatia no embate com os efeitos nocivos da urbe. Testemunha as mudanças ocorridas depois do tratamento homeopático e que resultaram em ganhos de harmonia dentro do lar e na cidade: sujeitos mais dispostos e alegres, cuidando melhor de suas residências, com a

renda familiar melhorando por dedicarem-se a atividades que criam renda a partir do bem estar conquistado, além de racionalizarem mais o uso da renda e faltarem menos ao trabalho e portanto terem menos dias descontados. Em alguns casos há a diminuição de vícios como o alcoolismo, mesmo naqueles que não eram os atendidos, mas viviam na companhia dos consultados e passavam a desfrutar do bem estar irradiado em suas casas, nas quais os sujeitos enfermos pararam de adoecer.

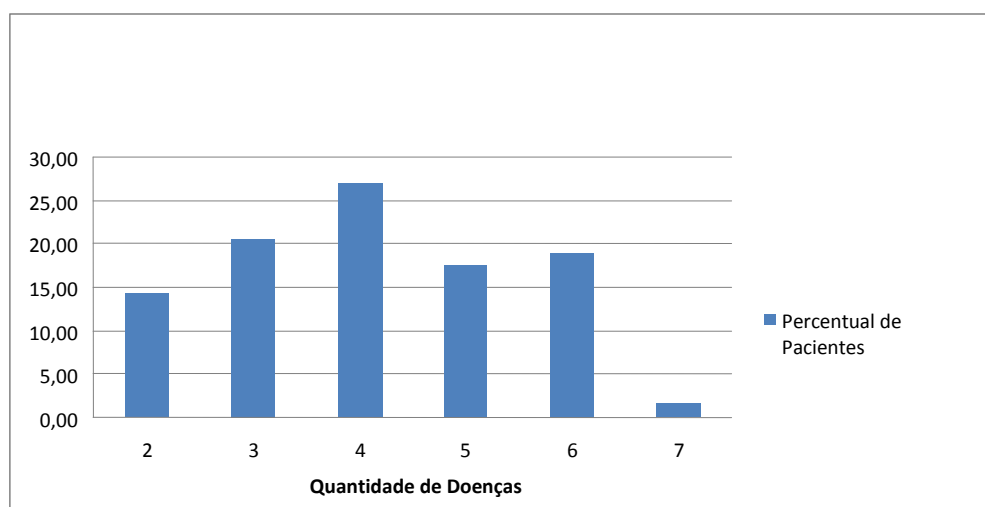


Gráfico 19 – Quantidade de doenças diagnosticadas por paciente

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Ao serem diagnosticados os seus sofrimentos, estes pacientes apresentavam várias doenças, identificadas dentro das classificações de doenças ditas nosologias⁸⁶ que são como se classificam as doenças no Código Internacional de Doenças (CID-10). No Gráfico 19 pode ser observado que a maioria dos usuários apresentavam até 4 doenças. Nestes casos, o rol de doenças apresentadas por um sujeito enfermo, também testemunha as consequências nocivas do meio ambiente.

⁸⁶ Nosologias: estudo das moléstias.

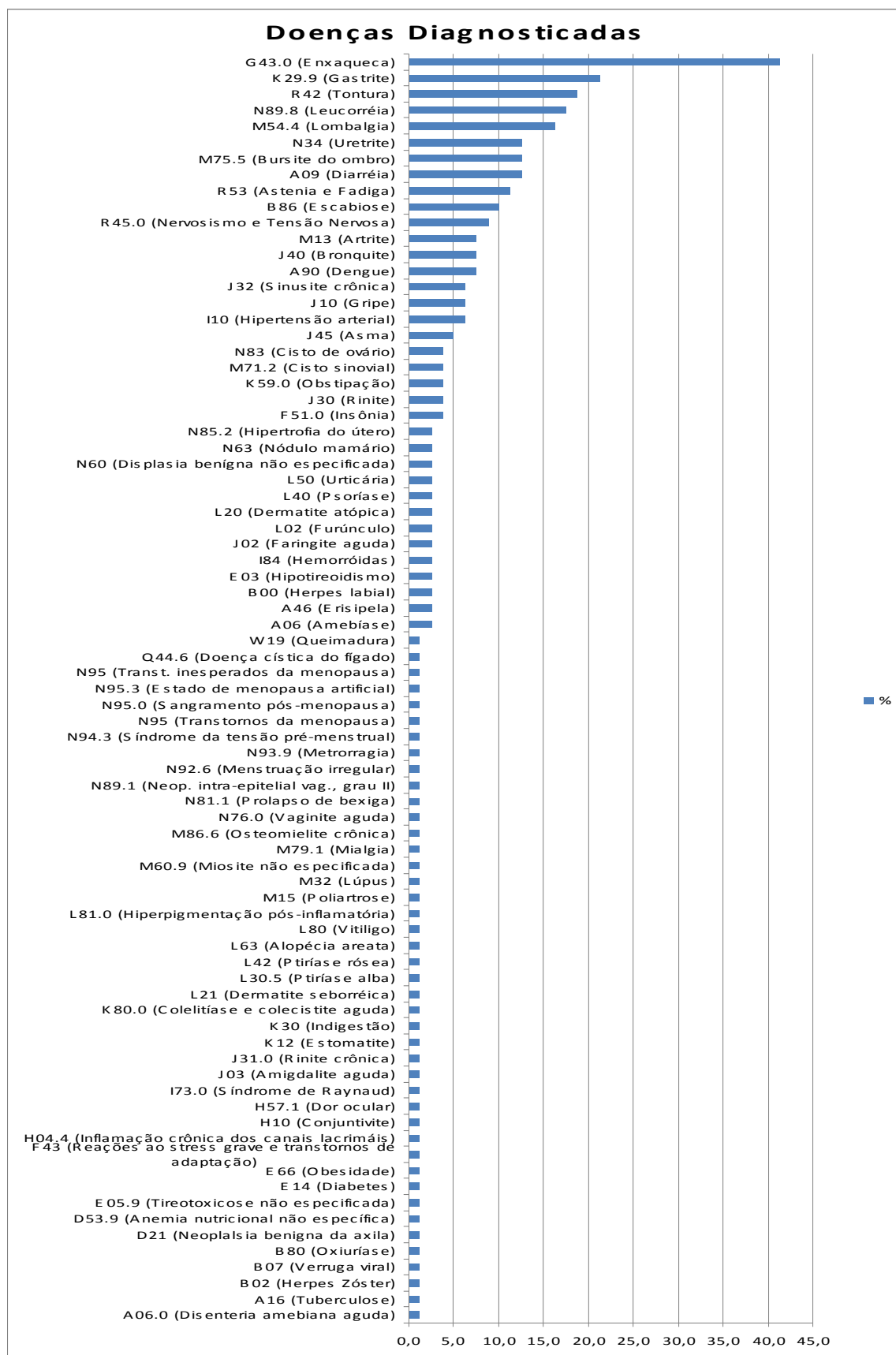


Gráfico 20 – Doenças diagnosticadas
 Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

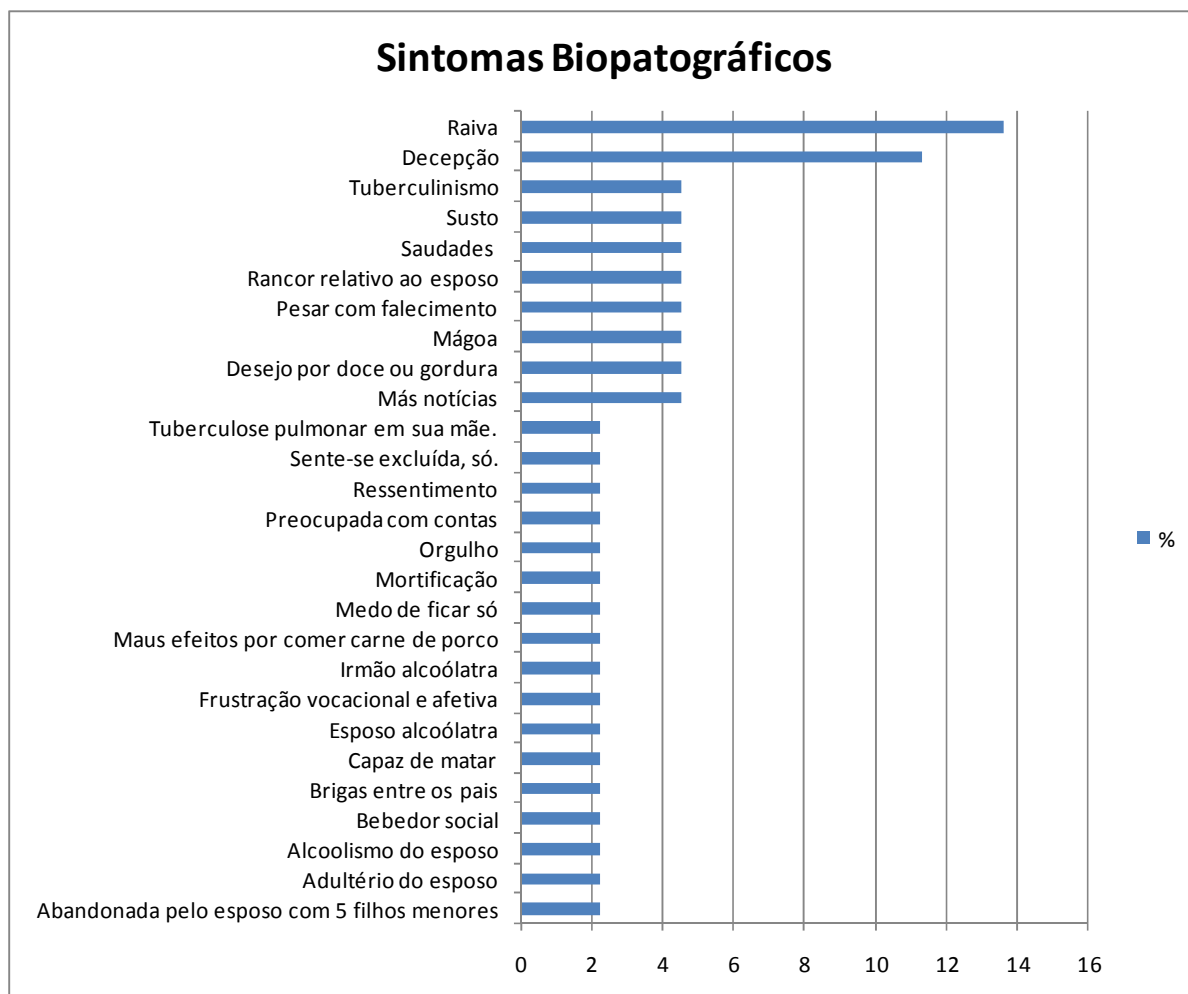


Gráfico 21 – Sintomas biopatográficos ou transtornos por...

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Biopatografia ou “transtornos por...”, são os sintomas que surgem da história clínica e que foram vividos no passado dos sujeitos enfermos, de forma intensa e que ainda alcançam o presente de suas vidas pelas marcas que deixaram. Estes sintomas expressam o valor da desarmonia que ocorreu em suas vidas com um potencial suficiente para produzir alterações no corpo e no psiquismo do enfermo, o adoecer crônico. O remédio homeopático, ao ser capaz de produzir sintomas na experimentação em homem são, semelhantes aos que ele cura, é capaz pela lei da similitude de neutralizar esta desarmonia da vitalidade do enfermo, fazendo com que a perturbação que foi engendrada desapareça, sendo ajudado ainda, pelo médico, na construção de nova racionalidade para sua vida, que o coloque no caminho da sublimação dos sentimentos desarmoniosos.

As subjetividades dos enfermos, precisam ser conhecidas, pois elas expressam um processo de adaptação à vida nas urbes, de cunho violento e primitivo quanto à evolução do homem no mundo. A adaptação transcorre das relações do sujeito das urbes com o seu entorno essencial, o meio ambiente urbano. Valores como raiva e decepção ou a tendência para a tuberculose demonstrada por um quadro clínico chamado de tuberculinismo, por ter o enfermo um ou vários antecedentes familiares de tuberculose, este não faz a tuberculose, mas sustenta uma clínica recorrente de patologias pulmonares como asma, bronquites, pneumonias, “não curo aquela gripe”, dizem. E estes são quadros que se alastram, diminuindo a produção do trabalho, o absenteísmo que aumenta, a perda do emprego. Expressa o Gráfico 21 todo o sofrimento dos sujeitos das urbes e que se encontra subjacente às dinâmicas das histórias das próprias dificuldades à construção do progresso no rumo de uma sociedade civilizada.

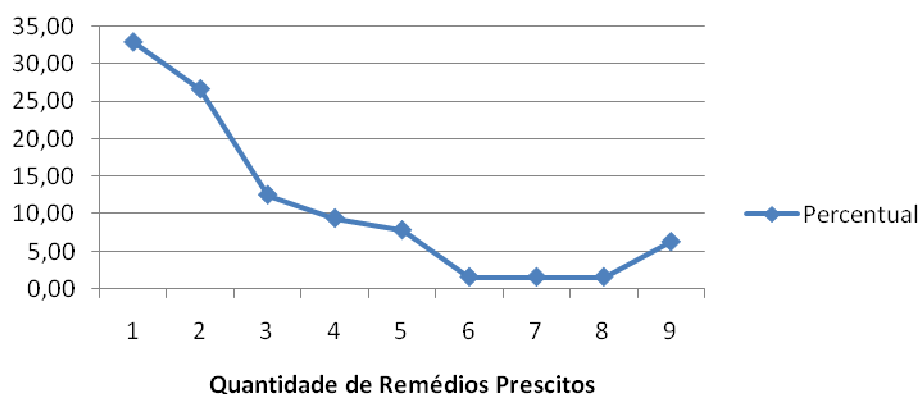


Gráfico 22 – Quantidade de remédios por medicado

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

Expressa este gráfico que a maioria dos enfermos recebeu apenas um remédio homeopático, o qual pode ter sido repetidamente administrado enquanto que outros receberam 6, 7, 8 ou no valor máximo dos dados, nove medicamentos administrados em consultas diferentes e que testemunham seja a dificuldade no encontro do remédio correto, ou intercorrências vividas pelo sujeito enfermo como agudizações de seus males crônicos, ou desarranjos intestinais ocasionais ou outras

situações construídas na vida destes enfermos. O total de prescrições para os oitenta sujeitos enfermos foi de 180 prescrições de medicamentos homeopáticos.

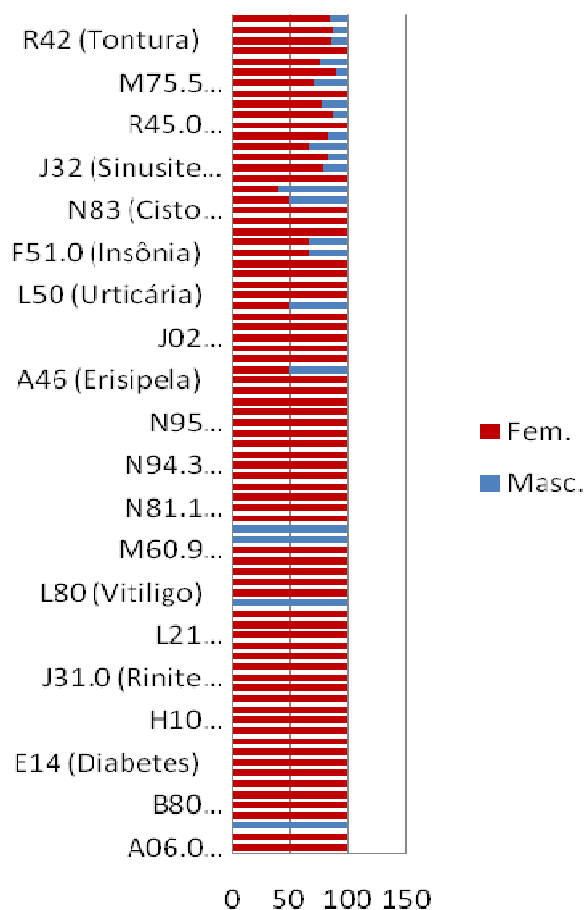


Gráfico 23 – Incidência de doença por gênero

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

A procura pelas consultas homeopáticas foi maior pelas mulheres. São elas que se cuidam mais do que os homens. São elas que em geral tem um grau de conscientização maior acerca da procura e da atitude que devem ter para viverem melhor. O desemprego e as necessidades do lar como os cuidados com filhos, – e as observações mostram que estes não precisam ser de pouca idade para preocuparem, – constróem o tempo para as visitas ao médico, se consultando e aos filhos também. Os homens, quando estão empregados, seus patrões criam, em geral, todas as dificuldades para saírem com a finalidade de se consultarem.

Terminam piorando e vivendo um absenteísmo mais prolongado do que deveria ser, o que leva à perda do emprego.

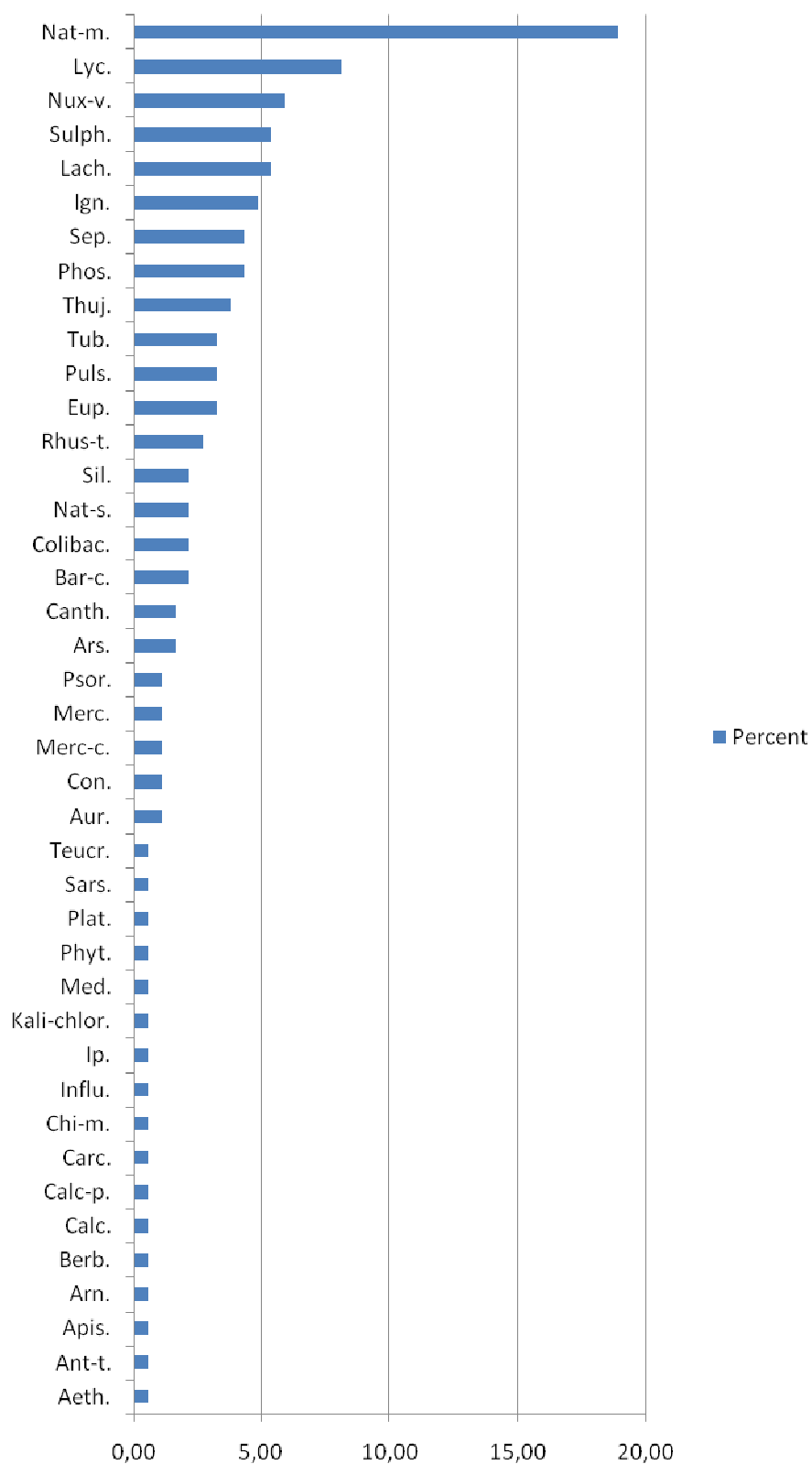


Gráfico 24 – Remédios prescritos
 Fonte: Dados da pesquisa de campo (2008)

No Gráfico 25 podem ser observados 41 medicamentos homeopáticos que foram utilizados para os dois meses de atendimentos dos 80 sujeitos enfermos de nossa pesquisa. Sobre este número de medicamentos homeopáticos prescritos o percentual maior indica que o medicamento Natrum muriaticum foi o mais utilizado, seguido de Lycopodium clavatum, Nux vomica, Sulphur e Ignatia amara. Em Homeopatia medicamentos como estes são chamados de policrestos, quer dizer, tem muitos usos, por apresentar as suas patogenesias muitos sintomas, capazes de cobrirem uma gama enorme de sintomas dos enfermos, em suas ações responsivas quando vivem a nocividade do meio ambiente.

Natrum muriaticum origina-se do reino mineral, sendo obtido a partir do sal do mar. Em Natrum muriaticum, na Matéria Médica Pura que descreve a sua patogenesia, autoria de Samuel Hahnemann (1828), encontramos 1349 sintomas patogénéticos de natureza psíquica e física, obtidos da experimentação sobre seres humanos sadios. É um remédio de grande importância por desenvolver na experimentação, sintomas que se relacionam muito com atitudes comportamentais que o sujeitos das urbes estão apresentando comumente e que constrói neles uma atitude de leitura das vicissitudes, com valores hipertróficos e destrutivos que desarmonizam a todo o ser, à sua biologia, ao seu psiquismo e ao seu relacionamento social com estas características de hipertrofia e/ou destruição. São descritos como exemplo disso, 9 sintomas mentais e três relacionados à cabeça, obtidos da patogenesia deste medicamento, com os números para a localização na experimentação. São estes⁸⁷:

Sint. 2. Muito melancólico

Sint. 4. Ânimo melancólico; ele não consegue remover de seus pensamentos ofensas que ele inflingiu aos outros, ou que inflingiram a ele, o que o deprime tanto que nada lhe dá prazer.

Sint. 11. Ela toma todas as coisas pelo mau lado, e chora e grita.

Sint. 19. Muito disposta a chorar, com desgosto pelo trabalho.

Sint. 33. Indiferente e triste.

Sint. 63. Qualquer bagatela excita-o até a raiva.

Sint. 68. Ódio contra pessoas, que no passado ofenderam-no.

⁸⁷ Samuel Hahnemann. V. II, p. 1.071-1.115, 1828.

Sint. 1251. Sonhos ansiosos de lutas e assassinatos; quando ela acorda, ela está quente e com uma transpiração ansiosa.;

Sint. 1253. Sonhos assustadores de assassinatos, fogo e coisas parecidas.

Sint. 136. Dor de cabeça pressiva.

Sint. 151. Compressão nas têmporas, especialmente enquanto lê e escreve, com pressão na coroa da cabeça.

Sint. 161. Pontadas na cabeça.

Com esta exposição de apenas 12 sintomas, 9 sintomas mentais e três referidos a dores de cabeça, todos sintomas patogenéticos, de um total de 1349 sintomas que este remédio desperta em pessoas sadias já se pode sentir a importância de Natrum muriaticum, o sal comum de cozinha preparado pela farmacotécnica homeopática, ao socorrer os sujeitos enfermos afetados pela dinâmica nociva da urbe quando mitiga estes efeitos nocivos e conduz os sujeitos enfermos a viverem saúde.

Lycopodium clavatum, que nesta pesquisa vem em segundo lugar, é um remédio muito utilizado e com uma sintomatologia experimental que o indica como o valioso no socorro aos sujeitos enfermos da urbe. Este medicamento procede do reino vegetal, e dele são utilizados apenas os esporos em sua fabricação pela farmacotécnica homeopática. Ele apresenta nada menos que 1608 sintomas patogenéticos (HAHNEMANN, 1828, v. 2, p. 859-909), como alguns, a seguir descritos, do modo como estão nos textos das experimentações originais do fundador da Homeopatia. Estes medicamentos tem sido re-experimentados e as suas observações tem sido confirmadas. Os sintomas escolhidos como exemplo referem-se à mentalidade e caracterizam atitudes que justificam o que se chama de níveis de consciência hipertrofiados, consciência até mesmo despótica, comum em muitos, presente em uma sociedade em crise.

Sint. 20. Grande ansiedade, como se fosse na boca do estômago, sem nenhum pensamento em particular.

Sint. 27. Ele se assusta ao anoitecer, ao entrar em um quarto, como se ele visse alguém; durante o dia também ele algumas vezes imagina ouvir alguém no quarto.

Sint. 39. Grande timidez.

Sint. 55. Ela não consegue suportar a menor contradição e imediatamente fica fora de si pelo aborrecimento.

Sint. 56. Raiva furiosa, parcialmente contra si mesmo, e parcialmente contra os outros.

Sint. 59. Em fúria insana, desabafa em inveja, pretensões e ordens aos que lhe rodeiam.

Sint. 60. Como insana, ela procura discutir, reprova sem razão, abusa o mais violentamente e bate na pessoa a quem ela abusa.

Sint. 104. Dor de cabeça com uma dor simples, que dura vários dias e que é pior quando repousa, menor quando caminha ao ar livre.

Sint. 105. dor de cabeça, especialmente quando sacode e volta a cabeça.

Sint. 120. Dor pressiva na parte superior da cabeça, como se fosse aparecer uma coriza (este sintoma apareceu 12 horas após tomar o medicamento).

Medicamentos como este tem produzido enorme bem estar e devolvido a saúde aos sujeitos enfermos da urbe, ajudando-os a recuperarem a harmonia que perderam, e que passa a ser transmitida aos outros familiares de seu lar. O sujeito enfermo pode apresentar até várias moléstias identificadas pelo CID, mas se os seus sintomas apresentarem uma analogia por semelhança, com os sintomas patogenéticos dos remédios homeopáticos, se não puder ser curado, o que é raro, existindo a analogia da semelhança entre o que o remédio causa no ser humano sadio e os sintomas do enfermo, este ficará muito melhor.

Em *Nux vomica*, na “Matéria Médica Pura”, de Samuel Hahnemann (1828, v. 2, p. 223-269), encontramos descritos 1300 sintomas produzidos pela experimentação em homem são e assim temos nos demais medicamentos que foram utilizados no tratamento dos sujeitos enfermos, amostragem desta pesquisa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Belém e Marituba constituíram o espaço urbano sobre o qual buscou-se responder em que medida a Homeopatia pode se converter em uma terapêutica virtuosa para mitigar o impacto da urbe sobre os indivíduos. O trabalho constrói inferências acerca da condição dos sujeitos enfermos, atendidos em gratuidade em duas instituições, nestas cidades. Analisou-se os resultados do atendimento realizado por meio da Homeopatia e posteriormente correlacionou-se estes resultados à análise do papel da urbe no desencadeamento das doenças e da resolubilidade da homeopatia nesse contexto.

O campo da medicina, da saúde coletiva e da Homeopatia é formado de participações sociais de vários poderes que neles interferem: o poder econômico, o político e o ideológico. A abordagem destes campos, das participações sociais e dos poderes que com eles interagem construiu questões ao longo de suas ações que precisaram ser fundamentada historicamente para que se conseguisse demonstrar qual o papel da Homeopatia no jogo resultante das relações de poder que operam na construção das políticas de saúde. Desta forma se descreveu a vida nas urbes, sua dinâmica nociva à saúde, as características das ações públicas de saúde e a importância crucial que foi a Homeopatia para a vida nas urbes em meados do século XIX e na virada para o século XX. A historicidade da racionalidade vivida pela exposição do tema: “mitigando os impactos da urbe na saúde do indivíduo: a Homeopatia como terapêutica médica nas políticas de saúde” foi desenvolvida a partir da Alemanha em 1831, início da invasão do mundo ocidental pelo colera morbus e outras epidemias. Londres, França, América do Norte, o Brasil e por fim o Estado do Pará, elevando à altura dos olhos, no desenvolvimento desta racionalidade, a construção do modelo municipalizado de saúde empenhado em viver universalidade, integralidade e equidade, o SUS com uma normatização exemplar na América latina e no mundo, apoiada em boa vontade e lucidez de gestões municipais presenteados com toda esta fundamentação e mais a pesquisa e o estudo desenvolvido testemunhando a resolubilidade da Homeopatia “...como terapêutica médica nas políticas de saúde.”

O trabalho realizado resulta das respostas dos formulários e do acompanhamento clínico dos sujeitos enfermos, foco da pesquisa, com um olhar

sobre as condições de habitação, renda, escolaridade, trabalho profissional e saúde, que permitirá aquele outro olhar sobre o meio ambiente urbano socialmente excludente para se alcançar o testemunho do aumento da sensação subjetiva da adversidade da pobreza vivida, deixando o sujeito das urbes sentindo que está tudo pior do que aparenta.

Este trabalho expõe na intimidade de sua racionalidade, a resolubilidade da Homeopatia como uma especialidade médica, que foi legalmente reconhecida no Brasil e que por suas características poderá a vir a fazer parte dos estudos da saúde como um ecossistema de saúde, enfoque muito importante para a Amazônia. A Homeopatia tem um ponto de vista médico todo peculiar, humanista e holístico, desenvolvido a partir de um princípio natural, enunciado por Hipócrates e sistematizado como Homeopatia pelo médico alemão Samuel Hahnemann em 1796, *os semelhantes curam os semelhantes*.

Assim, com base em resultados estatísticos demonstrados pela pesquisa, foi possível correlacionar variáveis urbanas de desencadeamento de doenças à cura destas pela Homeopatia. Dessa forma, destacou-se a capacidade dessa terapêutica de mitigar os efeitos nocivos das urbes. A partir da compreensão, de que injunções de inferioridades fazem os sujeitos das urbes ficarem mais sensíveis às questões de respeito e dignidade, assim como, as dificuldades de acesso às fontes de recursos e à renda, à ocupação, à educação e as características da habitação salubre, que são elementos desencadeadores do aumento da suscetibilidade para enfermar, o trabalho aponta para a necessidade de que esta terapêutica seja realmente incluída e vivida com maior vigor e efetividade nos desenhos de políticas de saúde.

Ao curar os indivíduos da urbe, a Homeopatia diminuirá a demanda que esgota as ofertas dos Centros de Saúde Pública, ofertas vividas sob um enfoque hegemônico, unidisciplinar ao fazer saúde pública, apesar das normatizações em contrário do SUS e que pela ineficácia do método que não é interdisciplinar em sua aplicação, aumentam a insegurança, a violência e ampliam as zonas de crise nas urbes. Enquanto especialidade médica demonstra-se que a Homeopatia é a terapêutica que romperá este círculo pernicioso de enfermidades, já estando preparada pela sua episteme, para tal.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, Antonio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista**. contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1973. Tese (Doutoramento) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1973.
- ARRETCHE, Marta; MARQUES André. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, André. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BANDOEL, M.C. Homeopatia, **Los sintomas mentales de las experimentaciones puras y su desarrollo dinamico vital**. Buenos Aires: Editorial Albatros, 1988. 3v.
- BARROS, Diego Mercês de e col. **Fluxos migratórios e seus processos de expansão e periferização na cidade de Belém e sua região metropolitana** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu-MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.
- BELTRÃO, Jane Felipe. A arte de curar em tempo de cólera... ou o uso da Homeopatia durante o flagelo – Grão Pará, Século XIX. **Revista da SBHC**, Campinas, n. 18, p. 17-38, jul. 1997. A versão inicial deste texto foi discutida na Associação Médica Paraense de Homeopatia (AMPH) em novembro de 1997.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. 40. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- _____. Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde. **XII Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca**. Relatório Final, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. 4. ed. rev. atual. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Regulamentos dos Pactos pela vida e de Gestão**. 1. ed. rev. atual. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **O SUS de A a Z. Garantindo Saúde nos Municípios**. 2. ed. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). CONASS/Prógestores. **Nota Técnica 20/2007**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/NT20>. Acesso em: 24/03/09

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Júnior, Marco; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 219-246.

CORREA, A. D.; BATISTA, R. Siqueira; QUINTAS, L. E. M. Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática. **Revista da Associação Médica do Brasil**. , São Paulo, n. 43, v. 4, p. 347-51, 1997.

COULTER, Harrys L. **Divided legacy**. the conflict between homoeopathy and the American Medical Association. Berkeley: North Atlantic Books, 1982. v. 3

COUTO, Fernando Brasil do. **Um paciente cirúrgico**. Trabalho apresentado na cidade do Rio de Janeiro. II Encontro de Homeopatia do Grupo de Estudos Homeopáticos Samuel Hahnemann, 1987.

CULLEN, William. **Tratado de Matéria Médica**. Leipzig: Schwiebert Editor, 1790. v. 2, p. 108

ESTADO DO PARÁ. Álbum do Estado do Pará. Mandado organizar por S. Ex. o Sr. Dr. Augusto Montenegro, Governado do Estado. Paris: Imprimerie Chaponet, 1908.

FARIAS, Edison. Tramas e dramas sobre a tela de Constantino da Motta. **19&20** - A revista eletrônica de Dezenove Vinte, v. 2, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.dezenovevinte.net/19e20/> Acesso em: 24/03/09

GALHARDO, José Emygdio Rodrigues. **Historia da Homeopatia, no Brasil**. Trabalho apresentado ao Primeiro Congresso Brasileiro de Homeopatia na cidade do Rio de Janeiro de 25 a 30 de setembro de 1926. In *Livro do 1º Congresso Brasileiro de Homeopatia*. Ed. Instituto Hahnemanniano do Brasil, 1928.

GASTÃO, Wagner de Souza Campos. Minayo, Maria Cecília de Souza. Andrade, Luiz Odorico Monteiro de. Akerman, Marco. Drumond Júnior, Marcos. Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de Saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

HAEHL, Richard. **Samuel Hahnemann, his life and work**. New Delhi: B. Jain Publishers, 1971. 2 v.

HAHNEMANN, Samuel. **Matéria médica pura**. 2 vol., re-impressão - Ed. Jain Publishing- New Delhi/India, 1830.

_____. **The Chronic Diseases, their peculiar nature and their Homœopathic cure**. Jain Publishing Co. – New Delhi – 2 vol. 1828.

_____. **Organon of Medicine**. B. Jain Publishers PVT. Ltda. New Delhi-India. 1921. 1810.

HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, Manguinhos, v. 5 (suplemento), p. 217-235, jul. 1998.

_____. Regulando os efeitos da Interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, V. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

IMMERGUT, Ellen M. As regras do jogo. A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n. 30, p. 139-165, 1996.

JOHNSON, Steven. **The Ghost Map**. The Story of London's Most Terrifying Epidemic and How It changed Science, cities, and the Modern World. New York: Riverhead Books, 2006.

JUNG, C. G. **A dinâmica do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 1984.

KOVARICK, Lúcio. **Escritos urbanos**. São Paulo: Edit. 34 Ltda, 2000.

LAKATOS, Imre; MUSGRAVE, A (eds). **Falsification and the methodology of scientific research programmes**. Criticism and the growth of knowledge. Cambridge: Cambridge University Press, 1970. p. 91-195

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEFEBVRE, Henry. **A revolução urbana**. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

LIPTON, Bruce H. **A biologia da crença**. São paulo: Butterfly Ed., 2007.

LOTTENBERG, Claudio. **A saúde brasileira pode dar certo**. São Paulo: Atheneu, 2007.

LUZ, Madel Therezinha. **Racionalidades médicas e integralidade**. Rio de Janeiro, Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.1 2007.

_____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 5, n. 2, p. 295-312, 2000.

MACHADO, Maria das Dores. **Diferenças intra-urbanas de saúde em Belém**. Belém: NAEA/UFPA, 2004. 311p. (Prêmio NAEA, Tese. 2004)

MARIM, Matheus. Escalas e suas dinâmizações na episteme homeopática. **Revista Homeopatia (AMHB)**; São Paulo, n. 2, p. 16-24, out. 1998.

MARQUES, Eduardo César. Da higiene à construção da cidade: o estado e o saneamento no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 2, n. 2, p. 50-67, jul.-out. 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 81-109.

_____. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 189-218.

MONTEIRO, Dalva de Andrade; IRIART, Jorge Alberto Bersntein. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento Homeopático. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1903-1912, 2007.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano**. ONU: Estocolmo, jun. 1972.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 19-20.

_____. **Saúde coletiva**: história e paradigmas. Aula inaugural proferida no Curso de Pós-Graduação de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 7 março 1997, com adaptações; Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, agosto 1998.

POLGAR, Steven. A evolução e as doenças da humanidade. In: _____. **Panorama da Antropologia**. Rio de Janeiro, São Paulo, Lisboa: Fundo de Cultura, 1966. p. 221-232.

PRIVEN, S. I. Waisse de. **Hahnemann**: um médico de seu tempo. Articulação da doutrina homeopática como possibilidade da medicina do século XVIII. São Paulo: PUC-SP, 2005.

RELATORIA Nacional para o Direito Humano à Moradia Adequada e Terra Urbana. Projeto Relatores Nacionais. **Organização das Nações Unidas e Procuradoria**

Federal dos Direitos do Cidadão. Missão Belém – Pará: O Direito à Moradia e a Regularização Fundiária em Belém: Violações e Recomendações.

ROSENBAUM, Paulo. **Medicina do sujeito.** Rio de Janeiro: Ed. Luz Menescal, 2004.

SAMPAIO, Tatiana Lofti de; BONFIM, Izabel. **A contribuição da homeopatia para o processo de reorientação da atenção básica de saúde, a partir dos pressupostos da humanização e da promoção da saúde.** 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família e Comunidade) – Brasília, 2007.

SAPOLSKY, Roberto. Doentes de pobreza. **Revista Scientific American Brasil**, ed. especial Ciência e Saúde, São Paulo, n. 3, p. 88 -95, 2007.

TAMAYO, Ruy Pérez. **El concepto de enfermedad.** México: Ed. Fondo de Cultura Econômica, 1988. 2 v.

TEIXEIRA, Marcus Zulian. **Homeopatia:** ciência, filosofia e arte de curar. **Rev. Med. (São Paulo)**, n. 85, v. 2, p. 30-43, 2006.

TIRIBA, Arary da Cruz. Cólera. In: LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica.** V. 3. Seção 19, cap. 381, p. 3944. 1. ed. São Paulo: Roca Ltda., 2006.

TRINDADE JUNIOR, Saint-Clair Cordeiro da. A natureza da urbanização na Amazônia e sua expressão metropolitana. **Geografares**, Vitória, v. 1, n. 1, p. 117-129, 2000

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 531-562.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 6 – 12 September, 1978. Disponível em: <http://www.who.int/research/en/>. Acesso em: 24/03/09

WILBER, Ken. **Odisséia.** Uma investigação pessoal sobre Psicologia Humanística e Transpessoal. 1982.

WILKINSON, Richard. **Mind the gap.** New Haven and London: Yale University Press, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A

FORMULÁRIO PARA COLETA DOS DADOS

DADOS DO USUÁRIO DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO

Sigla do nome:	Início:/nora:	
Rua/Número	Telefone	Bairro
Situação do imóvel	P/aluguel	P/venda

P.1- Há quanto tempo sua família mora nesta casa (**ARREDONDAR MESES**)? _____

P.2- Há quanto tempo sua família mora neste bairro (**ARREDONDAR MESES**)? _____

P.3- Onde sua família morava antes de residir neste bairro? _____

P.4- A residência na qual você morava anteriormente era... (**LEIA AS ALTERNATIVAS ATÉ 4**)

1 Própria (quitado) 2 Própria (em pagto.) 3 Alugada 4 Cedida? 5 Outras respostas: _____

P.5- Dados do proprietário

Nome	Idade	Sexo	Naturalidade
		F M	

P.6- Perfil da(s) família(s) residente(s)

Nº de residentes	Tempo de moradia no local	Zona de Origem da Família	
		1. Rural	2. Urbana

P.7- Perfil da Família Residente

Nº	Parentesco/nome	Sexo	Ida de	Natural	Estado civil					
					sol	cas	ami	viu	div	ou tr o
1	()	M F		()						
2	()	M F		()						
3	()	M F		()						
4	()	M F		()						
5	()	M F		()						
6	()	M F		()						
7	()	M F		()						
8	()	M F		()						
9	()	M F		()						
10	()	M F		()						
11	()	M F		()						
12	()	M F		()						

5																()		
6																	()	
7																	()	
8																	()	
9																	()	
10																	()	
11																	()	
12																	()	

P.8.1- Recebe Bolsa Escola? () Sim () Não; Qual o valor? R\$ _____;

P.8.3- Recebe outra ajuda do Governo? () Sim () Não; Qual o valor? R\$ _____.

Totais dos trabalhadores

Trabalhadores								Inativo		Transporte				Bairros	Renda total
F. Público			E. Privada					Ap/Pe	Dep	O	P	VP	B		
Ffe	Fes	Fmu	C/c	s/c	Aut	Bic	Des								

P.10 – Aspectos da edificação da moradia

IMÓVEL	uso do imóvel	cômodos	construção (mu)	piso (mu)
1.Próprio ()	1.residencial ()	1.sala ()	1.alvenaria ()	1.madeira ()
2.Cedido ()	2.comercial ()	2.quarto ()	2.madeira ()	2.cerâmica ()
3.Ocupado ()	3.misto ()	3.cozinha ()	3.barro ()	3.cimento ()
4.Alugado ()	4.outros ()	4.banheiro ()	4.palha ()	4.terra batida ()
R\$	quais?	5.outros-----	5.outros-----	5.outros-----

P.11- Condição do terreno e os serviços existentes em seu bairro?

Ocupação do Terreno	Condições do Terreno	Infra-Estrutura na área			
1.Compra	1.Seco	1.Luz	1.Pavimentação	1.Posto médico	
2.Cedido	2.Alagado	2.Água de poço	2.Iluminação pública	2.Estiva/ponte	
3.Ocup.Coletiva	3.Alagável	3.Encanada Cosanpa	3.Escola Pública	3.Praça	
4.Outros	4.Outro	4.Coleta de lixo	4.Feira	4.Telefone público	
		5.Fossa	5.PM-BOX	5.Transporte	
		6.Poço () P () A			

P.12 – O Sr. (a) poderia me dizer quais os bens que possui e a quantidade de cada um?

Quantidade de Bens que possui.					
Outros Imóveis?	1.Televisão	1.Guarda-	1.Armários	1.Ferro	1.Outr

			Roupa				os?	
1.Casa		2.Geladeira	2.Cama		2.Mesas/cadeiras	2.Estante		2.Quais?
2.Terreno		3.Fogão	3.Ventilador		3.Bicicleta	3.Sofá		
3.Outros: _____		4.Apar. de som	4.Rádio		4.liquidificador	4.Botijão de gás		

P.13 - QUANTAS VEZES FOI ATENDIDO (A) COM HOMEOPATIA?

P.14 - EVOLUÇÃO:

a. O RESULTADO FOI CURA OU NÃO?

NÃO SIM

b. DIMINUÍRAM OS SOFRIMENTOS PRODUZIDOS POR ESTAR DOENTE?

NÃO SIM

c. RETORNARAM SINTOMAS DE ALGUMA DOENÇA QUE JÁ TEVE NO PASSADO?

NÃO SIM

d. SENTE-SE COM MAIOR DISPOSIÇÃO DEPOIS DE TER COMEÇADO A TERAPÊUTICA HOMEOPÁTICA?

NÃO SIM

e. SENTE-SE MAIS ALEGRE E TOLERANTE, MENTALMENTE MELHOR COMPARANDO COM O PERÍODO ANTES DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO?

NÃO SIM

f. REAPARECEU A HARMONIA EM SEU LAR, NO CONVÍVIO COM A SUA FAMÍLIA?

NÃO SIM

g. PASSOU A CUIDAR MELHOR DE SUA HABITAÇÃO DEPOIS DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO?

NÃO SIM

h. A RENDA FAMILIAR TEVE ALGUMA MELHORA DEPOIS DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO?

NÃO SIM

i. FALTAVA-SE MAIS AO TRABALHO ANTES DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO?

 NÃO

 SIM

j. SE HAVIA ALGUM TIPO DE VÍCIO ENTRE OS FAMILIARES (ALCOOLISMO, TABAGISMO, OUTROS...), ESTE VICIO DESAPARECEU OU ESTÁ DIMINUÍDO?

 NÃO

 SIM

k. CESSOU DE HAVER DOENTE EM SUA FAMÍLIA DEPOIS DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO?

 NÃO

 SIM

P.15 - Me diga, por favor, qual a principal vantagem de morar nesta cidade? (**explorar**)

P.16 - E qual a principal desvantagem de morar nesta cidade? (**explorar**)

Nome do pesquisador: _____

Data: ___/___/___

Término/Hora:

Atenção: Escrever as observações no verso.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)