

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO
CIÊNCIAS SOCIAIS**

**ENTRE AS INTERFACES DAS RACIONALIDADES DA
SAÚDE:
Por que terapia floral?**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Graciele Dotto Castro

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

ENTRE AS INTERFACES DAS RACIONALIDADES DA SAÚDE:

Por que terapia floral?

GRACIELE DOTTO CASTRO

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ciências Sociais, Área de Concentração em Cultura e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Ciências Sociais**.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Fátima Cristina Vieira Perurena

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Ciências Sociais
Ciências Sociais**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**ENTRE AS INTERFACES DAS RACIONALIDADES DA SAÚDE:
Por que terapia floral?**

elaborada por
Graciele Dotto Castro

como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre Ciências Sociais**

COMISSÃO EXAMINADORA

**Fátima Cristina Vieira Perurena, Dr^a.
(Presidente/Orientadora)**

Beatriz Teixeira Weber, Dr^a. (UFSM)

Mari Cleise Sandalowski, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, 28 de março de 2011.

DEDICATÓRIA

Não há como ser diferente, dedico com todo amor, respeito e admiração este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: meus pais, José e Marilene, que nunca mediram esforços e até mesmo sacrifícios para que eu pudesse viver minhas realizações pessoais, dessa forma demonstrando sempre um imenso amor e capacidade de desapego às coisas passageiras da vida e até mesmo a alguns sonhos pessoais.

AGRADECIMENTO

Se isso é possível, de todo meu ser agradeço...

A Deus/ao Universo, por de algum modo ter *conspirado* para eu chegar até este momento, não importando o parecer final do trabalho, e sim, sobretudo, o caminho percorrido e a aprendizagem obtida nesse percurso - em cada contato com o outro, seja a nível pessoal ou nas palavras lidas nos artigos e livros e, também, em cada momento de solidão e do que chamamos comumente de *vazio*, mas que na realidade é repleto de sons, imagens, formas, sombras, luz, vozes, silêncios, ruídos...

Aos meus pais, José e Marilene (e a família da minha irmã) que foram, são e serão minha base e sustentação em todos os momentos de minha vida, a quem eu dedico tudo que faço;

Aos colaboradores do trabalho, por terem a coragem de: contar sua história; de receber uma desconhecida, muitas vezes à noite em suas residências ou no horário de trabalho, abrindo mão do atendimento de algum paciente; de fazer um trabalho que busque sentido para suas existências – também com o uso da medicina floral; sem vocês não existiriam essas linhas, essas idéias e uma parte de mim que se constitui através do contato em cada encontro que tivemos;

À minha orientadora, Fátima, por além de abrir duplamente caminho para minha pesquisa – através do seu trabalho com florais e aceitando ser minha orientadora, depositando assim confiança em mim – e por me dar a segurança de saber que podia recorrer a ela sempre que fosse preciso; por me sustentar emocional, moral e academicamente nesse trabalho; por me inspirar; dividir idéias comigo; por tudo...

Ao Sandro (e sua família) que esteve ao meu lado em todos os momentos da minha vida nesses dois anos, apoiando, ouvindo, dando força, ajudando... sempre de mãos dadas...

Aos colegas e amigos, em especial à Helen, a Mirela, a Lige, a Carolina, a Fernanda, ao Marcos Palermo, e principalmente a Gabriela da Maia, esta que, muitas vezes, além de amiga foi minha co-orientadora, ouvindo-me e discutindo comigo vários pontos do meu trabalho;

Aos amigos, que por alguns momentos ou que sempre estiveram ao meu lado – Josi, Caroline, Amanda, Gabriela Oliveira, Tiago, Renato, Jane; Evandro, Eunice, Janaina, Marcos, Anderson, Carine, Ana;

À Beatriz e à Mari Cleise, que se dispuseram, com carinho e atenção, a participar da minha banca de avaliação e colaboram com discussões, idéias e materiais para a elaboração desse trabalho;

Ao Ricardo, que com sua companhia terna, alegre e divertida se fez presente nos meus escritos finais, que mesmo sem saber me fez (re)pensar algumas coisas e mudar outras, trazendo, de forma sutil, para a minha vida mais graça e leveza;

À minha psicóloga, Bibiana, que foi a maior incentivadora para eu fazer o mestrado;

À UFSM e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (com seu querido corpo docente e a secretária Jane), que de uma forma surpreendente me acolheu e me apoiou no meu trabalho, incentivando novas formas de pensar e de olhar para as coisas e, dando o que denomino de carinho e atenção a uma aluna que chegou crua frente ao campo de saber das Ciências Sociais;

A todos os colegas de mestrados e os demais que não citei aqui, mas que foram e são parte integrante dos meus pensamentos e, conseqüentemente contribuíram de um modo ou de outro para a elaboração desse estudo.

"Que a estrada se abra à sua frente,
Que o vento sopra levemente às suas costas
Que o sol brilhe morno e suave em sua face,
Que a chuva caia de mansinho em seus campos...
E, até que nos encontremos de novo,
Que Deus lhe guarde na palma de Suas mãos. "
(Prece Irlandesa)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Sociais
Universidade Federal de Santa Maria

ENTRE AS INTERFACES DAS RACIONALIDADES DA SAÚDE: Por que terapia floral?

AUTORA: GRACIELE DOTTO CASTRO

ORIENTADORA: FÁTIMA CRISTINA VIEIRA PERURENA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 28 de março de 2011.

A ciência ocidental, hoje, é a ciência instituída que vem em primeiro lugar, com características como a objetividade, mensuração e o cartesianismo. Este trabalho vem trazer à luz, de certa forma, uma discussão antiga sobre o que é ciência. E, por trás desse pano de fundo, desvela-se a questão central: quais motivos levaram alguns médicos, imersos na racionalidade biomédica e, conseqüentemente, na racionalidade científica ocidental, a olhar outras racionalidades da saúde, chegando a escolher trabalhar com pelo menos uma delas, a medicina floral, tema central deste estudo. Justo esta, uma medicina embasada em outra racionalidade de saúde, em outra racionalidade científica e, com isso, outra compreensão de sujeito, de doenças, de saúde, de tratamento e de cura. Enquanto a ciência médica ocidental foca seu olhar nas doenças, órgãos e lesões e ainda está a passos lentos, começando a olhar para os sujeitos e sua relação consigo mesmo e com o seu entorno para pensar a cura e a doença, a medicina floral – que é uma das medicinas complementares – olha o sujeito em todas as suas relações para realizar seu diagnóstico e seu tratamento, sem fragmentar o indivíduo e seu corpo. Através da análise de conteúdo de Bardin (2010), realizada com as oito entrevistas feitas com médicos que também atuam com medicina floral no município de Porto Alegre-RS, foram observadas seis categorias, as quais indicam as diferenças das racionalidades e as influências de cada uma em seus trabalhos e, ainda, os motivos pela escolha da medicina floral como mais uma ferramenta de trabalho no tratamento dos sujeitos doentes, ou melhor, com algum desequilíbrio físico, mental ou emocional. As categorias são: 1. O que é doença?; 2. O que é cura?; 3. O que é saúde?; 4. Como é a medicina ocidental; 5. Como é a medicina floral; 6. Caminho da biomedicina ao floral. Estas categorias indicam a forma de pensar dos médicos durante sua história de vida e sua história profissional, o que os influenciou e até os levou a trabalhar com terapia floral. Alguns deles já possuíam em sua vida fatores e concepções que foram os pilares para aguçar sua curiosidade em relação a outras formas de cuidado com os pacientes, que complementassem o que aprenderam com a medicina. Outros médicos, totalmente imersos na racionalidade científica e médica ocidental, foram pegos de surpresa pelos efeitos do floral em suas vidas ou na vida de pessoas próximas, o que os fez repensar sobre seu agir médico. Todos, no entanto, ao entrar em contato com a medicina floral, disseram ter percebido nesta a possibilidade de ajudar seus pacientes e a si mesmos na arte de curar o sofrimento humano, obtendo assim resultados que foram e são interessantes ou mesmo surpreendentes. Talvez essa surpresa não seja apenas pelos resultados, mas pela maior aproximação que o estudo dos florais possibilitou entre esses médicos e seus pacientes, e, assim, entre esses médicos e a arte de curar, tornando-os, ainda mais, agentes de cura de sujeitos, e não apenas de doenças ou lesões.

Palavras-chave: Medicina floral. Medicinas alternativas. Biomedicina. Paradigmas da saúde.

ABSTRACT

Dissertation
Graduation Program Stricto Sensu in Social Sciences
Universidade Federal de Santa Maria

BETWEEN THE INTERFACES OF THE RATIONALITIES OF HEALTH: Why floral therapy?

AUTHOR: GRACIELE DOTTO CASTRO

SUPERVISOR: FÁTIMA CRISTINA VIEIRA PERURENA

Date and Location of Defense: Santa Maria, March 28, 2011.

Western science, today, is science that has been instituted and comes in the first place, with characteristics such as objectivity, measurement and Cartesianism. This study brings to light, in a way, an old debate about what science is. And, behind that backdrop, reveals itself the central question: what reasons have led some doctors, immersed in the biomedical rationality and, consequently, in the Western scientific rationality, to look at other rationalities of health, getting to choose to work with at least one of them, the floral medicine, main theme of this study. Just this, a medicine based on other rationality of health, on other scientific rationality and, therefore, another understanding of individual, disease, health, treatment and cure. While the Western medical science focuses its gaze on diseases, organs and injuries and it is still slow, floral medicine - which is one of the complementary medicines – is starting to look at the individuals and their relation with themselves and their surroundings to think about healing and illness, it looks at the person in all his relations to make his diagnosis and treatment, without fragmenting the individual and his body. Through content analysis of Bardin (2010), held with eight interviews with doctors who also work with floral medicine in the city of Porto Alegre, six categories were observed, which indicate the differences of the rationalities and the influences of each one in their work and also the reasons for the choice of floral medicine as a tool in the treatment of sick individuals, or better, of individuals with some physical, mental or emotional imbalance. The categories are: 1. What is illness? 2. What is healing? 3. What is health? 4. How does Western science work; 5. How does floral medicine work; 6. The path from biomedicine to floral medicine. These categories indicate the way of thinking of doctors during their life history and their professional history, what has influenced them and even led them up to work with floral therapy. Some of them already had in their lives factors and concepts that were the pillars to whet their curiosity about other forms of care with patients that complemented what they learned with medicine. Other doctors, fully immersed in the Western medical and scientific rationality, were caught by surprise by the effects of floral in their lives or in the lives of people nearby, which made them rethink their actions as doctors. All, however, when in contact with floral medicine, claimed to have noticed in this the possibility of helping their patients and themselves in the art of curing human suffering, thereby obtaining results that were and are interesting or even amazing. Maybe this surprise is not only because of the results, but because of the approximation that the study of floral made possible between these doctors and their patients, and thus between these doctors and the art of healing, making them even more curing agents of individuals and not just of illness or injuries.

Keywords: Floral medicine. Alternative medicine. Biomedicine. Health paradigms.

LISTA DE ANEXO

A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	151
B. Questões norteadoras da entrevista semi-estruturada com profissionais médicos.....	153
C. Termo de Confidencialidade.....	154

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 PRIMEIROS PASSOS	19
2 MODELO DE CIÊNCIA OCIDENTAL	35
2.1 Biomedicina.....	47
3 UM POUCO SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE DO BRASIL	71
3.1 Medicina ocidental ou medicinas ocidentais?	71
3.2 Saúde e medicina na história do Brasil.....	84
3.2.1 A Colônia (1500-1889).....	84
3.2.2 A República (1889-1930).....	87
3.2.3 A Era Vargas (1930-1945)	94
3.2.4 A democratização do Brasil (1945-1964).....	98
3.2.5 O Regime Militar (1964-1985).....	101
3.2.6 As décadas de 80 e 90.....	107
3.2.7 A partir do ano 2000	110
4 MEDICINA FLORAL.....	119
4.1 Vida e obra de Edward Bach	119
4.2 Será a medicina floral uma racionalidade da saúde?.....	120
4.3 O mundo das “medicinas ou terapias alternativas” e da medicina floral	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
ANEXOS.....	151

Anexo A – Questões norteadoras da entrevista semi-estruturada com os médicos	151
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	153
Anexo C – Termo de Confidencialidade	154

INTRODUÇÃO

Este estudo está voltado para a área da saúde. Entretanto, não exclusivamente para o modelo hegemônico¹ de saúde, comumente compreendido pela maioria da população como aquele que é ligado aos pressupostos da ciência ocidental. Este modelo de saúde, tomado como hegemônico nas sociedades ocidentais, está fixado em dados estatísticos e reduz a doença a uma relação causal construída, em parte ou totalmente, pelo campo do bioquímico, por isso denominado de modelo biomédico. Ao contrário, o setor de saúde que esta pesquisa (realizada com médicos que utilizam medicina ou terapia floral² como uma das formas de tratamento de doentes) traz à tona caracteriza-se por se voltar ao entendimento do ser humano enquanto um sujeito biopsicossocial. Em outras palavras, tal ideia de saúde compreende o resultado da relação estabelecida entre os sujeitos enquanto seres biológicos e psicológicos e o contexto histórico, social e cultural onde vivem³.

Nessa última visão de saúde se encontram as ditas medicinas “alternativas”⁴ e, conseqüentemente, a medicina floral, que pertence a este grupo. O nome medicina “alternativa” foi definido, conforme aponta Luz (2005), no *singular*, em 1962, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Significa uma prática tecnologicamente despojada de medicina, ligada a um grupo de saberes médicos tradicionais. Esse termo define as medicinas tradicionais das culturas nacionais ou regionais e as medicinas tradicionais oriundas do Oriente e, ainda, a medicina homeopática. Foi indicada pela OMS como “alternativa” à

¹ Apesar do modelo hegemônico de saúde, a biomedicina, em parte, estar lançando seu olhar sobre as questões da subjetividade humana e sua influência na origem e na evolução das patologias, Damásio (1996), tem razão em afirmar que a questão do abismo que separa o corpo da mente, na medicina ocidental, não é matéria de discussão do público médico em geral, embora essa temática já tenha sido detectada por alguns. Sabe-se, por exemplo, que a questão da subjetividade, ou seja, do simbólico na vida humana, vem sendo de certa forma trabalhada em alguns ramos da medicina, como nas especialidades de gastroenterologia, endocrinologia, cardiologia, psiquiatria, pediatria etc.

² Diante das duas possibilidades de uso dos termos “medicina floral” e “terapia floral”, nesse estudo a opção foi usar os dois termos como sinônimos, já que esses termos podem ser considerados, ao mesmo tempo, como uma medicina e uma terapia de saúde.

³ Este estudo tem grande parte das suas categorias principais derivadas das utilizadas ou criadas por Madel Terezinha Luz. Foi com referência nos escritos dessa autora que fiz a diferenciação desses dois setores em saúde.

⁴ Neste trabalho, o termo medicina “alternativa” é utilizado como sinônimo de “medicina complementar”, no sentido de que essas medicinas podem complementar o trabalho da medicina hegemônica ocidental e não como algo alternativo ou substitutivo desta. Essa é a posição defendida atualmente pela OMS (Organização Mundial da Saúde). O termo “alternativa” foi mantido entre aspas para salientar que essas medicinas não são contrárias, ou seja, não desejam substituir a medicina ocidental. Além disso, na literatura são encontrados outros sinônimos para a expressão “medicina alternativa”; são eles: “medicina paralela” e “medicina branda” (LAPLANTINE E RABEYRON, 1989). Neste estudo foi utilizado apenas o termo “medicina alternativa” e “medicina complementar” a fim de não confundir o leitor.

medicina contemporânea, com a finalidade de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos da população mundial, carentes de atenção médica.

Atualmente, o termo *medicinas alternativas* é utilizado no plural, devido à diversidade destas medicinas, e designa qualquer forma de cura que não seja a biomédica, situação que Luz (2005) considera transformar o termo em uma etiqueta institucional e não em um conceito. Como argumenta a autora, o objetivo principal dessas medicinas, com suas formas diferenciadas de intervenção e de compreensão das doenças, é a repercussão e/ou a promoção da saúde dos sujeitos, e o objetivo central do agir médico torna-se o sujeito doente que é visto como um todo biopsíquico, uma unidade sócio-espiritual inserida numa cultura específica na qual deve atuar.

Entendendo como opostas essas duas visões de saúde, a biomédica e as ditas medicinas alternativas, este trabalho investiga sobre medicina floral, buscando compreender o que levou os médicos (com formação acadêmica reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC) a se utilizarem dessa forma tão diferente de tratamento de saúde, a qual faz parte do grupo das ditas medicinas “alternativas”. Para tanto, foram coletadas entrevistas que tentam resgatar o percurso desses médicos após sua formação acadêmica, passando pelo momento do contato e da escolha de trabalhar com a medicina floral. Dentre os médicos entrevistados, observam-se dois tipos de atuação: uma é a conjunta, aliando o trabalho da biomedicina com o da medicina floral; a outra é exclusiva, com o abandono da biomedicina para atuar unicamente com terapia floral.

Para fazer a discussão sobre essa temática apresentada e para uma melhor compreensão, o texto que segue foi separado em capítulos temáticos, a fim de tentar debater ponto a ponto as questões que envolvem as duas dimensões de saúde. Os assuntos que serão abordados não tiveram a pretensão de chegar a uma discussão exaustiva sobre cada tema. O intuito foi criar um espaço de discussão com enfoque na medicina, na história, nas medicinas complementares e na população, com base em uma das possíveis formas que esses temas podem ser observados e pensados – pela esfera do poder e da dominação. No percurso de leituras, de reflexões e de construção, essas e outras questões se tornaram fundamentais para buscar situar as teorias e os debates sobre a doença, a cura e o tratamento nas estruturas sociais vigentes, dentro do que conhecemos como medicina ocidental hegemônica, como medicinas “alternativas” e como medicina floral.

Abrindo caminho, surge o primeiro capítulo – *Primeiros passos*. A intenção nesse momento é de apresentar o percurso de trabalho até chegar à temática dos florais. Em resumo, esse capítulo é uma apresentação pessoal, da hipótese do estudo e, também, das questões

metodológicas. Na parte metodológica, são apresentados os principais autores e também a forma como foi realizada e apresentada a análise dos dados coletados por entrevistas com médicos de Porto Alegre, os quais também atuam com a medicina floral.

O segundo capítulo – *O modelo de ciência ocidental* – busca refletir sobre a temática da saúde, principalmente em relação à medicina ocidental hegemônica. Para tanto, fez-se necessário uma discussão sobre a ciência ocidental, fonte das bases epistemológicas da biomedicina (esta faz uma aproximação daquele modelo de ciência, no decorrer da história, para se edificar. É esta aproximação que possibilita a biomedicina se consolidar como prática legítima de saber e de cura). Nesse espaço aparecem ainda as concepções de saúde, tratamento e doença da biomedicina.

No capítulo denominado *Um pouco sobre a história da saúde no Brasil*, o intuito é apresentar, nos diferentes períodos da história do país, qual era a situação da saúde e dos cuidados com a população enferma. Nesse contexto, aparecem tanto as medicinas ditas alternativas, que prevalecem nos primeiros períodos de nossa história e, concomitantemente, é mostrado o desenvolvimento da biomedicina enquanto ciência legítima e enquanto agente de poder diante da população. Essa legitimidade e esse poder da medicina ocidental foram em parte “dados e retirados” pelo Estado, até chegar à situação atual de ciência soberana na área da saúde, no sentido de ciência instituída que vem em primeiro lugar. A fim de desbravar espaço no mercado de trabalho, “conquistar respeito” e de estabelecer o discurso científico como única verdade possível, a história aponta períodos e situações em que as medicinas “alternativas” foram coibidas e seus praticantes ameaçados pelas autoridades de saúde. A importância desse capítulo justifica-se através da hipótese de que essa história diz muito sobre os médicos de hoje e sobre os motivos que levaram os médicos colaboradores dessa pesquisa a escolher trabalhar com medicina floral.

O capítulo *Medicina floral*, trata sobre as medicinas complementares e, dentre essas a medicina floral, tema principal deste estudo. Nesse espaço fez-se uma tentativa de discutir o que são essas medicinas complementares, que lugar lhes é conferido pela população e pela comunidade médica. Além disso, há um breve relato do surgimento dos florais e a concepção de doença, saúde, cura e tratamento descritas pelo criador do sistema, o médico Edward Bach.

Todo esse percurso de trabalho objetiva apresentar os motivos que levaram alguns médicos, imersos no modelo de ciência ocidental, a trabalhar com terapia floral. Tudo aponta para a confirmação de uma das hipóteses iniciais: que os médicos, os quais atuam utilizando terapia floral no tratamento de pessoas enfermas, atentam para a necessidade de atuar em sua profissão calcados em referências de saúde que apresentam um sentido mais amplo do que

comumente é empregado na biomedicina, ou seja, considerando outros aspectos que não apenas os bioquímicos. Faz-se importante citar que fazem isso sem desconsiderar a necessidade e a importância da ciência ocidental e da biomedicina. A seguir, apresentam-se os caminhos que levaram à confirmação dessa hipótese e à medicina floral.

"(...) nomear o problema é em si uma tarefa assustadora, e sem esse nome para o sentimento de inquietação ou infelicidade não há esperança de cura".
(BAUMAN, 2001, p. 81)

1 PRIMEIROS PASSOS

Para começar a contar a história sobre a trajetória desse trabalho, é importante salientar que, além do interesse em estudar a temática da saúde desde a graduação (e a questão da ciência que está diretamente interligada), os motivos que levaram a esta pesquisa com “medicinas alternativas”, em especial a medicina floral, foram diversos. Alguns desses motivos são de ordem pessoal, desencadeados por fatos que foram vivenciados em tempos diferentes, outros são motivos oriundos de discussões teóricas, as quais começaram a se apresentar de forma importante como bases metodológicas de trabalho.

Entre os motivos de ordem pessoal que geraram o estudo do tema dos florais, o primeiro deve-se à observação da crítica de parte dos profissionais da área da saúde com relação a esse tipo de terapia, já que não é reconhecida pela ciência hegemônica e, por isso, é pensada como placebo⁵. Segundo, por perceber o número significativo de pessoas próximas que eram adeptas ao uso de florais, ou que utilizavam essa terapia no tratamento de seus animais. Terceiro, por conhecer profissionais de diversas áreas e especialidades que se tornaram terapeutas florais. Quarto, por acompanhar, na clínica de psicologia, pacientes que aliam o tratamento psicoterápico e a terapia floral, com consequente obtenção de resultados muitas vezes mais rápidos. Um quinto motivo foi a curiosidade que levou à experimentação pessoal desse tipo de tratamento de saúde, com resultados, no mínimo, interessantes.

Outra razão é a formação acadêmica em psicologia. Nessa formação aprende-se a tentar avaliar e entender o ser humano a partir de uma visão integral, de modo a perceber a saúde pelo olhar do modelo biomédico e, também, a partir de outras possibilidades de cuidado utilizadas na psicoterapia. Sob influência do modelo biomédico, aprende-se que é necessário, por exemplo, sob qualquer suspeita em relação à saúde física do paciente, encaminhá-lo ao médico para descartar as possíveis doenças físicas que podem ou não estar relacionadas ao seu sofrimento psíquico. Acima de tudo, é importante fazer o encaminhamento ao médico, pois a este compete a investigação e o tratamento da saúde física do sujeito doente.

⁵ No sentido etimológico, o termo “*placebo*” tem sua origem no latim *placeo, placere*, e significa *agradar*. Já o termo “*nocebo*”, também de origem latina, significa *infligir dano*. No geral, o termo “efeito” ou “resposta placebo” é compreendido como “a melhoria dos sintomas e/ou funções fisiológicas do organismo em resposta a fatores supostamente inespecíficos e aparentemente inertes” (TEIXEIRA, 2009, p.14), que podem ser, dentre outros, uma sugestão verbal ou visual, alguns comprimidos inertes, a injeção de soro fisiológico, uma cirurgia fictícia. A melhora, geralmente, é atribuível ao simbolismo exercido pelo tratamento na expectativa positiva do paciente.

Em contraponto, a influência da psicologia permite enxergar outras possibilidades de agir no cuidado do outro. Tais formas de atuação (que vão além do uso da medicação, como ocorre na medicina) têm como objetivo construir junto ao sujeito doente ou em sofrimento formas de enfrentar ou contornar situações indesejadas e de achar maneiras de tornar sua vida mais agradável e satisfatória. Dessa forma, pode-se perceber que, no geral, a esfera de atuação da medicina comumente é a físico ou a disciplinar (por exemplo, nas indicações de cuidado que devem ser seguidas no tratamento); já na psicologia é a vida do sujeito, com seus aspectos sociais, familiares, econômicos, etc. Há aí um vácuo, já que os psicólogos não podem tratar do corpo físico, e porque a maioria dos médicos se volta unicamente ao tratamento deste, sem dar maior atenção às questões psíquicas.

Essas possibilidades de ação na psicologia são guiadas por diferentes paradigmas teóricos, como a terapia psicanalítica, a terapia analítica, a terapia cognitivo-comportamental, etc. Esse estudo aponta que o interesse por novos paradigmas estendeu-se além das teorias psicológicas da academia, por motivos já referidos, os quais incitaram curiosidade e desejo de conhecer outras fontes de saber. Claro que isso não significa um abandono da psicologia, na verdade aponta unicamente para o desejo de ampliar conhecimentos, o que permite a compreensão de outra(s) forma(s) de ver e entender o mundo, assim como o sofrimento psíquico.

Além desses motivos pessoais, o interesse na temática das terapias alternativas encontra ressonância e se justifica na literatura. Principalmente no século XX, começaram as críticas, também por parte dos pacientes com relação à medicalização, à hegemonia da medicina moderna, aos custos desta e à negação da subjetividade. Em meio a tantas críticas, a população passa a recorrer às medicinas complementares, fato que é considerado moderno por Laplantine e Rabeyron (1989), e que, além disso, está em crescente desenvolvimento, como atesta o sucesso dessas práticas nas mais avançadas sociedades industriais, como vem ocorrendo nos Estados Unidos, por exemplo.

Essas questões, tanto as vivenciadas, quanto as observadas na literatura, passaram a permear meu pensamento enquanto profissional de psicologia e usuária da biomedicina, até o ponto de propor, uma pesquisa de conclusão de curso em Psicologia, com uma perspectiva alternativa para olhar a doença renal crônica: buscar representações positivas nos sujeitos portadores dessa doença (já que a maioria das pesquisas falava nos aspectos negativos da doença e não nas formas positivas de enfrentamento dos sujeitos, diante de sua nova realidade), os quais frequentavam um atendimento ambulatorial de nefrologia, no município de Santa Maria/RS. Esse primeiro estudo instigou a tal ponto que também foi um dos

responsáveis pela origem desta pesquisa sobre a terapia floral, que em seu momento inicial tinha como objetivo compreender qual o entendimento de saúde, de doença e de tratamento dos sujeitos adeptos à terapia floral.

No decorrer do trabalho de mestrado, foram criados três projetos de pesquisa, chegando ao atual, que tenta compreender quais os motivos que levaram os médicos do município de Santa Maria/RS e de Porto Alegre/RS, ligados à racionalidade científica hegemônica, e mais especificamente à biomedicina, a escolher utilizar a terapia floral como mais um recurso terapêutico.

Uma hipótese em relação a essa escolha se define na ideia de que a biomedicina hegemônica não está mais dando conta do amplo campo do sofrimento humano existente na atualidade, ou seja, da dimensão simbólica implicada nas questões de saúde, as quais ultrapassam o modelo mecanicista-cartesiano. Esta hipótese, aliada ao dado de a utilização da terapia floral como tratamento de saúde ser significativa no Brasil, assim como em outros países, apontam para a importância de pesquisas sobre tal prática de saúde.

Para desenvolver este estudo, foi escolhida a abordagem técnica de caráter qualitativo⁶. Já o instrumento para coleta das informações foi uma entrevista individual semiestruturada⁷ (vide Anexo A), que tentou buscar informações sobre o que levou os médicos entrevistados a trabalhar com medicina floral, através da coleta de informações de suas vidas a partir do momento em que o médico ingressou na faculdade de Medicina em diante. Tais entrevistas foram compostas por questões norteadoras que investigaram, principalmente: os motivos que levaram os profissionais médicos a atuar com terapia floral no tratamento dos doentes; a forma como é feito o diagnóstico do cliente; e qual o entendimento dos médicos sobre saúde, doença e tratamento.

A seleção dos médicos informantes, em um primeiro momento, foi realizada através do levantamento do número de médicos que atuam com terapia floral no tratamento de seus clientes no município de Santa Maria/RS e no de Porto Alegre/RS. Para tanto, tive ajuda de

⁶ Tal escolha deve-se ao fato tanto da pesquisa, como dessa abordagem técnica visar investigar questões simbólicas das relações interpessoais e, também, por procurar descrever a experiência tal qual o indivíduo a expressa através de seu comportamento. As pesquisas de caráter qualitativo não se preocupam em quantificar, mas sim em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositários de crenças, valores, atitudes e hábitos. Além disso, esta técnica qualitativa trabalha com a vivência, a experiência, a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições, que são resultados da ação humana objetivada (MINAYO, 1995).

⁷ A escolha por esse tipo de entrevista, deu-se porque possibilita conhecer as opiniões, sentimentos e percepções dos informantes, explorando suas respostas. Isso porque o foco de interesse parte do que o próprio indivíduo considera mais relevante, desta forma não existem respostas certas ou erradas, ou mesmo pré-formuladas pelo entrevistador (RICHARDSON, 1999). Esse tipo de entrevista permite ainda maior flexibilidade e liberdade para o entrevistador e o entrevistado expressarem suas ideias e sentimentos, possibilitando um detalhamento do conteúdo apresentado pelo entrevistado.

informantes que trabalham em farmácias, dos médicos e de alguns de seus clientes. Os critérios para a seleção desses médicos a serem entrevistados foram: a) ser formado em uma faculdade de medicina reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), e b) estar atuando com terapia floral por um período de no mínimo 06 meses. No caso dos colaboradores entrevistados, o tempo de atuação com a medicina floral foi bem maior, em média de 15 anos.

O número total de entrevistados desse estudo foram oito médicos, de ambos os sexos, que atuam com terapia floral em sua prática clínica. Dentre os entrevistados foram encontradas, duas médicas que atuam unicamente com medicina floral, pois em um dado momento de suas carreiras fizeram essa opção. Faz-se necessário ressaltar aqui que, na primeira suspeita de necessidade do uso da medicina cartesiana, todos os profissionais entrevistados alegaram que encaminham seus clientes aos médicos que atuam com essa medicina (dentro da especialidade necessária para o quadro do paciente), sendo prioridade que os doentes ou sofredores cuidem das doenças físicas com os médicos (pois, o tratamento alopático é muito importante para o tratamento da doença ou do sofrimento das pessoas) e, de modo complementar, façam a terapêutica com a medicina floral. Uma das falas nas entrevistas que melhor explica isso é a de Helena⁸:

[...] Eu fiz uma declaração para o paciente assinar, que ele sabia que estava sendo submetido a um tratamento que [...] não era exclusivo, alternativo, no sentido que excluísse outro tratamento. [...] a pessoa assumia a responsabilidade [...]. Porque, eu não posso negar a minha formação. Eu sou uma pessoa de formação científica [...]. Às vezes, o floral pode ficar curto, quando a pessoa tem distúrbios muito profundos. [...] aí o floral não pode atuar sozinho. Quando tu tens uma pessoa com depressão orgânica, não tem o que fazer a não se dar lítio. [...] a alopatia é uma maravilha [...]. O que existe de medicação para a dor, o que existe de medicação para [...] tantas coisas que são importantíssimas. [...] muitas pessoas dizem “eu não gosto de medicação”. Mas, eu também não gosto [...] o melhor seria não estar doente. [...] o exemplo que eu sempre uso é o seguinte: [...] acho um horror muleta. Mas, se eu quebrar uma perna eu vou usar muleta por um tempo, entende? Assim como tu vais precisar de um antibiótico, [...] de um antidepressivo, [...] de um analgésico, [...] de tanta coisa. [...] não tem porque tu desprezares o produto de uma ciência caríssima, [...] mas, que está te trazendo todo o dia coisas melhores. [...] Quanta mulher morreu dentro de hospício por causa dos hormônios. E hoje em dia tu podes tratar isso, tu usas pílula anticoncepcional [...] a gente tem que saber usar o que é necessário naquele momento. O que adianta ter um paciente virgem de tratamento que se suicida por estar deprimido. Uma pessoa virgem de tratamento que morre de câncer.

Os outros seis entrevistados (dois médicos e quatro médicas) que participaram do estudo atuam com uma das especialidades da medicina (por exemplo, a pediatria, a nefrologia e a neurologia) e também com a terapia floral no tratamento dos doentes. Todos os 8 médicos

⁸ Todos os sujeitos entrevistados receberam pseudônimos para garantir o sigilo de suas identidades.

que aceitaram participar desse estudo são do município de Porto Alegre/RS⁹. No município de Santa Maria, dos três médicos encontrados, dois não aceitaram participar do estudo e a terceira pessoa, por questões pessoais, de força maior, não pôde ser entrevistada. Por esses e outros motivos que serão citados a seguir, o número de colaboradores do estudo, que seria determinado pelo critério de saturação¹⁰ das informações obtidas, acabou sendo determinado pela disponibilidade e vontade dos informantes em participar da pesquisa.

Faz-se interessante fazer um breve perfil, com alguns dados sobre os médicos entrevistados, de forma que não seja possível sua identificação (por esse motivo não há a apresentação de cada indivíduo), mas para apresentar um pouco de seus perfis. A média de tempo da atuação dos entrevistado com terapêutica floral em sua prática clínica é de 15 anos, a de formação é de 25 anos e a de idade é de 55 anos. Alguns são solteiros, outros divorciados ou outros casados. A maioria dos entrevistados é do sexo feminino, tem filhos, atua em sua clínica médica no setor privado, trabalha principalmente com os florais de Bach e em conhecimento (em alguns casos também trabalham) com outras terapias complementares e outros sistemas florais.

O contato com esses médicos para a realização das entrevistas foi realizado de duas formas: pessoalmente e por telefone ou por *e-mail*. Neste primeiro contato, foram informados os objetivos e os procedimentos da pesquisa, assim como foi efetivado o convite para colaborar com o estudo. No convite ao participante, foram explicados os objetivos do trabalho. Em alguns casos, por solicitação dos convidados, foi necessário enviar o parecer do CEP e, até mesmo, o projeto que foi avaliado pelo comitê. Ainda que a vista do projeto possa ter influenciado nas respostas dos médicos entrevistados¹¹, acredito ser um procedimento

⁹ Foram encontrados cerca de vinte médicos no município, que atuam com medicina floral. Porém, alguns não aceitaram participar do estudo, outros tinham trocado seus telefones e lugares de trabalho, de modo que não foi possível sua localização, mesmo tendo sido realizadas buscas sobre seus dados atuais.

¹⁰ “Entende-se que a saturação é atingida quando a introdução de novas informações nos produtos da análise já não produz modificações nos resultados anteriormente atingidos” (MORAES, 2003, p. 199)

¹¹ As entrevistas foram realizadas no local escolhido pelo entrevistado: em sua residência, no seu consultório ou em lugar público, de forma que foi garantido o sigilo e a confidencialidade, além de conforto aos entrevistados, já que o local foi de sua livre escolha. As entrevistas foram gravadas, após o consentimento verbal dos entrevistados. Posteriormente foram transcritas para facilitar o processo de análise. As transcrições foram enviadas aos entrevistados, para confirmar o que foi dito e para abrir a possibilidade de alterarem ou retirarem parte de suas falas. Os dados gravados foram apagados logo após a transcrição, para garantir a privacidade das informações. Foi e continuará sendo garantido, aos participantes, o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas (ver anexo C). Após os médicos aceitarem participar do trabalho, foi oferecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide anexo B), para ser assinado ao final das entrevistas; apenas em um dos casos não houve assinatura. Esses termos serão arquivados, pelo período de 05 anos, na sala da professora orientadora junto ao Departamento de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Sociais da UFSM, conforme exigência do CEP.

necessário pelo medo demonstrado por eles de participar do estudo, afinal suas identidades não podem ser reveladas.

Não teria como deixar de mencionar que os médicos, na maioria dos casos, ficaram receosos em ser informante deste estudo. Alguns se negaram já em um primeiro momento a participar do trabalho, com reações diferentes: dizendo que atuam com medicina floral, mas preferem não se expor (mesmo sendo explicadas as questões de sigilo e apresentado o parecer favorável do CEP sobre a Pesquisa) e outros dizendo não atuar mais com medicina floral. Destes, alguns me foram indicados pelos próprios pacientes que se tratam com tais médicos, justamente por serem tratados com medicina floral, situação que provavelmente indica medo da descoberta de seu trabalho. Outros confirmaram a entrevista, mas em um segundo instante (geralmente dias depois) decidiram não participar.

Há, ainda, os casos dos convidados a colaborar que remarcaram várias vezes a entrevista (talvez, por receio da temática do trabalho), chegando a nunca termos o encontro, o qual foi continuamente prorrogado até o prazo final do meu trabalho de campo e, conseqüentemente, a entrevista propriamente dita não ocorreu. A maioria dos informantes que colaboraram com o estudo, ainda durante os momentos iniciais do encontro, mostrou-se indeciso. Tal situação logo se abrandou, o que possibilitou um bom andamento em cada uma das entrevistas realizadas.

O receio ou mesmo o medo de ter suas identidades divulgadas não é gratuito. O Conselho Federal de Medicina (CFM) não apoia nem considera o uso da medicina floral como prática médica reconhecida, portanto é ilegal. Conseqüentemente, os médicos que forem denunciados serão investigados, e, se comprovada sua atuação considerada ilegal, podem ser punidos até mesmo com a perda do direito do exercício da profissão. A solução encontrada por esses profissionais é não usar seu receituário na indicação de um remédio floral, nem assinar a receita. Assim não há provas, e o trabalho pode ser realizado.

O resultado das informações coletadas foi lido à luz da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2010). Atualmente, a análise de conteúdo é definida, segundo a autora, como um conjunto de instrumentos metodológicos (que apresentam a característica de ser cada vez mais sutis e estarem em perfeito aperfeiçoamento), os quais se aplicam a *discursos* - a conteúdos e continentes – bastante diversificados. Enfim, seu campo de aplicação é muito vasto às comunicações, qualquer que sejam. Essas técnicas múltiplas e multiplicadas apresentam em comum uma hermenêutica controlada, com sua base na dedução – a inferência. Como o próprio nome aponta, a análise de conteúdo incide sobre o conteúdo do texto, ou seja, por meio da “materialidade lingüística através das condições empíricas do texto,

estabelecendo, categorias para sua interpretação [...] espera compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem” (CAREGNATO e MUTTI, 2006, p. 683-684).

Ao utilizar esse tipo de investigação, o objetivo é tentar se situar ao lado daqueles que - de Durkheim, Bachelard a P. Bourdieu – se recusam à *ilusão da transparência* dos fatos sociais, buscando distanciar-se dos riscos da compreensão instantânea. É também *tornar-se desconfiado*, em parte, sobre os pressupostos; ir de encontro à evidência do saber subjetivo; aniquilar a intuição favorecendo o *construído*; abdicar da tentação da sociologia ingênua, a qual acredita poder apreender de forma intuitiva as significações dos protagonistas sociais, porém alcança unicamente a projeção da sua própria subjetividade. De modo geral, pode-se dizer que os métodos de análise de conteúdo satisfazem aos objetivos a seguir:

- a *superação da incerteza*: o que eu julgo ver nas mensagens estará lá efectivamente contido, podendo esta <<visão>> muito pessoal ser partilhada por outros?
- e o *enriquecimento* da leitura: se um olhar imediato, espontaneamente, é já fecundo, não poderá uma leitura atenta aumentar a produtividade e a pertinência? Pela descoberta de conteúdos de estruturas que confirmam (ou informam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que *a priori* não possuímos a compreensão (BARDIN, 2010, p. 31).

Esse método de análise, no uso das entrevistas, traz um paradoxo: o encontro das pessoas na sua unicidade (a parte particular de cada indivíduo) e a necessidade de se fazer a síntese da totalidade dos dados verbais originados nas falas das pessoas inquiridas (a transformação do singular em algo geral, social). Para tentar resolver esta disparidade, a sugestão é fazer dois níveis de análise, em duas fases que estão interligadas e se sucedem, trazendo como consequência a ampliação da produtividade da informação final. A primeira etapa consiste em um trabalho de decifração de estrutura, que é voltado para cada entrevista (cada pessoa), em um processo flexível de levar em conta o material verbal. É importante em cada nova entrevista fazer um exercício de abstenção de si e das entrevistas anteriores, para realizar uma tentativa de compreensão a partir do interior da fala de cada pessoa, ou seja, de seu mundo interior. Este primeiro instante permite amadurecer para se chegar ao segundo momento analítico – a fase da *transversalidade*, em que se procura “a estrutura específica, a dinâmica pessoal, que, por detrás da torrente de palavras, rege o processo mental do entrevistado. Cada qual tem [...] sua própria maneira de os (não) mostrar. [...] pode [...] ao longo de várias entrevistas [...] ver manifestarem-se repetições temáticas” (BARDIN, 2010, p. 93).

Essas repetições temáticas, segundo Bardin (2010), podem ser analisadas por várias técnicas da análise de conteúdo, como, por exemplo, pela análise de categorias. Esta se dá através do desmembramento do texto em unidades, em categorias, de acordo com os reagrupamentos analógicos. A análise temática é uma das possibilidades de categorização¹² da investigação dos temas que se mostra rápida e eficaz quando aplicada a discursos diretos e simples – como é o caso deste estudo. Em resumo, há três pilares cronológicos que sustentam as diferentes fases da análise de conteúdo:

- A) A pré-análise – a fase da organização, em que se escolhem os documentos que serão analisados, formulam-se hipóteses, objetivos e os indicadores que fundamentem a interpretação final. Os principais pontos são a leitura *flutuante* (primeiras leituras dos textos/entrevistas); a escolha dos documentos (no caso deste estudo, todas as entrevistas realizadas); a construção das hipóteses – implícitas ou explícitas - e dos objetivos (são as formulações provisórias que nos propomos verificar utilizando os procedimentos de análise); a referenciação dos índices e a preparação dos indicadores (ou seja, a frequência de aparecimento de dados manifestos nas entrevistas, que servirão de base para a elaboração dos indicadores) e, por último, a preparação do material (é o momento da preparação do material reunido para a futura análise, como a transcrição das entrevistas e a enumeração de seus recortes);
- B) A exploração do material – esta etapa consiste, quando bem elaborada a fase anterior, apenas na aplicação sistemática das decisões tomadas, que consiste na codificação (no caso deste estudo é utilizado o recorte do tema¹³), na decomposição ou na enumeração em função de regras previamente estruturadas;
- C) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

¹² A categorização se dá em nível de estrutura e compreende duas etapas, o inventário (isolar os elementos) e a classificação (repartir os elementos, de forma a dar certa organização às mensagens). O objetivo da categorização é proporcionar, através da condensação, de modo simplificado, uma representação dos dados (BARDIN, 2010).

¹³ “O tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis” (BARDIN, 2010, p. 131). A análise temática permite descobrir os núcleos de sentido que constituem a comunicação. Sua presença ou frequência podem ser significativas para o objetivo analítico escolhido. Nesse sentido, o tema é utilizado, no presente estudo, para indicar as motivações de atitudes (escolha pela terapia floral) e as crenças e definições sobre determinados assuntos abordados (o conceito de saúde, por exemplo). Pode-se dizer então, que as categorias desse estudo surgiram a partir dos significados que apareceram a partir das entrevistas e de sua relação com a literatura estudada.

Utilizando, para a avaliação dos dados, a análise de conteúdo com base na técnica da análise temática ou categorial (que tem por fundamentos operações de desmembramento do texto em unidades, com a função de desvendar os diversos núcleos de sentido que fazem parte da comunicação, e posteriormente realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias), foram observadas as seguintes categorias (temas) que se repetiram nas entrevistas analisadas feitas com os médicos: 1. *O que é doença?*; 2. *O que é cura?*; 3. *O que é saúde?*; 4. *Como é a medicina ocidental*; 5. *Como é a medicina floral*; 6. *Caminho da biomedicina ao floral*.

Para exemplificação dessas categorias e a fim de tentar fazer uma costura entre teoria e análise, as categorias foram inseridas aos capítulos que se seguem, de forma que, juntamente com as discussões teóricas, apresentam-se as falas dos entrevistados apontando os temas discutidos e as categorias encontradas, sempre com o cuidado de fazer referência à categoria abordada naquele momento. Faz-se importante destacar, que os capítulos a seguir e a análise dos dados coletados tiveram como bases metodológicas alguns autores que foram se destacando nas leituras realizadas durante esse trabalho. Esse destaque deu-se por seus conceitos e teorias, principalmente no que se refere à ciência e à área da saúde. Dentre esses autores que influenciaram o presente estudo - mas não de modo que fossem usadas suas leituras de modo exaustivo – seja por concordância de teorias, seja por dissonância, estão Madel Terezinha Luz; Boaventura de Souza Santos e Claudio Bertolli Filho.

Com a finalidade de descrever e discutir alguns aspectos da história da saúde no Brasil, e paralelamente a da medicina, já que ambas estão conectadas, foram utilizadas algumas teorias de Claudio Bertolli Filho (historiador e cientista político e social). Essa discussão histórica foi realizada considerando o que afirma Luz (1996b, p. 7): “a compreensão de qualquer medicina é parte constituinte de um contexto sócio-histórico específico, exprimindo-o e constituindo-o, ao mesmo tempo, nos aspectos que concernem ao adoecer, ao recuperar-se ou ao morrer humanos”.

A opção por um autor-base deu-se por não ser interesse deste estudo discutir sobre as diferentes versões sobre a história da saúde no Brasil. Outro ponto importante desse trabalho a ser mencionado é que apesar de considerar significativo fazer uma passagem pela história do Rio Grande do Sul (pois, o trabalho se dá nesse Estado, e porque os entrevistados descreveram maior resistência do Conselho de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS) em comparação com os Conselhos de outros Estados do Brasil sobre o uso ilegal da medicina floral pelos profissionais médicos) isso não foi possível, pois não foi encontrada bibliografia suficiente para fazer esse trabalho. Assim, são claras as limitações que as lacunas da história geram no presente estudo. Na verdade, esse é mais um espaço em

branco dessa pesquisa, que assim como outras pesquisas apresenta diversos pontos que poderiam e mereciam ser desenvolvidos.

Outro fator que levou à escolha desse autor é a forma clara e concisa com que apresenta a história da saúde no Brasil. Seus relatos históricos discorrem sobre a estruturação da medicina que é conhecida atualmente e sobre a importância recente da indústria farmacêutica nesse cenário. Com esses dados foi possível tentar pensar pontos de conexão entre a ciência, a medicina e a medicina floral no cenário brasileiro. Essa reflexão também foi inspirada em Boaventura de Souza Santos, que traz em suas obras a assunção da relação de imanência radical da ciência às condições sócio-históricas e, em Follari (2004). Este considera que para qualquer abordagem sociológica sobre as ciências há a pressuposição de que a “história interna” é um subsistema da história global, e dessa forma não pode ser refletida numa perspectiva de alteridade radical em relação a esta última. Assim, pode-se pensar que a ciência se sustenta em função dessa história global, ou seja, a ciência não reflete as condições sociais, pois ela é sempre relações sociais cristalizadas e objetivadas. Nesse estudo entende-se que essa concepção defendida por Follari se estende à história da medicina no Brasil.

Para tentar entender a medicina no Brasil, é importante conhecer a história da saúde no país, mas também é importante conhecer o modelo de ciência hegemônico ocidental, pois a medicina se utiliza deste modelo na sua constituição. Para discutir tal modelo de ciência, a fonte utilizada foi Boaventura de Souza Santos. A partir de algumas de suas obras, foi possível refletir sobre determinadas questões epistemológicas em relação à ciência moderna e sobre os caminhos que essa ciência aponta para o futuro – o que ele chama de transição paradigmática. Essa discussão é considerada importante pela aproximação que a medicina ocidental tem com a ciência ocidental. Ao falar nessa transição paradigmática em *Um discurso sobre as ciências*, Santos (1997) aponta uma base para pensar as racionalidades científicas e, conseqüentemente, a partir daí, parece ser possível refletir sobre as racionalidades da saúde.

Duas vertentes percorreram os debates sobre a ciência no decorrer dos três últimos séculos: “a natureza e o sentido das transformações do mundo operadas pela ciência; a natureza e a validade do conhecimento que produz e legitima essas transformações” (SANTOS, 2008, p.138). O domínio de cada vertente se alternou ao longo do tempo, e os cientistas e titulares de outros conhecimentos (como o filosófico, o teológico e o artístico) passaram aos seus debates. Porém, com a expansão e a diversificação da ciência moderna e por uma pluralidade de fatores (tal como o crescimento a nível exponencial da produção científica; suas conseqüências – a proliferação das comunidades científicas e a crescente

visibilidade dos conhecimentos não científicos, que possuem uma relação epistemológica e paradigmática complicada – que pode ir da complementaridade, passar pela confrontação e chegar a incomensurabilidade - com a ciência moderna), os debates passaram a ser travados igualmente entre cientistas (sendo esse debate, por vezes, sobre o que é ser cientista e sobre quem o é).

Segundo Nunes (2004), para Santos, em *Um discurso sobre as ciências*, a ciência moderna em sua história é tratada no conjunto, de forma a constituir um paradigma (um modelo epistemológico que é comum às diferentes disciplinas e áreas do conhecimento, porém que admite variedade interna). Tal paradigma mostra-se em crise (no sentido de abrir novos espaços e oportunidades para intervenções transformadoras e não no sentido de colapso das ciências modernas) por meio de sintomas que surgem ao longo do século XX, e principalmente nos debates que, nos anos 80, surgiram ligados a diferentes desenvolvimentos, os quais, de diversas formas, questionavam de maneira crítica e transversal tanto os postulados gerais da ciência moderna como projeto unificador e os postulados específicos das diferentes ciências. A partir de tal crise, continua Nunes, Santos passa a um exercício de pensar os saberes emergentes e das possíveis consequências de tal crise.

Os paradigmas sócio-culturais para Santos (2000) nascem, desenvolvem-se e depois morrem, de modo que a morte de um paradigma traz dentro de si o paradigma que vai futuramente o suceder. Nesse processo, o que nasce é incomensurável com o que morre, sendo impossível qualquer ressurreição ou reencarnação. Essa passagem paradigmática é semi-cega e semi-invisível. Assim está ocorrendo com o paradigma da ciência moderna, que para o autor se encontra em crise final, sendo mantido ainda como paradigma dominante pela inércia histórica. Vivemos então um período de transição paradigmática. É necessário esclarecer que, apesar de não utilizar a ideia de transição paradigmática de Santos no decorrer dos capítulos que se seguem, esse estudo vai de encontro a mesma, pois defende que os paradigmas coexistem e modificam-se, sem ter seu desaparecimento total em dado momento.

Pode-se observar que há vários paradigmas em saúde, por exemplo, que dominam em certo tempo e espaço, de forma que esse domínio parece dar-se em uma configuração cíclica – ora um, ora outro. Dessa forma, pode-se pensar que os novos paradigmas podem não ser tão novos assim, ou seja, alguns podem ser velhos paradigmas que estão novamente em destaque. Esta situação foi apontada pelos médicos entrevistados, que disseram que outras formas de tratamento de saúde sempre existiram, sendo a biomedicina – apesar de dominante no mundo ocidental – muito recente e importante para no tratamento das doenças. Além disso, apontaram que, além dessa coexistência de diferentes saberes em saúde, algumas práticas

estão novamente ganhando espaço, como, por exemplo, a fitoterapia (que já foi muito utilizada e estudada na Europa há algum tempo, mas que perdeu espaço diante do poder da indústria farmacêutica). Então, como defende Perurena (2001, p. 17-18)

Aceitar que existe transição paradigmática implica em aceitar a idéia de que tínhamos um paradigma e estamos fazendo um caminho entre este e outro que por certo virá. Acreditar que o próximo paradigma será o “bom” paradigma é esquecer que o “mau” está contido no “bom” e, conseqüentemente, repetir erros do passado. A verdadeira transição é está que se dá no dia a dia, assim a crise que vemos hoje é a crise que nossos antepassados viram ontem e nossos filhos verão amanhã – cada qual com os olhos do seu momento histórico. Se hoje ela nos parece tão intensa que percebemos uma transição – o que significa um corte – é porque nossos olhos “querem”, porque nossas melhores utopias nos informam nesse sentido. O embate entre os diversos saberes é que se escancara a nossa frente colocando em xeque nossas melhores teorias, e, ainda assim, temos de conviver com elas, aprimorá-las e assim por diante. São elas que nos permitem, através de suas lentes, esclarecer a opacidade do real.

Em síntese, o que se destaca nas ideias de Santos, para esse trabalho, está ligado à concepção de ciência moderna. Esta é ocidental, capitalista e sexista. Apresenta o binômio cultura/natureza, o qual faz parte de um amplo conjunto de dualismos, como abstrato/concreto, espírito/corpo, subjetivo/objetivo, ideal/real, etc. A ciência moderna transforma-se em um dualismo mais eficaz, uma vez que o “falso (e hegemônico) universalismo da sua racionalidade cognitivo-instrumental se presta particularmente a transformar experiências dominantes (experiências de uma classe, sexo, raça ou etnia dominante) em experiências universais (verdades objetivas)” (SANTOS, 2000, p. 87-88).

Madel Terezinha Luz, a iniciadora das construções teóricas sobre as racionalidades da saúde no Brasil, vem discutir justamente os paradigmas, as racionalidades científicas na área da saúde, trazendo à tona a discussão entre a medicina hegemônica ocidental (que ela denomina de biomedicina) e as formas ditas “alternativas” de saúde. Ao longo de seus estudos, sua equipe de pesquisa destaca dois problemas de difícil resolução, quais sejam: 1. a heterogeneidade dos sistemas médicos que estavam em comparação – ou seja – a sua diversidade, com os pontos de paralelismo, de dispersão, de oposição e até de inclusão; 2. a complexidade teórica, histórica e cultural das racionalidades médicas em exame (LUZ, 1996b). Olhar esses sistemas como se fossem uma totalidade homogênea, acabada e a-histórica seria cometer o erro de cair numa simplificação e banalização. Ao longo de seus estudos, a ideia foi mostrar que:

- A) Existe mais de uma racionalidade médica – fato que coloca em questão o monopólio médico e terapêutico constituído pela medicina ocidental, dita medicina científica;
- B) Outras racionalidades coexistem, como a homeopática, a tradicional chinesa e a ayurvédica;
- C) Essas racionalidades podem ser comparadas à racionalidade médica ocidental contemporânea.

O objetivo principal de Luz e sua equipe de pesquisa era descrever os principais traços das cinco dimensões que constituem a racionalidade, para cada uma das medicinas examinadas: uma doutrina médica, uma morfologia ou anatomia humana, uma dinâmica vital ou uma fisiologia humana, um sistema diagnóstico e um sistema de intervenção terapêutica. Esses fundamentos residem em uma cosmologia¹⁴. Independentemente de seu paradigma¹⁵, a racionalidade médica se caracterizou historicamente por compreender uma atividade (*práxis*), uma arte de curar pessoas doentes (*tekné*) e também um conhecimento ou uma ciência de doenças (*gnose, episteme*). A natureza de seu saber, de ordem filosófica (seja religioso ou não), diferia fundamentalmente do saber moderno, o qual busca o científico como o ideal de verdade desde o século XVII (LUZ, 1996b).

A categoria “racionalidade médica” modelou seus traços ou dimensões fundamentais por meio de uma operação indutiva. Esta operação faz parte de um projeto específico de categorizar a presença (com maior ou menor grau de explicitação e clareza) dos traços ou dimensões fundamentais da racionalidade. Tal presença é considerada condição *sine qua non* para abranger o fenômeno, ou o conjunto de fenômenos, na categoria que foi apontada. Os sistemas¹⁶ - que são definidos como racionalidade médica - são vistos como sistemas abertos e apresentam suas dimensões elaboradas teoricamente (em maior ou em menor grau)

¹⁴ Um sistema médico se enraíza em uma cosmovisão, que Luz (1996b) prefere chamar de cosmologia, em função do grau de sofisticação teórica que tal visão pode alcançar, por exemplo, a medicina ocidental - na qual a visão cosmológica está sustentada na física clássica newtoniana. O uso do termo cosmologia não vem para acentuar o “lado obscuro” ou “simbólico” das racionalidades médicas, de modo a se opor a uma possível cientificidade (ou sistematicidade) em termos de conhecimento das cinco dimensões propostas.

¹⁵ Para Luz (1996b), coexistem dois paradigmas de conhecimento na medicina. Um é o paradigma indiciário – conforme a definição de Ginzburg (1989) – que tem base na intuição, na observação empírica de casos “singulares”, os quais se somam, formando assim um “acervo” do agente de cura. Este acervo permite “deduzir” o que o paciente apresenta, qual a forma de tratá-lo num dado momento da relação paciente-terapeuta, momento geralmente conhecido como consulta. O outro paradigma que apresenta ambição analítica e tende ao modelo de construção discursiva (se não teórica, ao menos racionalizante). Foi o responsável pela construção histórica do conhecimento nas sociedades complexas (inclusive as orientais) e está ligado à constituição de uma doutrina médica específica, que se distingue ou mesmo se opõe às outras.

¹⁶ Os sistemas médicos são quase sistemas que se reestruturam de modo constante no contato histórico-cultural, interagindo sempre com práticas e sistemas médicos variados, os quais se constroem, estruturam-se, solidificam-se ou se desestruturam nas sociedades complexas atuais em um ritmo muito veloz (LUZ, 1996b).

conforme a predominância de dada dimensão na racionalidade. Além disso, podem competir entre si na cultura local (no mercado da cura), ou podem cooperar, especialmente, na esfera terapêutica - por meio de decisões institucionais, ou por decisões dos agentes de cura que fazem parte de cada uma dessas racionalidades (LUZ, 1996b). Para se chegar a uma discussão sobre a racionalidade médica ocidental, é necessário, antes, falar um pouco sobre a ciência em que essa se embasou – a ciência ocidental moderna.

“Entendida como empreendimento intelectual *puro*, a ciência precisa ser dissecada apenas em seu contexto da justificação. Ocorre, porém, que depois da segunda metade do século XX, a rígida distinção entre contexto da descoberta e contexto da descoberta e contexto da justificação passou a ser mais questionada.”
(OLIVA, 2003, p. 16)

2 MODELO DE CIÊNCIA OCIDENTAL

Enquanto a medicina floral se apropria da fala do paciente no tratamento do sofrimento do doente, sendo o terapeuta floral apenas um facilitador neste processo, na medicina ocidental o médico é considerado como o detentor do saber, uma autoridade no tratamento. Esta é apenas uma das diferenças (dentre outras que serão citadas no decorrer dos capítulos seguintes) entre as duas racionalidades científicas. Para falar destas racionalidades, é necessário antes entender que a medicina floral está calcada numa racionalidade holística, e a medicina ocidental na racionalidade científica moderna ocidental.

Como a racionalidade dominante na atualidade é a segunda, e esta a partir de Descartes passou a separar o ser da natureza, há uma desconsideração das outras racionalidades que não se encaixam nesses moldes considerados como os científicos. Como a medicina ocidental está imersa no modelo de ciência ocidental, sua tendência também é desconsiderar as outras racionalidades. Por isso, cabe discutir o modelo de ciência ocidental para compreender como se estruturou a racionalidade médica hegemônica e como se deu a divisão entre a racionalidade ocidental e as outras racionalidades em saúde.

Bruno Latour (2006) discute sobre essa divisão. Segundo o autor, os ocidentais consideram-se totalmente diferentes dos outros, sendo esse o grito de vitória dos modernos ou seu lamento prostrado. A Grande Divisão entre “Nós” - Ocidentais - e “Eles” - todos os outros (desde os mares da China até Yucatán, dos Inuit aos aborígenes da Tasmânia) não parou de obcecar os cientistas. Não importa o que Eles façam, os Ocidentais carregam consigo a história no casco de suas caravelas e suas canhoneiras, nos cilindros de seus telescópios e nos êmbolos de suas seringas imunizadoras. Os ocidentais não afirmam apenas que são diferentes dos outros, como os Sioux diferem dos Algoquins, mas que são radicalmente distintos; de certa maneira, requerem que os Ocidentais sejam dispostos de um lado e todas as outras culturas no outro, não levando em consideração que todas as culturas têm em comum o fato de que são justamente culturas que estão no meio de outras. No olhar Ocidental sobre o Ocidente, é apenas ele, não apenas uma cultura.

Para entender o porquê dessa Grande divisão entre “Nós” e “Eles” e porque apenas “Nós” é considerado uma cultura, é preciso olhar, de acordo com Latour (2006), para outra Grande Divisão entre humanos e "não-humanos", que é a história e as construções dos ocidentais referidas acima. Em verdade, o primeiro nada mais é do que a exportação do

segundo. Os Ocidentais não podem ser considerados uma cultura entre as demais, só porque também movimentam a Natureza. Não se faz, como as outras sociedades, apenas circular uma imagem ou uma representação simbólica da Natureza, mas sim a Natureza tal qual se apresenta ou ao menos como é conhecida pelas ciências - que permanece em um segundo plano, não estudado, milagrosamente ligada à própria Natureza.

Assim, no cerne da questão do relativismo, encontramos a questão da ciência. Se os Ocidentais tivessem se contentado em trocar e conquistar, saquear e dominar, eles poderiam não se distinguir radicalmente de outros comerciantes e conquistadores. Mas eles inventaram a ciência, uma atividade totalmente distinta da conquista e da troca, da política e da moralidade (LATOUR, 2006). Esta ciência, por seus moldes rígidos, acaba por impedir, muitas vezes, que se realizem pesquisas. É o caso das pesquisas com plantas para novos sistemas florais, das pesquisas e trabalhos com a fitoterapia e na área da física quântica, que, como justificam os médicos entrevistados, não são quase estudadas, geralmente por não serem consideradas relevantes para a ciência.

Essa ciência inventada pelos ocidentais, com sua racionalidade científica moderna, e que será discutida nesse tópico, é contemporânea, em sua constituição, ao Renascimento (na sua fase mais avançada) no século XVI. Essa racionalidade, enquanto processo histórico de decifração, de explicação e de transformação de realidade, está em construção ainda hoje, desdobrando-se em diversas especialidades científicas novas, assim como em tecnologias cada vez mais complexas e mais avançadas, chamadas de tecnologias de “ponta” (LUZ, 1988).

Esse modelo de racionalidade que preside a ciência moderna, apesar de se constituir a partir da revolução científica (século XVI), foi desenvolvido nos séculos seguintes nas ciências naturais e se estendeu às ciências sociais emergentes mais tarde no século XIX. Após esse período, Santos (1997) diz que é possível falar de um modelo global e totalitário de racionalidade científica que permite variedades internas, mas que se distingue e se defende de dois tipos de conhecimento: os não científicos (ou irracionais), que são o senso comum, e os estudos humanísticos (os históricos, filosóficos etc.).

Os principais traços desse novo paradigma científico, que o separa do saber aristotélico, são uma melhor observação dos fatos e uma visão de mundo e da vida, que reconduz a duas distinções: entre conhecimento científico e senso comum e entre a natureza e a pessoa humana. Tal visão do mundo e da vida vai de encontro às formas de dogmatismo e de autoridade. A experiência moderna, ao contrário da aristotélica, suspeita das evidências da experiência imediata. O conhecimento científico avança através da observação dos fatos

naturais, que ocorre de forma descomprometida, livre, sistemática e rigorosa (dentro do possível).

Essa visão de ciência ocidental foi erigida a partir de duas premissas, de acordo com a Comissão Calouste Gulbenkian (1996). A primeira premissa é o modelo newtoniano, que defende a existência de uma simetria entre o passado e o futuro. Newton acreditava em uma perspectiva quase teológica, em que, a exemplo de Deus, os seres humanos podem chegar a certezas, e assim não há necessidade de diferenciar o passado e o futuro, já que tudo coexiste num eterno presente. A segunda premissa é o dualismo cartesiano, segundo o qual existe uma diferença fundamental entre natureza e seres humanos, matéria e mente, mundo físico e mundo social/espiritual. A ciência, assim, passou a buscar leis universais da natureza, as quais se mantivessem verdadeiras para além das barreiras de tempo/espaço.

Descartes consubstanciou, com base nessa ideia de dualidade, o racionalismo moderno. Este tem suas bases na razão e na objetividade em oposição à emoção e à subjetividade. A razão científica é tida por Descartes como o único critério de produção de verdades¹⁷ e também como um longo percurso da racionalidade moderna como produtora de verdade. Assim, a partir do século XVIII, para a racionalidade moderna só existe uma grande certeza, um dogma, que é o da ciência como caminho único para a obtenção da verdade, para o *processo* de sua produção (LUZ, 1988).

Seguindo essa linha de pensamento quanto ao que é científico, as medicinas alternativas são consideradas como não legítimas pela racionalidade científica ocidental, por ter sua base em um modelo de conhecimento que considera a observação, as questões da natureza e a subjetividade. Isso porque a crença de Descartes é que as ideias matemáticas, as quais são simples e claras, permitem um conhecimento mais profundo e rigoroso da natureza, originando assim o rigor científico. Este define as duas características do método científico: 1) conhecer significa quantificar - dessa forma passa a desqualificar as qualidades intrínsecas do objeto; 2) redução da complexidade – assim, para conhecer é necessário dividir e classificar o que possibilita, num segundo momento, determinar relações sistemáticas entre o que foi separado (SANTOS, 1997).

Rosenfield (*in* DESCARTES, 2007) resume os quatro passos que Descartes criou para serem seguidos no caminho do conhecimento verdadeiro. A primeira regra diz que não se pode aceitar nada como verdadeiro, pois é necessário passar pelo crivo da razão. A segunda

¹⁷ Santos (2008) define a verdade científica como a representação fiel ou, no mínimo, o mais próxima possível da realidade existente. Essa representação independe das formas que assume ou dos processos pelos quais o conhecimento que se tem da representação é produzido.

regra afirma que as coisas complexas devem ser divididas em quantas partes simples forem possíveis, já que a razão tem mais condições de resolver um problema quando este está delimitado. Na terceira etapa, refere que, após a divisão do problema, deve ser seguido um ordenamento com seus nexos necessários, de forma que a seguinte remontagem possa ser realizada sem a ocorrência de desvios (os quais poderiam prejudicar a busca da verdade desejada). E, na quarta regra, acrescenta que esse processo pode ser testado quantas vezes forem necessárias, considerando as objeções e contribuições de cada pesquisador, pois é assim que se pode estabelecer a verdade.

Descartes, com sua busca pela verdade, deu origem a um imaginário científico (subjacente à cosmovisão mecanicista e, também, aos modelos científicos mecânicos que se desenvolveram nos séculos XVII e XVIII), imerso em representações sociais com base nas atividades “engenhosas” de criação de máquinas e autômatos dos séculos passados. A razão moderna clássica, sem conhecer essas bases materiais do pensamento, pensa-se construída à *imagem e semelhança* das máquinas que criou, assim como imagina a natureza repetindo o mesmo modelo mecânico (LUZ, 1988). Dessa forma, Santos (1997) acredita que a característica que melhor simboliza a separação dos paradigmas que precedem o paradigma da racionalidade científica é que esta pode ser considerada, por ser um modelo global¹⁸, como um modelo totalitário na proporção em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não têm como base seus princípios epistemológicos e suas regras metodológicas.

Pires (2004) afirma que o conhecimento científico pode ser entendido a partir da interrelação dos aspectos a seguir: 1. reconhecimento nos diversos saberes e práticas, a fim de se transformar provisoriamente; 2. relatividade do discurso estabelecida na apresentação processual e aproximativa da realidade; 3. rigor metodológico, servindo a uma realidade cada vez mais complexa, como meio para recriar discutibilidades; 4. intencionalidade mencionada no discurso para se manter criticável nas sínteses criadas; 5. predisposição em reavaliar posições de forma dialógica, favorável a um discurso eticamente fundado.

Santos (1997) esclarece ainda que a natureza teórica do conhecimento científico é causal e almeja à formulação de leis, com o esclarecimento das regularidades observadas, para prever o comportamento futuro dos fenômenos. O conhecimento científico rompe com o senso comum, pois as leis da ciência moderna são um tipo causal formal que privilegia o *como funciona* das coisas em detrimento de *qual o agente ou o fim* das coisas. Um

¹⁸ Santos (2000) explica que esse modelo global não se trata de um paradigma sociocultural global ou universal, mas se trata de um paradigma local que se globalizou com êxito, ou seja, um localismo globalizado.

conhecimento com base na formulação de leis apresenta como pressuposto metateórico a ideia de que o mundo é ordenado e estável, de modo que o passado se repete no futuro.

Essa é a ideia do mundo-máquina, que acabou por transformar-se na grande hipótese universal da época moderna – o determinismo mecanicismo. Dessa forma, pode-se dizer que o movimento característico do conhecimento científico moderno é prático e atua como transformador de realidades (LUZ, 1988). Porém, como argumenta Pires (2004), a natureza não se move no ritmo inventado pela observação científica, pois seus fenômenos são irreversíveis, ainda que apresentem certa regularidade capturável de forma mais fácil pela cognição do homem.

Uma das principais características da racionalidade moderna para Luz (1988) é a multiplicação de *disciplinas*, de objetividades discursivas especializantes. Como desdobramentos quase infinitos, as disciplinas podem tematizar: conjuntos de relações teóricas entre sistemas de proposições, as quais podem ser sobre a matéria da sua mais ínfima partícula até o gigantesco astronômico, ou podem tratar sobre os seres vivos, os vegetais, animais e humanos. Quando se trata de seres humanos, pode discorrer sobre suas relações sociais, no âmbito da privacidade de seus afetos e hábitos individuais, ou da materialidade orgânica de seu corpo. As disciplinas propõem expor, sob forma de proposições conceituais expressas como *enunciados de verdade*, através de “teorias explicativas”, a determinação recôndita que possa existir em toda a realidade, em termos de agente e de conseqüente.

Independentemente de quais são as relações entre a ciência moderna e as ciências anteriores, Santos (2008) diz que esta nova forma de ciência se autoconcebeu como um novo começo que rompe com o passado, uma revolução científica, como veio a se caracterizar mais tarde. A partir deste momento, o debate sobre o conhecimento passou a se centrar no interior da ciência moderna: nos fundamentos da validade privilegiada do conhecimento científico, nas ligações do conhecimento científico com outras formas de conhecimento (dentre eles o filosófico, o artístico, etc.), nos processos (como as instituições, organizações e metodologias) de produção de ciência e também no impacto de sua aplicação. O que distingue o debate moderno sobre o conhecimento dos debates anteriores é o fato de a ciência moderna ter assumido sua entrada no mundo de forma mais profunda, ou seja, propôs-se a compreender o mundo e a transformá-lo. No entanto, foi de forma paradoxal que, para maximizar sua capacidade de transformar o mundo, acabou por se prender imune às transformações do mundo.

Santos (2008) acrescenta que, quanto mais a ciência intervém de forma eficaz no mundo, mais ela é independente dele. A ciência atua de forma autônoma de acordo com suas

próprias regras e lógicas, tendo como finalidade a produção de um conhecimento verdadeiro ou tão próximo da realidade quanto for possível. A partir do momento em que são criadas e estabilizadas as condições institucionais que garantem a autonomia da ciência, essa verdade e essa representação não mais se submetem ao condicionamento ou à manipulação oriunda do mundo não científico.

Em resumo, a ciência moderna, ao contrário da aristotélica, desconfia sistematicamente das evidências das experiências imediatas. Essas evidências, situadas na base do conhecimento vulgar, são consideradas como ilusórias pela ciência (SANTOS, 2000). O cartesianismo, responsável pela clássica separação mente-corpo, assim como a perspectiva newtoniana, são modelos da ciência moderna que a medicina hegemônica adota. Como consequência, esses modelos acabaram por influenciar diretamente a visão do humano como uma sofisticada máquina biológica, que tem o corpo físico como única dimensão da existência. Esta máquina física é controlada pelo cérebro e pelo sistema nervoso autônomo (GERBER, 1988).

Essa ciência, a moderna, tem buscado dominar a natureza, através de seus métodos, leis e procedimentos tidos como infalíveis, os quais desconsideram outras formas de saber e são desapegados de maiores subjetividades por crer na neutralidade científica e na perspectiva sistemática de ordenar o caos. O cerne desse conhecimento científico, que tem se mantido hegemônico e que sustenta dominações ilegítimas, está na compreensão linear da realidade, que acredita na separação total entre ser humano e natureza (PIRES, 2004).

Contrariando a noção de ciência com um ângulo de visão baseado num foco específico, que exclui em grande parte as terapias naturais (as quais integram a natureza), os entrevistados apontaram que há uma busca dentro dos moldes científicos para tentar entender a medicina floral. O primeiro recorte de entrevista é da médica Inês, que hoje faz pesquisas¹⁹ sobre florais em uma Instituição de Ensino do Rio Grande do Sul. O segundo é da Paula, que conta um procedimento de pesquisa realizado na Europa para tentar entender a atuação dos florais nas pessoas.

[...] estou me debatendo com as pesquisas [...]. Mas não podemos ter uma aura acadêmica tão grande, a ponto de inibir [...] esses movimentos que vêm e são autênticos! O movimento da terapia floral é autêntico. [...] quando as análises evoluírem. [...] vai vir muitas respostas [...] da física quântica, [...] da nanotecnologia, [...]. O principal, é saber que na terapia floral, parecida com outras coisas que se faz na medicina natural, tem [...] coisas boas para as pessoas de resultados [...] Principalmente na esfera emocional. [...] Eu acredito que nós vamos evoluir para micro [...] atenção das coisas [...] um dia nós vamos medir [...] a

¹⁹ A opção por não descrever sua pesquisa com florais deu-se para não identificar a entrevistada.

agitanina, não sei qual é o nome que vão dar. Todas essas coisas peculiares das pessoas: o mau humor... o que é mau humor? Ele é algo do nosso corpo que se desestabiliza, que o meio ambiente, [...] inferiu e eu respondi produzindo alguma coisa? Não sei, acho que sim. Isso é tão infinitesimal que não medimos ainda. Então, vamos catalogando as pessoas... aquele é agitado, aquele é [...] meio insano, [...] mas o que é isso? É a nossa expressão emocional, que está desequilibrada, [...] aí entra a terapia floral, ela equilibra esses estados emocionais perturbados [...] pelo nosso meio ambiente, pela genética, pela inserção na nossa família, no trabalho, na vida.

E eu disse pra ela²⁰ “eu tenho uma dúvida grande, como tenho uma formação científica muito rígida, vejo algumas modificações, mas eu não tenho nenhum conhecimento, do que acontece sob o ponto de vista biológico. [...] onde é que funciona em termos neurológicos? [...] o que a representante dos florais da Europa me disse: “Olha, eu tentei ser científica com os florais, trabalhei com engenheiros alemães, onde pegávamos hemácias e a história do paciente, e pela história fazia-se a escolha dos florais. Eu pingava numa [...] placa de teste com eritrócitos, gotas do floral que eu achava que ia funcionar. Dava tudo errado! [...] Às vezes, eu escolhia ao acaso um floral, que não tinha nada haver com a história do paciente, a rigor. Eu botava e o eritrócito ficava com o halo completamente perfeito e arrumado”. Então, a ideia que eu tenho hoje, é que o floral é um remédio do futuro. Floral não é um remédio para esse momento agora, até funciona. Mas, acho que cometemos erros absurdos, eu acho que ele é um medicamento que vai funcionar, mais ou menos parecido com o que a homeopatia funciona hoje [...] nas LM, por exemplo. [...] a homeopatia ela é feita por dinamização, por frequência de energia, então tu podes usar frequências de energia mais baixas, quando são doenças [...] concretas, de matéria; como tu podes usar frequências altíssimas, do tipo LM. Milhões e milhões. E, acontece modificações importantes no indivíduo, mas em que nível isso está pegando o indivíduo, ninguém sabe.

As entrevistadas fazem menção ao que todos os médicos citaram, ou seja, referem-se à possibilidade de se fazer pesquisa dentro dos moldes científicos hegemônicos para tentar entender a atuação dos florais, apontando ainda que a evolução da ciência pode ajudar nesses estudos, pois possibilitará, por exemplo, criar instrumentos de mensuração que consigam medir energia. Não há como saber se essa vai ser a forma de se compreender a atuação dos florais, mas é uma hipótese que parece lógica, e é interessante salientar que todos os médicos citaram tal hipótese.

Esses recortes de entrevistas estão conectados à categoria 5. *Como é a medicina floral.* A análise das falas dos entrevistados aponta que nas suas visões a medicina floral é uma medicina que não trabalha com remédios sintéticos, mas que trabalha com remédios buscados diretamente na natureza, com teorias que estão ligadas à física quântica para explicar seu funcionamento – ainda inexplicável. Sua atuação ocorre no nível energético, o qual seria medido através da frequência de energia, por isso a necessidade da física quântica para entender tal medicina, que atua nos desequilíbrios humanos, nas tensões do emocional. Outro aspecto importante apresentado é que o funcionamento da medicina floral não é diferente dos

²⁰ A entrevistada Paula faz referência aqui a uma conversa que teve com a representante dos florais na Europa. Esta tentou realizar pesquisas sobre o funcionamento dos florais.

remédios alopáticos, visto que nem todos os remédios funcionam de forma igual em todas as pessoas, logo as substâncias vão sendo testadas nos pacientes até que uma delas funcione. Logo, nas duas medicinas, os remédios podem ou não funcionar.

Voltando à ideia da separação radical do ser humano e da natureza, Capra (1992) diz que o cartesianismo, entre diversos outros resultados, impossibilitou que os médicos considerassem com seriedade a dimensão psicológica das doenças e que os psicoterapeutas lidassem com o corpo de seus pacientes, de modo que aqueles tratam geralmente da dimensão orgânica, enquanto estes tratam a dimensão emocional e a psicológica. Isso porque (ADAM E HERZLICH, 2001) a doença para a biomedicina é um estado que afeta o organismo do indivíduo, e o papel da biomedicina é descrever a doença em termos objetivos a fim de buscar tratá-la sem interferências oriundas da falta de neutralidade. Em oposição ao trabalho interpretativo dos médicos, as pessoas utilizam, para interpretar os fenômenos orgânicos, uma série de conceitos, símbolos, e estruturas de referências que foram interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais dos quais fazem parte, questões que são pouco consideradas pelos médicos. Essa compreensão da biomedicina sobre doença nem sempre foi assim, mesmo há algumas décadas, como aponta o entrevistado Rafael ao relatar a experiência que teve com seu pai (também médico), com quem aprendeu a olhar o sujeito doente por outros aspectos além dos analisados pela biomedicina e de sua vivência e estudos pessoais, que contribuíram para sua formação como médico. Outra entrevistada que cita alguns procedimentos que já foram utilizados no passado pela medicina é Inês:

Quando vamos atender um cliente, não podemos nos fixar só no exame de laboratório, ou raio x, coisa assim... Temos que tentar entender a pessoa. [...] o pai me levava junto²¹, [...] ele dizia “senta na cama, sente o cheiro dele, olha a textura da pele, olha o jeito dele, conversa com ele”. Quer dizer, quanto mais tu conseguires na anamnese, melhor pra ti. E na homeopatia e no floral isso é fundamental: [...] estar antenado para o jeito de a pessoa olhar, tentar esmiuçar [...] “porque que tu estas dizendo isso?”... Bom, junto disso, eu tenho uns 10 anos de terapia psicanalítica. E mais os estudos [...] acho que o Freud tem razão num monte de coisa. [...] então, tu pegas um pouquinho do Freud, do Reich, do Jung [...] tu juntas isso e fazes a tua colcha de retalho, agora, para fazer a colcha de retalho tu tens que [...] sair da teoria e botar na prática essa coisa, pra atender teu cliente, [...] acho que se eu não tivesse feito esses 10 anos de terapia, seria muito diferente... minha forma de conversar com o cliente, conversar com as pessoas. (Rafael).

Antigamente os médicos cheiravam a urina, viam os sedimentos... não que eu preconize que o médico vá fazer isso de novo [...]. Mas, era [...] como era feita a medicina! Era o cheiro, o olhar, a coisa macroscópica. E aí, acabamos hoje em dia

²¹ Aqui o entrevistado refere-se às consultas dos pacientes de seu pai.

tendo essa alta tecnologia, que hoje em dia uma pessoa quando senta na minha frente, ela tem uma pilha²² aquilo ali é grave (Inês).

Outra entrevistada, Paula, também apontou a importância que os estudos que se estendem além da formação em medicina têm na sua prática clínica, mais especificamente na escuta do seu paciente:

Eu faço nefrologia sim. A minha escuta que é completamente diferente. Eu não escuto nefrologia, eu escuto o indivíduo. [...] A nefrologia é a nefrologia. Ela vem junto, ela é um sintoma. Porque, é uma estrutura fálco uretral, se eu for usar Freud, e isso é pré-edípico. Isso é uma fase pré, da complementação do indivíduo. Ele está regredido [...]. Normalmente o casamento está ruim, a pessoa está muito infantilizada, ela não pode entender da forma como é. Tem muitas coisas por traz disso aí.

Pode-se perceber que esses médicos usam outras ferramentas, oriundas também de outras racionalidades - além da racionalidade científica ocidental, para ajudar na observação e na escuta do sofrimento de seu paciente. Essas ferramentas perpassam desde um resgate das técnicas outrora usadas em medicina até técnicas de outras áreas, como a psicologia. Além dessas técnicas, todos os médicos entrevistados falaram na mudança que a medicina floral fez nos seus atendimentos, abrindo espaço para observar aspectos dos indivíduos que antes eram pouco ou nada considerados, o que aponta para uma prática médica diferenciada da comumente encontrada na biomedicina (tais mudanças serão discutidas posteriormente no texto). Além disso, essas passagens de entrevistas apontam três das categorias apontadas pela análise, quais sejam a 4. *Como é a medicina ocidental*, a 5. *Como é a medicina floral* e a 6. *Caminho da biomedicina ao floral*.

O entrevistado Rafael, por exemplo, fala da influência de uma visão mais integral dos pacientes no processo de diagnóstico, herdada de seu pai, que foi um dos fatores que o levou à abertura para mais tarde estudar homeopatia e os florais. E pode-se observar ainda que esse três entrevistados, assim como os demais, fazem alusão ao fato de a medicina se basear em procedimentos mais rígidos e ortodoxos, como os exames com base na tecnologia, deixando muitas vezes de ouvir e observar o sujeito doente e/ou com algum tipo de sofrimento, o que segundo os entrevistados implica em um tipo diferente de tratamento usado na sua prática clínica, que inclui o atendimento com os florais.

Damásio (1996), mesmo não acreditando que as medicinas alternativas tratem eficazmente as doenças, acredita que estas vêm para colocar em evidência (e tentar suprir) o

²² A palavra “pilha” foi explicada em um momento posterior, e se refere a um volume grande de exames clínicos realizados pelos pacientes antes de chegarem até essa médica em seu consultório.

ponto fraco da medicina de tradição ocidental, que deveria ser cientificamente retificado dentro dessa própria medicina. O êxito atual das medicinas alternativas, para esse autor, decorre da insatisfação da população em relação à incapacidade existente na medicina ocidental de considerar o ser humano como um todo, assim como prevê que tal insatisfação tende a se intensificar nos próximos anos, conforme se aprofundar a crise espiritual da sociedade ocidental. Esse autor não acredita que a medicina cure sozinha uma cultura doente (com seus sentimentos feridos, com dor e sofrimento individuais, com perda de equilíbrio e de felicidade interiores - nunca alcançados – mas, que a maioria das pessoas deseja). Também considera que não se pode ignorar os aspectos da dimensão humana na doença. Mesmo assim, Tesser e Luz (2008) dizem parecer que as possibilidades mercadológicas possibilitadas pela tecnologia e, conseqüentemente, pelo complexo médico-industrial e pelas crenças nas promessas científicas e tecnológicas em relação ao futuro, fazem com que o ideal de realização da possibilidade de completude do saber médico, considerando as dimensões humanas dos sujeitos, pareça estar cada vez mais longe.

O modelo biomédico, como consequência da sua busca de maior eficácia, reduz a vivência do sofrimento (procedência do pedido de ajuda por quem sofre) ao domínio biológico, ou seja, excluindo o sofrimento no processo de tratamento do doente. O trabalho do médico passou então a se voltar para a identificação e eliminação da doença e das lesões que as causam. Por conseguinte, para o médico a doença (expressão da lesão) é a única realidade concreta. Dessa forma, o significado da doença para o médico não corresponde ao significado da doença para o paciente. Ao se aproximar desse modelo de ciência consubstanciada por Descartes, que é considerado como fidedigno e verdadeiro, deu predomínio exclusivo ao discurso biológico, não deixando espaço para as crenças, os valores e a “magia”, já que estes aspectos, ao se ligarem aos fatores subjetivos, podem produzir enganos e distorções dos resultados, por isso não são considerados pela ciência (CAMARGO JR., 2003).

A disparidade da ciência em relação à subjetividade, às crenças, aos valores e à magia são bastante evidentes nos estudos científicos. Claude Lévi-Strauss (2007) contribui sobre a discussão entre magia e ciência, mas com um posicionamento diferente do comumente adotado pela maioria dos cientistas. Para esse autor, o pensamento mágico não pode ser considerado como um começo de um todo que está para ser realizado. Esse pensamento é formador de um sistema bem articulado; independente, especificamente nesse ponto, de outro sistema que forma a ciência, com exceção à analogia que os aproxima e que é responsável por fazer do primeiro um tipo de expressão metafórica do segundo. Dessa forma, melhor do que opor magia e ciência, seria a ideia de colocar ambas lado a lado, como duas formas de

conhecimentos desiguais em relação aos resultados tanto teóricos, quanto práticos, mas que não podem ser consideradas diferentes quanto ao tipo de operações mentais que ambas supõem e que diferem menos na natureza do que na função das espécies de fenômenos aos quais são aplicadas.

Ainda segundo Lévi-Strauss (2007), essas relações são decorrentes das condições objetivas nas quais surgem o conhecimento mágico e o conhecimento científico. Este apresenta uma história bastante curta, para que encontremo-nos bem informados a seu respeito. Um dos problemas decorrentes do fato de a ciência moderna ser recente é que não percebemos que a dominação dos homens sobre as grandes artes da civilização supõe séculos de observação ativa e metódica, assim como hipóteses ousadas e controladas, com a finalidade de rejeitá-las ou confirmá-las através de experiências incansavelmente repetidas. Por exemplo, para transformar uma planta silvestre em cultivada, foi indispensável uma tarefa de espírito verdadeiramente científico, uma curiosidade assídua e continuamente alerta, um desejo de conhecer pelo prazer de conhecer, porque somente uma parcela das observações e das experiências era capaz de proporcionar resultados práticos e prontamente utilizáveis. Nesse sentido, o autor afirma que qualquer classificação é superior ao caos, e mesmo uma classificação no nível das propriedades sensíveis é uma fase direcionada a uma ordem natural.

Logo, se ciência e magia devem andar juntas, uma não pode dominar a outra, ou seja, a ciência moderna ocidental não deveria ser considerada dominante como ocorre na atualidade. Mas, como propõe Max Weber (1999), há três tipos básicos de dominação (cada uma delas gerando um tipo de autoridade - a racional, a puramente afetiva e a utilitarista) que visam a buscar formas de legitimação e de serem reconhecidas como necessárias para manter a ordem social: 1. de caráter racional – Dominação Legal; 2. de caráter tradicional – Dominação Tradicional; 3. de caráter carismático – Dominação Carismática.

Nesse contexto de interação e aproximação da medicina e da ciência ocidental, cabe salientar a Dominação Legal, que se baseia na crença da legitimidade das ordens estatuídas, estatuto de ordens, direitos e mandos. Obedecer à ordem impessoal, objetiva e legalmente constituída, por conseguinte à pessoa (superior) seu representante. é o tipo de dominação da ciência ocidental. Um exemplo importante são as instituições hospitalares, ou melhor, como esta legitimação pode assumir formas muito diversas, fora do quadro administrativo, pode se referir, também, à dominação legítima da medicina tradicional.

Parece que é justamente o lugar de dominação que a racionalidade médica biologicista trabalhou para conquistar no passado e hoje tenta manter. No entanto, com o sucesso das medicinas alternativas, há um movimento de inserção de novas abordagens, consideradas

alternativas, dentro das práticas médica. Camargo JR (2003) expõe que a medicina contemporânea utiliza como estratégia de luta a afirmação da cientificidade de seu saber/prática. A modernidade afirma, de modo indiscutível, o campo da ciência como o *locus* de atribuição de fidedignidade e de veracidade. As ciências, e dentre elas as ciências físicas, passam a representar, no Ocidente, a função antes particular, a divindade, ou seja, explicar e ordenar o universo.

Weber (1999) apresentou diversos motivos para a dominação (a natureza desses motivos define seus fins). Entre outros estão: o hábito inconsciente, as considerações puramente racionais, o fator vontade ou interesse (interno ou externo), os meios ou fins econômicos que, assim como as motivações afetivas e racionais por valores, não são confiáveis para a dominação. Exemplificando a ideia de que nem todas as motivações para a dominação são confiáveis, apresenta-se aqui o primeiro ponto em que a dominação legítima da ciência falha em relação à legitimidade da medicina biomédica: as motivações afetivas e racionais envolvem valores. É o que se percebe quando os médicos entrevistados trabalham com a medicina floral, ou seja, eles passam a perceber que o seu trabalho está imerso em motivações de nível afetivo e também de nível emocional, que na medicina convencional tentava-se negar, conforme apontam o segmento das entrevistas a seguir:

[...] na terapia tu não consegues ficar imune, mas é o que acontece muito na alopatia, na nossa medicina tradicional [...] se coloca uma barreira – o paciente lá e eu aqui. Não há essa troca, que na terapia floral tem. Tu precisas abrir, tu precisas trabalhar algumas coisas tuas pra pode chegar... Então, o paciente provoca reações em ti. [...] várias vezes aconteceu de eu ter que rever determinadas coisas, de eu ter que usar florais... já tive casos pesados, que eu estava começando a me envolve demais. Então, pra eu não fazer isso, eu tinha que tomar determinados florais pra [...] poder enxergar a outra pessoa e onde que eu tinha que trabalhar [...] antes²³ ... [...]. sentia o problema, tratava e pronto, ficava lá... fechava a porta do consultório e tudo mais. Depois, não que eu carregasse o problema [...] Eu começava a refletir sobre mim mesma, foi nesse sentido assim, eu melhorei muito, na visão do todo. Então, não ficava só aquele problema... a amigdalite, a infecção, por exemplo. Por que aquela criança faz tantas amigdalites? Porque que eu faço determinadas coisas... a cefaléia constante, uma dor em tal lugar, então aquilo me puxava... refletia em mim. Não batia e voltava. Tinha conseqüências. Na medida em que eu ia melhorando, isso também ia melhorando. É uma coisa junto, ele no dele e eu no meu, mas assim, os dois juntos [...] E quando eu uso o floral, geralmente eu consigo mais rápido isso. E, me traz muita satisfação. A gente também, porque é uma troca, não tem mesa no meio. Eu consigo chegar na pessoa, ela me dá coisas, eu do coisas pra ela e eu cresço (Bruna).

[...] eu sabia que [...] eu queria trabalhar com aquele brilho²⁴ no olho [...] o que eu quero é não mais tratar com clínica, porque a clínica exige... (Maria).

²³ A entrevistada está se referindo ao período em que trabalhava apenas com a biomedicina.

²⁴ Nessa passagem Maria está se referindo ao brilho no olho do paciente, que foi percebido quando passou a trabalhar com a medicina complementar.

Nessas duas passagens, pode-se perceber de forma concomitante as categorias de análise 4. *Como é a medicina floral* e 5. *Como é a medicina ocidental*. Maria, quando se refere ao brilho no olho do paciente, diz que quer trabalhar com isso e não mais com o modelo de medicina convencional que atuava, pois esse modelo não traz a satisfação que ela deseja no trabalho, não traz a aproximação com o paciente que a medicina floral possibilita e de certo modo exige na sua atuação. Essa ideia de afastamento entre médico e paciente, que se refere ao modelo de medicina ocidental, é citada também na fala de Bruna, mas para haver o afastamento ela diz precisar colocar uma barreira. Pode-se pensar, então, que esse afastamento não é natural, que as emoções fazem parte do atendimento, mas cada médico usa suas técnicas para afastar o paciente, o que ambas mostram ser diferente na medicina floral, pois citam que o emocional acaba direcionando e afetando seu trabalho.

Desconsiderando essa falha na legitimidade, Luz (1998) diz que a biomedicina, na primeira metade do século XIX, caracterizou-se por ser a ciência das doenças. Esta medicina se conceitua pela existência de comportamentos em conformidade com padrões específicos de morbidade. Assim, a partir desse período, os médicos passam a buscar sua doença no doente e combatê-la com os fármacos dos quais dispõem, específicos para cada morbidade. Referindo-se à sua formação na medicina ocidental²⁵, um dos entrevistados alega que: “Tu saís da faculdade bitolado, depois tu vais procurar a tua vida”. (Anderson). É sobre esse modelo de medicina moderna que cabe falar agora.

2.1 Biomedicina

A relação entre indivíduo e sociedade é uma questão fundante tanto nas ciências sociais como na área da saúde. Segundo Martins (2003), diversos autores como Talcott Parsons, Erving Goffman, Howard Becker e Marcel Mauss colaboraram para esclarecer as relações entre sociedade e medicina a partir de dois aspectos. Primeiro, demonstraram que doença e saúde não são simplesmente problemas de ordem orgânica ou fisiológica, mas que dependem em grande medida do meio social e das nossas inserções em diferentes instituições (a família, o trabalho etc). Segundo, esclareceram que o processo de enfrentamento da doença

²⁵ Aqui está apresentada a categoria 4. *Como é a medicina ocidental*.

ocorre por meio da ciência, mas também por outros recursos existentes na sociedade, como os mágicos e religiosos, os quais incluem os rituais, as orações, as danças etc.

Passaram-se vários séculos até haver o deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna (antes considerada como uma arte de curar indivíduos) para uma disciplina das doenças (LUZ, 1988). Seu início foi no final do século XV e início do XVI, com o Renascimento. A ruptura para a nova racionalidade se deu mais especificamente com a anatomia, uma das pedras angulares da medicina moderna. Sua instituição, deve-se a Leonardo Da Vinci (1452-1519) e André Vésale (1514-1564), que possibilitaram, com seus desenhos precisos e com a descrição detalhista do corpo, a objetividade do olhar que o observou, através da dissecação oculta dos cadáveres.

Esse olhar e outros avanços nos século seguintes possibilitaram chegar ao termo “biomedicina”²⁶, que se refere à teoria e à prática em medicina que predomina no ocidente e é largamente expandida no mundo, tendo como sinônimos algumas expressões as quais a definem de alopática, “ocidental” e científica (OLIVEIRA, 2002). É denominada, ainda, de medicina ocidental contemporânea e medicina moderna (CAMARGO JR., 2003). Independentemente da denominação, a biomedicina se constituiu como ciência objetiva a partir de uma descontextualização cultural da doença pela libertação e autonomia em relação ao social e particularmente da expressão do social, a qual se constitui no religioso ou no mágico-religioso (LAPLANTINE e RABEYRON, 1989). A biomedicina transformou-se, enfim, em hegemônica.

Nesse contexto, a biomedicina é definida, de forma ampla, por Martins (2003) como um modelo médico instituído no ocidente, nos últimos 400 anos, o qual se origina na sistematização dos saberes anatômicos e fisiológicos, tendo como referências clássicas Vésale e Descartes. Tal modelo, com o nascimento da clínica moderna entre os séculos XVIII e XIX, foi transformado e ampliado institucionalmente, de modo que servem igualmente para os modelos de gestão de saúde surgidos no século XX. Outra definição de biomedicina, agora mais específica, diz que esse modelo de saúde é um sistema estruturado lógica e teoricamente, composto de cinco elementos teóricos fundamentais, que são “a. uma morfologia ou anatomia humana, b. uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c. um sistema de diagnóstico; d. um sistema de intervenções terapêuticas, e e. uma doutrina médica. [...] os fundamentos das

²⁶ A escolha pelo termo “biomedicina” nesse estudo, foi feita com a finalidade de facilitar a compreensão do leitor, mas por vezes há a apropriação de suas variações, pois nesse trabalho são usadas como sinônimos, em relação a sua diferença das medicinas “alternativas”.

racionalidades assim descritas residem numa cosmologia” (LUZ, 1992 apud CAMARGO JR., 1996, p. 1).

Esse modelo biomédico segue um processo investigativo metodológico normatizado (com base no paradigma da ciência ocidental) ao referenciar seu olhar sobre a cura a partir de construtos teórico-operacionais em torno da doença. Ao seguir esse viés, a medicina passou a tratar o corpo de forma isolada de sua subjetividade, a partir de uma visão reducionista da doença, vista como unicamente biofísica, ou seja, trata os sinais e sintomas que se originam em lesões. A partir disso, a biomedicina considera como efeito placebo outras formas de tratamento, com racionalidades diferentes em relação ao modelo hegemônico, as quais não separam o homem da natureza, o corpo da alma etc. Desse modo, essas racionalidades divergentes da racionalidade dominante são consideradas como não científicas, pois não apresentam os elementos, os princípios e as características que dão validade aos construtos científicos.

Concordando com essa ideia, todos os entrevistados abordaram o assunto, mas considerando a atuação da medicina cartesiana ocidental como fundamental para o tratamento das doenças, para o diagnóstico e para a melhoria de vida das pessoas, pois ela dá conta de aspectos que a medicina floral não alcança. Dois exemplos disso aparecem nas argumentações de Helena e de Rafael nas passagens de entrevista a seguir:

[...] a medicina convencional é bárbara pra diagnóstico [...] não acredito que quando eu estudei não existia ecografia. [...] a medicina convencional cada vez mais é uma medicina de diagnóstico. Ela é 100 vezes melhor no diagnóstico do que no tratamento, então eu acho que o problema do uso das medicinas alternativas [...] é o problema do diagnóstico. Tem que ter um diagnóstico [...]. Eu te diria os diagnósticos orgânicos, porque me assusta [...] as pessoas achando que “a não... não vou usar a medicina, porque a medicina [...] está ruim... [...] tem que usar a medicina alternativa... floral, homeopatia”. Não! [...] antes disso tem que saber o que a pessoa tem [...] ter um diagnóstico. [...] Isso é uma coisa que eu faço muito com os meus pacientes. [...] Se tu tens um diagnóstico, que tu tens uma insuficiência ou uma obstrução coronariana, tu vais tomar o que o médico mandar. Agora, se tu tens uma síndrome da despolarização do não sei o que, vamos pensar [...]. Aí deixa um pouquinho o betabloqueador e vamos experimentar uma coisa melhor, uma coisa mais tranqüila, uma coisa mais leve. [...] Acho que a psiquiatria está com problema muito sério, [...] ela se restringe ao uso de remédios. Eles dão o remédio, pronto. Também é uma coisa que tem seu valor, entendeu. Às vezes, eu sou obrigada a encaminhar um paciente meu pra um diagnóstico [...] quero descarta pra vê se fecha com o meu. Quero estar segura, e [...] o problema das [...] medicinas complementares é querer toma o lugar da [...] medicina convencional. Não pode tomar o lugar, isso eu acho um problema seriíssimo (Helena).

[...] não abandonei a alopatia, nem vou abandonar. [...] tem gente que precisa de um balde de valium, ou um de cortisona [...] eu tenho que dá uma cortisona, pra mexer com todo o sistema de imunidade. Mas ela chegou num ponto de stress, porque tudo pra mim hoje se resume no stress. Quer dizer, o homem foi feito com uma suprarrenal [...] que libera automaticamente na circulação, principalmente essas

coisas que tu vês falar... adrenalina, noradrenalina, catecolanina... [...] Então, tu pegas uma pessoa muito doente, de estresse prolongado, crônico, tu usas floral e não adianta... quanto menor a criança ou quanto mais simples a pessoa, menos estressada... mais funciona a homeopatia, o floral (Rafael).

Nesses dois trechos, pode-se visualizar dois dos temas de análise 4. *Como é a medicina floral* e 5. *Como é a medicina ocidental*. Segundo as ideias apresentadas, a biomedicina é importante e funciona muito bem no tratamento de determinadas doenças e também no sofrimento humano, estando embasada em um conjunto de técnicas que possibilitam um diagnóstico adequado e medicações que são importantes para realizar o tratamento. Os entrevistados apontam que Bach (2006) defendia ser a medicina ocidental importante para o tratamento de doença em nível físico (aqui podem ser acrescentadas as questões do sofrimento humano, pois, como aponta Rafael, elas afetam a produção e/ou a recepção pelos neurotransmissores das substâncias bioquímicas que regulam o corpo humano) e os florais são indicados mais para as questões de ordem emocional. Porém, lembro que essa visão dos médicos aqui referidos não é a mesma comumente encontrada na biomedicina.

Assim, é visível que o século XX foi um período de absolutos e de utopias. Essas visões que ainda estão fixadas como absolutas na cultura ocidental são cada vez mais alvo de críticas, sendo encaradas com desconfiança. Aí entra a situação do chamado método científico (OLIVA, 2006) e também da racionalidade científica. Essa categoria, a medicina, segundo Camargo Junior (2003) apresenta algumas dificuldades do ponto de vista conceitual, por se referir tanto à prática quanto ao saber médico e, também, por não se constituir no bloco conceitual monolítico em que se supõe. A medicina abriga três pilares: 1. A anamnese - uma técnica de prospecção de queixas; 2. a semiologia - uma técnica de esquadrinhamento de sinais; 3. a clínica - um inventário de categorias diagnósticas, denominadas de “doenças”, e de seu tratamento. O tratamento é entendido como um conjunto de técnicas de destruição dessas “doenças”, comumente com base na utilização de medicamentos e/ou cirurgias. Do ponto de vista da formalização teórica, esses três pilares põem-se em múltiplas disciplinas, sendo que algumas estão ligadas diretamente à atividade médica – por exemplo, a fisiologia e anatomia – e outras estão ligadas indiretamente – como é o caso da biologia e da química. Além disso, esse conjunto desigual se subdivide ainda em um número crescente de ramos/especialidades, os quais estão cada vez mais restritos e pulverizados. Há um suporte comum nessas facetas:

Por um lado, uma prática²⁷ [...] e por outro, um grupo de representações que emprestam coerência a esse mosaico. A dificuldade com esse grupo de

²⁷ A prática médica é entendida por Camargo JR. (2003) como um método padronizado de um corpo de especialistas.

representações é que ele não se encontra explicitado em nenhum lugar, embora seja ubíquo. Pode-se percebê-lo claramente nas entrelinhas do saber médico, pode-se entrevê-lo quando um professor de medicina ensina. Num certo sentido, pode-se dizer que constituem a espinha dorsal da “ciência médica” (CAMARGO JR., 2003, p. 73).

O “imaginário científico” da medicina contemporânea está imerso na racionalidade da mecânica clássica e caminha no sentido de isolar componentes discretos. A soma das partes é o que constitui o todo desse organismo, de forma que as acidentais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais “peças”. Em síntese, essa racionalidade pode ser esquematizada em três proposições: 1. de caráter generalizante – não se volta a casos individualizáveis e sim à produção de discursos de validade universal, a fim de propor modelos e leis de aplicação geral; 2. de caráter mecanicista – há uma tendência a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, de maneira que o universo passe a ser visto como uma enorme máquina, que está submissa a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos e 3. de caráter analítico – “a abordagem teórica adotada para a elucidação das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” pressupõe o isolamento das partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes” (CAMARGO JUNIOR, 1996, p. 7).

Mesmo com essa divisão e com todo o conhecimento que se foi adquirindo sobre os órgãos, a entrevistada Paula afirma que os médicos não aceitam a medicina floral por não ser científica, sem perceber que eles não compreendem o funcionamento do corpo humano. Como aponta Inês, ainda não é possível mensurar todos os aspectos com os quais essa medicina trabalha. Nessas duas passagens de entrevista a seguir, aparece a categoria 4. *Como é a medicina ocidental*, ou seja, é uma medicina que, segundo os médicos entrevistados, tem por base a objetividade e a mensuração, mas que ainda não consegue medir e avaliar com precisão tudo que estuda e que utiliza nas suas formas de tratamento. Assim, pode-se pensar que a medicina, em alguns aspectos, não parece estar tão distante de algumas terapias complementares de tratamento de saúde, visto que nem tudo pode ser explicado ou medido, o que não exclui a eficácia do tratamento ou de um diagnóstico, como ocorre na psiquiatria.

[...] se tu quiseses ter uma abertura com a medicina, tu entras pela física quântica. Porque é muito difícil, eu que sou médica, olha eles me respeitam. Já me chamaram de loca pra fora. [...] tu tens que ter algumas provas científicas de que nós não somos só células, biologia”, essa história toda. Porque eles não sabem nem como é que liga no centro cerebral, no centro das emoções. Aqui é o centro auditivo, aqui é não sei o que... mas, eles não sabem como é que isso funciona. Como é que nós chegamos a falar, como é que nós chegamos a ter memória (Paula).

[...] essa pessoa tem irritação! Posso medir irritação? Ainda não, mas um dia nós vamos medir. (...) um dia nós vamos medir a irritina, [...] não sei qual é o nome que vão dá (Inês).

A medicina se origina a partir da anatomoclínica, surgindo como uma medicina do corpo, das lesões e das doenças, dentro dessa visão analítico-mecanicista recém mencionada (CAMARGO JUNIOR, 1996). Os avanços tecnológicos são agregados ao seu acervo fenomenotécnico (característica da ciência produzir mais do que descrever os fenômenos) das diversas disciplinas médicas, porém de forma que sejam submetidos à racionalidade médico-causal. Outras características da medicina são ver o corpo humano como dividido em sistemas, agrupados conforme as propriedades isoladas por cada uma das disciplinas relacionadas em seu discurso e dividir de forma operativa e não conceitual entre o “normal” e o “patológico”. Esta divisão incide, mas não necessariamente, na divisão da organização do saber médico em pares de disciplinas homólogas, que são decompostas pela pertinência aos domínios da “normalidade” ou da “patologia”. Os sistemas²⁸ em que o corpo se divide nessa racionalidade apresentam um grau de correspondência na divisão de suas especialidades médicas. Dessa forma, todo modo de organização em sistemas transforma-se também em uma forma de organização do saber médico.

Na lógica de investigação da ciência médica, que está a cada dia mais subdividida, o estudo do corpo humano se dá pela sua dissecação até se chegar a seus componentes mais íntimos. Assim, a ciência médica soma grande quantidade de conhecimento sobre os mecanismos celulares e moleculares, mas ainda não se descobriu como os humanos respiram, como regulam a temperatura do corpo, como dirigem a atenção e a concentração, assim como pouco se sabe também sobre como se dá a cura dos ferimentos e qual a natureza e o percurso da dor (CAPRA, 1992).

Esse modelo da medicina ocidental (CAPRA, 1992; OSHO, 1995) é considerado como um saber válido, mas limitado, pois dá conta apenas dos aspectos mais superficiais da “incompletude” do homem, tratando a doença de fora para dentro. O método anátomo-clínico, que tem origem no modelo etiológico com base na ciência biomédica, trata apenas de disfunções de ordem orgânica e fisiológica, que fazem parte do amplo conjunto de patologias contemporâneas. Além disso, esse saber médico é limitado por colocar o doente num lugar passivo diante de seu tratamento e de seu processo de cura.

²⁸ Apenas em nível de exemplificação, de acordo com Camargo Junior (1996) os sistemas são os seguintes: nervoso (SN), cardiovascular (SCV), respiratório (SR), digestivo (SD), endócrino (SE), reticuloendotelial (SER), imunológico (SI), genitourinário (SGU), musculoesquelético (SME).

Nas entrevistas, pode-se observar que, em alguns casos, os médicos reconhecem as limitações da biomedicina e passam a encaminhar seus pacientes para pessoas que atuam com outras formas de saber em saúde. É o que diz Helena se referindo aos encaminhamentos que recebe de outros colegas médicos, que estão inseridos unicamente na racionalidade médica hegemônica ocidental ou em práticas que já foram legalizadas pela medicina. Fora essa situação que é exemplificada a baixo, a procura dos pacientes pelos médicos entrevistados parte dos próprios pacientes, seja para atendimento da medicina convencional, seja com os florais.

[...] chega uma hora em que eles não sabem o que fazer com as pessoas [...] aí, mandam pra mim. “O cara está fazendo acupuntura, homeopatia e não resolve”. [...] atualmente, vem muita gente sem uma coisa [...] específica, que tenha nome [...] vem por angústia, por não se aceitar, por não ser feliz, por... e... muita gente com síndrome do pânico [...] Eu tento descobrir o que é que está acarretando essa coisa dessa maneira. Eu acho que tem uma demanda muito grande, o mundo, a vida está muito exigente das coisas, e as pessoas morrem de medo de não dar conta (Helena).

Ainda que não seja objetivo desse trabalho discutir nem sobre o termo “passividade” no tratamento, nem sobre o termo “paciente”, os quais estão imbricados, cabe explicar porque optei por não usar este último termo. Parece que a ideia de passividade do sujeito doente que busca atendimento na medicina hegemônica tem duas perspectivas; uma concorda com o quadro de passividade, enquanto a outra aponta para um espaço de escolha e de decisão do “paciente”. Laplantine e Rabeyron (1989) defendem que o sujeito doente é passivo em relação às escolhas do médico, ou seja, o médico é o único a escolher os procedimentos (exames, tratamento e medicações) a serem empregados para “combater” a doença, pois ele tem legitimidade para tanto.

Por essa unilateralidade na escolha do tratamento, Oliveira (2002) acredita que os serviços de saúde são “equipecêtricos” – um tipo especial de etnocentrismo, ou seja, a equipe de saúde passa a julgar seus usuários a partir de seus membros, estabelecendo de forma unilateral o que é certo e o que é errado, adequado ou inadequado com relação ao cuidado com a saúde. Agindo dessa maneira, esquecem que, mesmo depois da consulta ter acabado é o paciente quem determina (enquanto são considerados em condições de optar) se e quais as prescrições médicas que serão seguidas. Cabe aos “leigos”, ainda, outra escolha: a de qual prática de saúde seguir, se a do modelo biomédico e/ou a das medicinas ditas holistas. Isso é o que aparece nas entrevistas analisadas, como, por exemplo, na fala de Helena, ao explicar sobre a forma como os pacientes chegam até ela procurando tratamento floral. O

médico Rafael também fala sobre a insatisfação dos pacientes com a doença, com a medicina e sua vontade e, muitas vezes, fantasia de uma cura.

[...] vem bastante gente com essa coisa [...] dos desmames dos remédios alopáticos. Vem muita gente que não quer entrar nos remédios alopáticos e [...] acho que as pessoas vêm cada vez mais por angústia. Não é uma coisa específica “eu vim aqui por causa disso...”, claro, sempre vem um “ah, eu estou me separando”. Não, vem muita gente que não sabe muito bem o que está procurando, sabe que não está bem (Helena).

As pessoas vêm, depois de uma caminhada, [...]. enlouquecidas, cansadas, irritadas, maltratadas... eu digo: “ Não tenho gota mágica pra isso”. Quer dizer... têm uma doença crônica, já vem sofrendo a seu tempo, têm uma degeneração [...] assim, assado, não tem nenhuma mágica que eu possa fazer. Eu posso ajudar a não piorar. Então, a dificuldade que a gente encontra são essas pessoas que vêm iludidas que vão usar um remédio homeopático ou um floral e que vão ficar curadas. [...] Essa é a dificuldade que temos (Rafael).

Dessa forma, mesmo que haja uma vigilância dos especialistas e dirigentes de associações médicas e faculdades de medicina em relação ao poder médico, Martins (2003) explica que esta vigilância não é efetiva. Atualmente é impossível evitar que o público não médico, composto por especialistas ou cidadãos - independentemente de sua origem social, diferenças de gênero, de nacionalidade e de cultura – e mesmo o público médico discuta sobre os reflexos da medicina moderna sobre suas vidas, tomando esse debate como motivo justificável para buscar conhecer a medicina e os mistérios de seu mundo simbólico. Essa questão do debate decorrente de dúvidas sobre alguns aspectos da medicina, mesmo entre o público médico, aparece nos dados analisados, principalmente quando os entrevistados falam sobre como foi que chegaram à terapia floral (categoria de análise 6. *Caminho da medicina ao floral*).

[...] apesar de na faculdade nos orientarem para as coisas extremamente científicas – preto no branco – ficavam algumas questões e eu queria ir um pouco mais além. Não aquela coisa bem impessoal de só pergunta pro paciente... “tem isso? Tem aquilo?” Prescrever... deu óbito... enfim. Então, eu também me interessei e nós começamos [...] foi mais curiosidade. Até que ponto aquilo ali era verdadeiro, não era... poderia nos auxiliar no dia a dia? E ao longo do curso, foram 3 anos [...] eu não pensava em ser terapeuta floral, porque eu tinha já outra coisa. Então eu queria mesmo era usa os florais, e à medida que eu fui conhecendo... porque a gente vai conhecendo ao longo do curso. A gente testa na gente, testa no colega e aí, depois então parte para o paciente. [...] mas a primeira coisa que me moveu mesmo foi a curiosidade de sabe se aquilo... se essa nova terapia se aplicaria na medicina, se eu poderia junta as duas coisas. [...] O objetivo de juntar as duas coisas: uma medicina melhor. Poder oferecer mais pro paciente. [...] melhorar, fazer as duas coisas juntas, por uma coisa melhor. Porque [...] a terapia floral, considera muito o paciente, ele é o objetivo maior, com todos os problemas, é ele. E, a [...] medicina tradicional, trata a doença. Atualmente não é mais ele, é a doença dele que é tratada. (Bruna).

[...] Chegou um momento da minha vida em que eu não podia mais esconder meu desconforto com o que eu fazia. [...] momento em que [...] só conseguia lidar com as crianças com medicamento e... eu olhava para a situação e via as crianças dependendo daquela medicação. [...] Então, [...] fui tentar uma coisa nova... e comecei a perceber que ali²⁹ [...] tinha um fundo de verdade, mas eu ainda não acreditava muito naquilo. E daí, eu comecei a tentar e o resultado daquilo me pegou, me tomo! Disse-me: esse é o caminho! [...] aí algumas pessoas começaram a falar pra mim sobre floral (Maria).

Nesses recortes de entrevista também se nota a presença das categorias 4. *Como é a medicina ocidental* e 5. *Como é a medicina floral*. A primeira trata geralmente a doença do paciente, como cita Bruna. Para tanto, está ligada ao uso de medicação, que muitas vezes é precisa ser contínuo, principalmente quando serve como um paliativo para a doença. Talvez os florais também possam ser usados dessa forma, contudo a diferença é que os florais não causam efeitos colaterais, enquanto certos remédios alopáticos geram tais efeitos. Além disso, a medicina floral está voltada ao tratamento do paciente como um todo, como afirma Bach (2006), o que também é indicado na fala dos médicos entrevistados.

Como apontam as citações acima, pode-se inferir que os fatos de a população e os médicos estarem imersos no simbólico e terem a capacidade de escolher qual medicina e qual tratamento vão seguir são responsáveis por impulsionar a proliferação do uso das medicinas ditas “alternativas”. Na fala de Anderson e na de Maria, tentando explicar como foi seu contato com a medicina floral, mesmo sendo médicos cartesianistas, pode-se ver claramente a questão do simbólico - de algo sem explicação, mas que, mesmo assim, pode ser possível – algo que de forma surpreendente pode levar a lugares inesperados. Desse modo, pode-se perceber a presença da categoria 6. *O caminho da biomedicina ao floral*, que se deu pela curiosidade em um primeiro momento.

Um neurologista, assim bitolado, mas tomando floral até pra ver o que ia acontecer e realmente começou a melhorar. [...] ela³⁰ fez o curso em 92 e em 1993, eu comentei com ela a respeito de uma paciente que [...] estava em fase terminal de esclerose múltipla, que não caminhava 10 metros sem sentar para descansar, porque não [...] tinha condições físicas. E o que aconteceu? Ela deu o floral para essa pessoa, que tinha uma previsão de [...] morte de 30, 40 dias e viveu 8 meses [...] com qualidade de vida, morreu dormindo. Depois, teve outra pessoa que precisou floral e eu fui falar com ela de novo, na terceira vez ela me diz: “faz o curso!” [...] E eu fiz o curso de florais de Bach (Anderson).

Eu tinha muitos pacientes e obtinha bom resultado. [...] quando tinha dificuldade pesquisava [...] estudava e queria saber os porquês das coisas [...] tinha uma mente bem cartesiana [...] um momento da minha vida [...] não podia mais esconder meu desconforto com o que eu fazia. [...] olhei e enxerguei as crianças muito pequenas com o peito chiando, [...] ia usar corticóide e a criança não melhorava [...]. E ficava

²⁹ A entrevistada se refere ao momento em que começou a estudar e utilizar homeopatia.

³⁰ A expressão “ela” se refere à esposa do entrevistado.

aquela gangorra sabe? [...] eu olhava para a situação e via as crianças dependendo daquela medicação. [...] via-me restringindo a vida das crianças. Era o pó, o mofo, o bicho, o pelo do bicho, a umidade, [...] o frio, o tipo de roupa, de alimento, [...] só restrição! Eu comecei a olhar e perceber que aquilo não era vida! Então, comecei a questionar o valor do que eu fazia... Porque [...] acho que o trabalho de quem está tentando curar, facilitar o espaço de saúde para alguém é [...] facilitar a vida! E não repressão. E pra mim estar com saúde não é só não estar chiando ou doente! [...] saúde é uma coisa mais ampla [...] E aí [...] me encontrei com uma colega de faculdade na rua. E ela me diz: “por que tu não vais estudar homeopatia?” [...] falei pra ela: “há... homeopatia... imagina...” Porque na minha cabeça homeopatia não era ciência [...]. Mas [...] aconteceu uma situação [...] pessoal muito grave! Que me botou de frente com a história de vida ou morte. Que era a vida? Uma coisa que [...] me fez parar pra pensar na minha própria existência! E no que eu tava fazendo. Pensei: continuar fazendo o que estou fazendo é me enganar! Então, quem sabe vou lá olhar o que é isso? (Maria).

Para Luz (2005), houve um crescimento dessas medicinas na segunda metade da década de 60, nos países considerados de primeiro e de terceiro mundo, chegando a seu auge na década de 70. Aí que entra, segundo Luz (1996a), o sucesso da homeopatia a partir da segunda metade da década de 70, em termos de oficialização e de aceitação pelas camadas sociais no Brasil e no mundo. O quadro cultural desse período envolvia os movimentos de contracultura, que pode ser compreendido como uma larga *pasteurização* das mudanças almejadas pelos jovens *hippies* (dos Estados Unidos) ou *enragés* (da França), por meio da *recuperação cultural* de diversas bandeiras desses *movimentos*. Essa recuperação foi proporcionada através de várias estratégias ligadas ao consumo e às indústrias do setor terciário, com destaque para o vestuário, o lazer, o turismo, o esporte, a alimentação e as terapias.

Luz (2005) diz que o (re)surgimento desses novos paradigmas em saúde tem relação com diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos de natureza socioeconômica, cultural e epistemológica. Em síntese, esse crescimento se deve à dupla crise verificada na sociedade atual, ocorrida principalmente nos Estado Unidos. Uma das crises tem raízes socioeconômicas, as quais a autora tematiza como crise sanitária ou da saúde, ocorrida no final do milênio, e a outra crise é a da medicina. Ambas envolveram culturalmente as relações medicina-sociedade no final do século XX. Além disso, existe a questão da racionalidade médica em relação à cultura contemporânea, que está ligada às causas dessa dupla crise e a fuga dos clientes que buscam outras racionalidades terapêuticas que priorizam o sujeito doente e seu cuidado.

A crise da saúde é decorrente dos efeitos do crescimento das desigualdades sociais no mundo (considerando o primeiro mundo, onde predominam as sociedades do capitalismo avançado; o terceiro mundo, onde predominam as sociedades derivadas dos destroços do

socialismo e o, por vezes, denominado quarto mundo, que engloba os países subdesenvolvidos do continente africano). Estes países formam “um conjunto que é submetido às leis de uma economia capitalista chegada a um estágio de internalização e dominância completa sobre o planeta, processo que economistas e cientistas políticos têm chamado de ‘globalização’” (LUZ, 2007, p. 40-41).

As condições socioeconômicas responsável pelo surgimento da crise sanitária são, segundo Luz (2005), também responsáveis pelo que os sociólogos franceses denominaram de “pequena epidemiologia do mal-estar”, ao terem examinado uma síndrome coletiva que se pode definir de biopsíquica, a qual atinge milhões de pessoas em quase todos os países nas grandes cidades. Esse mal-estar coletivo pode ser visto como um fenômeno de natureza sanitária e cultural, com raízes nas condições de trabalho do capitalismo globalizado e na transformação recente da cultura, o que pode ser considerado como seu fruto. Além disso, a vivência da sociedade dessa mutação cultural tem causado um quadro de inquietação e mal-estar social, de modo que vem a refletir na saúde dos cidadãos das mais variadas sociedades.

Além dessas questões, um dos momentos importantes para a biomedicina, que aponta suas fragilidades e por isso colabora para a situação de crise, foi a conferência em Alma Alta, realizada na então URSS, em dezembro de 1978. Luz (2005) considera essa conferência como um marco histórico simbólico da dissociação entre saúde, medicina e cultura. Nessa ocasião, o diretor geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a medicina tecnológica e especializante é incapaz de resolver problemas de saúde de dois terços da Humanidade.

Por esse motivo, nessa ocasião o diretor geral da OMS solicitou aos governantes que desenvolvessem formas simplistas de atenção médica voltada às populações carentes do mundo. Para tanto, indicou (LAPLANTINE e RABEYRON, 1989) a busca da formação de recursos, utilizando os modelos ligados às medicinas tradicionais (ou não convencionais), assim como a recorrência aos curandeiros, aos herboristas e aos parteiros tradicionais como paliativos das necessidades dos sistemas sanitários oficiais nos países que se encontram em vias de desenvolvimento. Através da OMS, essas medicinas estão deixando de ser terapêuticas “alternativas” para se transformarem em terapêuticas “complementares” ao modelo de medicina ocidental contemporânea (LUZ, 1996c).

Ligados a essas questões sobre a complexidade da medicina moderna e sua amplitude limitada em relação à população carente, há outros temas que complicam a relação da medicina com a sociedade. Um desses fatores é que, como aponta Martins (2003), a pesquisa e a terapia foram submetidas a uma lógica capitalista, de modo que se afastaram da perspectiva humanista, em que a prioridade era a vida e não a ganância. No desenvolvimento

da medicina a partir dessa lógica capitalista, houve o parcelamento do conhecimento em múltiplas especialidades. Daí decorreu, como consequência, o esquecimento do corpo humano nesse processo, passando-se a ter um grande conhecimento sobre detalhes (partes do corpo) e pouco sobre o conjunto, devido à fragmentação do conhecimento.

Dentro da medicina, a psicossomática³¹ é uma área que atua com uma visão diferente dessa citada. Na psicossomática, a recuperação da saúde se dá considerando os aspectos biológicos em conjunto com os aspectos psíquicos que levam o ser humano a se tornar doente (estes aspectos psíquicos geralmente são descartados pela biomedicina). Assim, as emoções e os sentimentos são de grande importância no adoecimento, fato que parece abrir espaço para abordagens holísticas, as ditas medicinas “alternativas”, no tratamento dessas doenças.

Além desta abertura dentro da medicina, enquanto a maioria dos médicos entrevistados falou de sua formação em medicina com base na objetividade, no cartesianismo, uma das médicas apresentou sua história de formação a partir de um contexto que se mostrou diferente, ou seja, ampliando a compreensão do olhar e o cuidado que se deve ter sobre o sujeito doente. Esta entrevista foi uma surpresa, já que não era esperado encontrar tal situação em campo, pois a literatura pesquisada quase não se refere a esses casos. Nessa fala, a categoria 6. *O caminho da medicina aos florais* surge de forma diferente, visto que não foi a dúvida, a história de vida ou as angústias internas causadas pela prática médica que abriram espaço para essa medicina complementar. Ao contrário, parece que foi a própria formação em medicina que trouxe a preocupação em agregar outras ferramentas, mesmo que consideradas não científicas, para um melhor tratamento dos pacientes. Essa questão da existência de tipos diferentes de médicos será discutida no capítulo sobre a história da medicina.

[...] gosto muito da parte da psicologia [...] me interessei muito pela parte da psiquiatria, a faculdade que eu fiz dava muito ênfase nesta parte [...]. Tanto que a gente teve, desde o primeiro ano, [...] psicologia e depois psiquiatria. Então, tu já encaixas na faculdade vendo esse lado. [...] e quando surgiu a parte dos florais, achei excelente. Para poder ajudar o paciente num todo. Porque o paciente não é só a parte ginecológica, a parte da cabeça, a parte do braço, – tu és um todo, e tu adoesces por uma série de coisas que tua cabeça produz. [...] Então tem que tratar não a doença, mas o que ocasionou essa doença. [...] eu gosto muito dessa parte e eu tenho certa sensibilidade [...] talvez porque a minha faculdade orientou mais nesse sentido de olhar o paciente como um todo, não como um pedaço. [...] a gente começou bem cedo [...] um dia na semana, já trabalhávamos dentro do hospital psiquiátrico, na

³¹ Em resumo, a psicossomática faz parte de um segmento da medicina que se caracteriza por uma concepção dinâmica que prioriza, no adoecer, um conjunto triplo de fatores: uma predisposição especial genética da pessoa; uma história de desenvolvimento emocional, o qual se constitui em uma forma especial de relação com o meio em que a pessoa vive e com os demais, e uma situação atual de conflito psicológico vivido como um estresse intenso e duradouro, em que as defesas psicológicas são afetadas, levando ao uso excessivo dos seus concomitantes fisiológicos, de acordo com Mello Filho (1983).

parte de praxterapia. [...] tinha plantões [...] e as reuniões com ele³² [...] nós estávamos sendo tratados e não sabíamos. Nas reuniões [...] todo mundo tinha [...] medo [risos], um terror, inconscientemente sabia que ia ser tocado em alguma coisa. “Tu aí que não está me olhando, senta aqui, tu és o paciente... tu aí, tu és o médico”. E aí, na verdade, cada um botava as suas coisas pra fora, fazendo de conta que era o paciente, fazendo de conta que era o médico. Um falava as suas coisas e os outros, [...] se viam também ali. [...] tanto que tivemos colegas, que a gente ia pra prática e “Fulano tá aqui internado”. Lá, todas as reuniões tinham isso. [...] alguns colegas foram tratados no meio da faculdade. [...] Na última prova, [...] era tu contar coisas da tua vida. [...] tinha as perguntas e envolviam questões pessoais [...]. Como tu manejarias com aquilo, como tu farias... Porque, [...] o médico tem que aguentar ouvir, sem se envolver, sem se abraçar e chorar com o paciente [...] tem que conseguir, ele está ali pra resolver. [...] por mais que toque, ele tem que ser neutro pra poder ajudar o paciente e não daqui a pouco entrar em crise, porque ele ouviu coisas muito parecidas. [...] E quem conseguiu “Ã”, passou. E quem não conseguiu não passou. Teve que resolver aquilo que estava incomodando (Carina).

Mesmo que a medicina, em parte, considere as questões de natureza simbólica e subjetiva no diagnóstico e no tratamento, como ocorre na psicossomática, uma das restrições dos métodos tradicionais de avaliação sociopsicobiológica é ter como base a forma cartesiana e reducionista de tratar as pessoas, de modo que a avaliação global tem como base a soma das diversas formas de manifestação da pessoa. Por isso, pode-se dizer que a medicina não apresenta recursos que possibilitem acessar os níveis mais sutis das pessoas. No entanto, não se pode negar a qualidade prática apresentada pelos médicos e seus métodos objetivos, que possuem dados pragmáticos e úteis para intervir em alguns níveis de desequilíbrio da saúde (TOLEDO, CHAVES e BENKO, 1999).

Pode-se considerar que na ciência médica, segundo Camargo JR. (2003), as doenças são coisas as quais possuem existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; expressam-se por um conjunto de sinais ou sintomas, que são manifestações de *lesões*; devem ser buscadas no interior do organismo e por fim retificadas por meio de alguma intervenção concreta. Essas suposições formam uma espécie de “teoria das doenças”, que dificilmente se encontram em algum lugar, mas que é raro soarem estranhas aos profissionais médicos. Assim, essas representações se transformam em um tipo de “corpo teórico” paracientífico, com seu conjunto de categorias próprias. Isso ocorre porque, em não sendo discutidas, essas representações impregnam os planos da atividade médica sem passar pela submissão dos cânones do dogma científico.

Exceto a entrevistada Carina (que diz ter tido uma formação diferente), os demais médicos apontam nas entrevistas analisadas – referindo-se à categoria 4. *Como é a medicina ocidental* – a questão da medicina com seu “corpo teórico”, ao falar sobre sua formação e

³² A entrevistada refere-se ao médico que era responsável pela disciplina de psiquiatria.

maneira como o saber científico era transmitido de forma rígida e o paciente era tido em um lugar quase não humano, pois eram chamados pelo leito e não pelos nomes, por exemplo.

[...] eu tenho uma formação científica muito rígida. (Paula)

Tu saís da faculdade bitolado [...] um neurologista bitolado (Anderson).

[...] acho [...] a formação acadêmica, pelo menos até aquele momento que eu formei [...] muito rígida, cartesiana. Inclusive [...] ia fazer um mestrado de educação [...]. E eu ia estudar um pouco [...] a forma como a linguagem determinava nos [...] estudantes de medicina uma postura. [...] sempre gostei muito de estudar e eu gostava das ciências - de física, de matemática, de química [...] mas ao mesmo tempo era apaixonada por literatura, poesia, e por ler qualquer tipo de coisa [...] eu tinha os dois campos, dentro [...] das minhas preferências. Era muito fácil pra mim lidar com essas coisas todas. Mas aí entrei na faculdade de medicina e [...] entrei de cabeça na lógica cartesiana [...] acreditava naquilo [...] pra mim era uma segunda natureza. [...] por outro lado [...] sempre continuei lendo literatura e gostei muito de psicologia [...] gostava e tinha vontade de conhecer mais as pessoas, os seres humanos, tudo. [...] Mas [...] eu engoli totalmente, inteiro, sem mastigar... toda a [...] lógica da medicina convencional. E vivi assim, razoavelmente bem durante um bom tempo. [...] era absolutamente, totalmente organicista. A história da linguagem, por exemplo, uma das maneiras de falar [...] das alternativas era dizer “Ah não, isso aí é uma homeopatia”. Como uma coisa [...] de política [...] se ouvia muito dessas coisas. Todo mundo achava muita graça nessas coisas. E [...] acabei sendo professora, algo que me acalmava fazer, embora, já naquela época, eu dizia pros [...] meus alunos o seguinte que não ia ensinar pra eles medicina, porque não tinha cabimento [...] nunca ia saber qual era a última coisa que estava sendo apresentada [...] a medicina crua eles iam estudar nos livros [...] o que eu podia ensinar pra eles, na verdade, era uma postura diante do paciente. Isso, já nessa época, era uma coisa obscura. [...] comecei a minha vida chamando o paciente “olha aqui professor, nós visitamos o leito tal”. Não tinha nome o paciente. Isso eu fiz durante muito tempo, dentro da própria faculdade. Era o paciente do leito tal. Ou era o leito tal, nem era o paciente do leito. [...] isso é uma coisa que é fácil de engolir. Tanto que o meu posicionamento era sobre a linguagem, era sobre como isso determinava uma postura (Helena).

São enormes as dificuldades das estruturas e dos comportamentos patológicos nos seres humanos, ou seja, o portador de um problema físico congênito, um diabético ou um esquizofrênico traz à tona diversas questões que remetem, “em última análise, ao conjunto das pesquisas anatômicas, embriológicas, fisiológicas e psicológicas” (CANGUILHEM, 1990, p. 15). O ideal para o autor é que esses problemas não sejam divididos em questões de detalhes, mas sim considerado em blocos, o que aumentaria as chances de esclarecê-los.

Essa falta de visão integral do sujeito doente e outras características do movimento de desumanização da medicina oficial estão causando uma reação inversa, que é o processo de re-humanização das práticas de cura. Martins (2003) aponta nesse sentido a ideia de que a leitura da ruptura na medicina oficial não deve ser feita de modo maniqueísta, ou seja, que as medicinas alternativas têm tendência preponderante à re-humanização, e a medicina dominante à desumanização. O que ocorre de fato é uma grande complexidade, pois podemos

encontrar médicos alopatas (diplomados na faculdade de medicina) que não foram seduzidos pela rigidez do conhecimento canônico. O autor diz ainda que, por isso, esses médicos, na sua prática, desenvolvem uma escuta clínica *humana* do seu cliente, ao mesmo tempo em que nas terapias alternativas podemos identificar terapeutas que usam um discurso inovador, mas na sua prática são *utilitaristas* e *egoístas*.

Essa escuta humana de que fala Martins foi mencionada em todas as entrevistas realizadas, não necessariamente como sendo algo que surgiu exclusivamente pelo estudo e uso dos florais (ainda que as falas tenham aparecido dentro das perguntas que envolviam a categoria 5. *Como é a medicina floral*), mas, também, por outras questões, como já foi citado no recorte de entrevista da Carina, que conta sua formação diferenciada em medicina, ou nas falas do Rafael e da Paula, que se utilizam da psicologia na sua escuta clínica de medicina. Já o médico Anderson exemplifica essa nova visão do doente a partir do seu contato com a medicina floral em uma das passagens de sua entrevista.

[...] a visão que a gente passa a ter, a partir do momento que a gente começa a trabalhar com florais... a visão que a gente começa a ter da patologia é totalmente diferente. A partir do momento em que tu começa a trabalhar com floral, tu começa a te dar conta de que a doença é consequência e não causa. [...] Primeiro, [...] parte do princípio de que não existem doenças, existem doentes! Tu não és uma asma, tu tens uma asma! [...] tu não és uma enxaqueca, tu tens uma enxaqueca! Tu não és uma [...] catarata, tu tens uma catarata.

Por esses e outros fatores, os médicos referem uma escuta diferenciada, que vai além do que o paciente esta falando, conforme contam as entrevistadas Bruna e Carina. Ambas explicam que nem sempre aquilo que o paciente traz é o que o está perturbando, pois há coisas as quais não aparecem na fala ou no sintoma descrito pelo paciente que devem ser investigadas. O que aponta esse aspecto a ser investigado é a intuição, que foi interpretada na análise das falas dos entrevistados como uma percepção extra (além dos aspectos racionais, pelo menos em uma análise superficial) do médico através de sua escuta clínica desconfiada.

Eu já cheguei a me questionar – até que ponto eu estava sendo só intuitiva e deixando o racional de lado [...] sou muito emoção, coração. Geralmente a minha intuição é boa. A maioria das vezes eu sigo e [...] ela me dava à direção certa. [...] Por exemplo, o paciente [...] no dia a dia, não tem nenhum sintoma que leve a uma meningite. Isso já me aconteceu, de eu examinar e não ter dor na nuca, não estar com febre alta, não estar vomitando... nenhum sintoma característico que fecharia o quadro. Mas, ele está irritadiço, não para quieto, tem alguma coisa diferente que me leva a fazer uma punção lombar. E dá positivo. Ou de pedir um raio x pra pneumonia, que não tem nenhum sintoma, que eu já escutei, mas está diferente (Bruna).

[...] está com uma dor então vai lá, olha pra aquela dor. Não. É um todo. Às vezes, vem com a queixa de uma dor, mas na verdade o que está incomodando é outra coisa. E se tu começar a puxar, vai sair aquela outra coisa [...] Que é o incômodo maior, na verdade. [...] (Carina).

Essas e outras características que foram citadas por Martins (2003) ilustram o que Luz (2005) chamou de crise da medicina³³, que está ligada à crise da saúde (ou crise sanitária), que é responsável pela expansão da procura das medicinas ditas alternativas. Esta crise deve ser analisada em termos econômicos e culturais, nos seguintes planos de significação:

- A) Institucional: existente nos programas de atenção médica, principalmente os destinados à população de baixa renda;
- B) Ético: ligado à prática médica conforme se destaca a perda ou a deteriorização da relação médico-paciente a partir da objetivação do *paciente* e da mercantilização das relações entre o médico e o *paciente*;
- C) Da eficácia institucional médica, na qual a medicina atual, em proveito da diagnose, perdeu sua função de arte de curar;
- D) Corporativo, que implica as questões da ética profissional em função das relações intracategoriais e intercategoriais da área da atenção a saúde e as relações entre profissionais médicos e cidadãos;
- E) Pedagógico: afeito à educação médica, com as questões: médico como? Para quê? E para quem?;
- F) Político institucional, relacionado à formação dos recursos humanos para atuarem nos níveis da área biomédica;
- G) Econômico: referente aos custos crescentes da tecnologia médica e seus efeitos institucional e social;
- H) Da irracionalidade da organização médica, que tem como centro o modelo da atenção médica hospitalar em detrimento de políticas públicas adequadas;
- I) Da Racionalidade Médica, na medida em que o paradigma regente da medicina moderna se afastou do sujeito sofredor como uma totalidade nas suas investigações diagnósticas e na sua prática de intervenção, e em que esse sujeito sofredor deixou de ser o centro de seu objeto e de seu objetivo.

³³ Luz (2007) defende que a “crise da medicina” não significa uma crise em seu modelo de produção de conhecimento, ou mesmo uma estagnação em suas investigações. Ao contrário, enquanto ciência das doenças, a medicina tem avançado bastante em seus meios de produção dos ramos disciplinares da biociência, os quais mais lhe são próximos. A crise da medicina se refere aos planos - ético, político, pedagógico e social, além de outros que não são citados pela autora.

Sayd (1998) defende que o médico é, antes de tudo, um terapeuta, porém pode-se dizer que a crise da medicina hegemônica aponta para o quadro que se conhece atualmente (LUZ, 2005), qual seja o da dissociação entre uma ciência das doenças e a arte de curar. Aí se encontra o problema de assegurar alguma comunicação no decorrer do encontro clínico entre o médico e o paciente. O que frequentemente tem acontecido é a consideração de que os fenômenos ligados à saúde e à doença só são “reais” se puderem ser observados objetivamente e medidos sob essas condições. Quando observados, e se possível quantificados, os fenômenos se transformam em “fatos” clínicos, que devem ser investigados para localizar suas causas e efeitos. A tarefa do clínico é descobrir a cadeia lógica de influências causais que implicam no fato em questão.

Cabe ressaltar que os “fatos” têm uma causa, mas, quando a causa específica não é localizada, o fato clínico é denominado de “idiopático”, ou seja, tem uma causa que ainda não foi descoberta (Helman, 2009). Sendo assim, as preocupações biológicas são mais reconhecidas do que as psicológicas ou as socioculturais. Para garantir a objetividade através do afastamento entre o médico e o paciente, uma das entrevistadas diz que a mesa que separa os dois na sala de atendimento é umas das artimanhas da medicina ocidental:

[...] aquela coisa da impessoalidade - eu sentada aqui, a mesa e o paciente – que a medicina tradicional tem. A mesa nada mais é do que – um muro. “Tu ficas aí, eu sou teu médico. Eu te trato mais tu ficas aí, não passa pro lado de cá, nem interfere na minha vida. Fica lá”. [...] hoje eu vejo a mesa assim, uma barreira (Bruna).

Os sintomas denominados como “psicogênicos” ou “psicossomáticos”, acrescenta Helman (2009), são aqueles que, após uma investigação exaustiva, não apresentam uma causa física. *Esses* sintomas subjetivos, se explicados por alterações objetivas e físicas, podem se tornar mais “reais”. Para verificar essas alterações, cada vez mais os médicos modernos usam a tecnologia diagnóstica para coletar e medir os fatos clínicos, o que gera uma alteração no diagnóstico de mudanças de formas subjetivas (escuta do paciente) para formas objetivas de diagnósticos. Goods (1981 apud HELMAN, 2009, p.114) diz que:

os sintomas adquirem seu significado em relação aos estados fisiológicos, que são interpretados como os referenciais dos sintomas. As lesões ou disfunções somáticas produzem desconforto e alterações comportamentais, comunicadas pelas queixas do paciente. A tarefa crítica do médico é decodificar o discurso de um paciente, relacionando os sintomas a seus referenciais biológicos, de modo a identificar uma entidade nosológica.

Essa dissociação entre a arte de curar e uma ciência das doenças é para Luz (2005) um dos motivos da crise da medicina, e é relativamente recente na sociedade, tendo em torno de três séculos. Juntamente com esta dissociação, houve o desaparecimento das categorias de *cura* e *saúde* do horizonte da ciência médica. Tais categorias foram destinadas, segundo a autora, a práticas de charlatões e de *curandeiros*, que são alheios à medicina e ao domínio do científico. Porém, como o doente não perdeu o desejo de ser curado, o médico que não cura passou a ser considerado como um incompetente feiticeiro ou um charlatão.

Pode-se dizer que as camadas populares ignoram as divisões e dicotomias introduzidas na cultura pela racionalidade científica. Nesse sentido, mantém-se questões envolvendo a saúde em uma visão próxima da tradicional, de acordo com as culturas ditas tradicionais, não separando corpo-alma/mente ou o homem da natureza etc. É assim que funciona a racionalidade da terapia floral, em que os médicos entrevistados mostraram estar inseridos ao falar em como funciona sua consulta médica. Os trechos de entrevista das médicas Bruna e Inês exemplificam essa racionalidade, apontando a categoria 5. *Como é a medicina floral*, mais especificamente como é o atendimento na medicina floral.

É uma conversa [...] como nós estamos fazendo. Não tem aquela de eu falo ou só o outro fala. Eu preciso saber os pequenos porquês. [...] às vezes, as pessoas precisam tanto falar que vai levar dois terços da consulta... é ela que fala. E eu fico tentando pegar o jeito de sentar, [...] dizer, se me olha de frente, se não olha. Se tá cabisbaixa, enfim, são coisas que a gente vai pegando, vai captando. E isso me diz, às vezes, os gestos, me dizem mais do que ela está falando. Às vezes, ela tenta esconder aquilo ali, mas a postura dela está dizendo uma coisa totalmente diferente. Então, às vezes fala mais e eu escuto mais. Numa próxima, ao contrário [...]. Às vezes, o próprio paciente chega num ponto, que [...] diz “eu preciso ainda de tal floral, esse aqui a gente já pode tirar fora” (Bruna)³⁴.

É uma hora e 15 minutos a sessão [...], às vezes, eu também tenho minhas curiosidades: “Então como é que foi isso, me conta... quando tu perdeste teu marido! Tu ficaste de luto muito tempo, não ficou? Tu tomou alguma coisa, não tomou? Tu tiveste que te medicar? Tu em seguida retomaste tuas atividades?” [...] tu vais fazer um levantamento pra saber o quanto essa pessoa reage às coisas adversas. [...] quando eu não conheço a pessoa, é uma hora e meia, não tem como. [...] já tem gente que eu só digo assim: “tu nem precisas vir aqui, eu só te dou tal coisa que depois então tu compareces”. Porque conheço, são quase como meus filhos! [...] Na verdade, acho que eu sou muito socorrista. Aquela coisa, [...] a disponibilidade, que eu acho que a gente tem que ter quando lida com os outros. É do meu caráter (Inês).

Entre a imagem aparente de poder histórico irreversível da medicina oficial, pode-se perceber que há em curso uma conjuntura polêmica que expõe sua fragilidade. Esta conjuntura se constitui dos seguintes aspectos:

³⁴ A médica aqui se refere à sua “escuta” em relação ao paciente a partir da sua prática com terapia floral, o que se enquadra na categoria 5. *Como é a terapia floral*.

a) que a biomedicina cartesiana se tornou progressivamente prisioneira de uma axiologia do interesse e do cálculo (Caillé, 1989), a qual vem contribuindo, nos últimos tempos, para enfraquecer a base da legitimação social da ciência médica dominante; b) que os cidadãos descobrem, pouco a pouco, que a inovação tecnológica não se realiza unicamente em nome da verdade científica, mas também em nome dos grandes interesses, especialmente aqueles da indústria farmacêutica e da nova burguesia médica; c) que os preços dos medicamentos e as incessantes inovações biotecnológicas são objeto de manipulação aberta pelos estrategistas de mercado; d) que a extrema especialização médica contribui para aumentar as incertezas do diagnóstico e, por conseguinte, dos erros médicos, ampliando, igualmente, os custos do tratamento [...]; e) que tudo isso contribui para aumentar a insatisfação, a frustração e o medo dos cidadãos-pacientes, f) que, enfim, a sociedade tem a obrigação de reagir contra uma situação que se torna sociologicamente indesejável do ponto de vista da reprodução da medicina como fenômeno social (MARTINS, 2003, p. 32).

Esses aspectos que expõem a fragilidade da medicina aparecem como pontos de crítica pelos médicos entrevistados, pois eles dificultam o tratamento com alopátia, o que fica visível, por exemplo, no trecho de entrevista de Bruna. Já o médico Anderson, falando sobre o modelo de ciência da medicina, cita que tanto a medicina como a medicina floral apresentam falhas. Porém, o que ele fala sobre esses erros não me foi permitido gravar, nem usar nesse trabalho.

Todavia, é importante lembrar que, apesar das dificuldades no seu trabalho e do que os médicos entrevistados apontaram como falhas na medicina ocidental, todos percebem a medicina ocidental como fundamental no tratamento de doenças. Outro ponto importante é que esses médicos conseguem assinalar, também, que a medicina floral não resolve tudo, de forma que cada uma das medicinas têm seus aspectos negativos e positivos, os quais são discutidos no decorrer desse estudo. Nesses dois trechos de entrevista a seguir, pode-se perceber a presença da categoria 4. *Como é a medicina ocidental*, de forma que aqui aparecem aspectos negativos, ligados ao mecanicismo e ao mercado de trabalho da medicina ocidental, que em parte é voltado aos lucros em detrimento do atendimento das pessoas que sofrem.

[...] na medicina convencional [...] eu bato um pouco com procedimentos, ou com a questão financeira, ou com o próprio paciente, desgosto [...] bato com várias coisas que eu não consigo mexer [...] não estão ao meu alcance. Isso me frustra. É uma criança que está com uma doença crônica [...] que eu posso dar uma medicação que eu sei que vai fazer bem e ela não tem acesso financeiro [...] ou, quero fazer uma consulta melhor e eu tenho, principalmente, limite de tempo. Tenho dez minutos pra fazer tal coisa [...] preciso de mais e eu não consigo [...] isso é ruim. Foi o que eu mais senti quando eu saí do consultório. Essa liberdade maior de poder definir o tempo pra aquele paciente. Isso me incomoda muito na medicina (Bruna).

[...] sempre tive a ideia de que a medicina que a gente [...] pratica é muito acadêmica, muito mecanicista. [...] eu não ficava satisfeito. Não que eu não goste, [...] eu adoro medicina, faria tudo de novo! Mas, [...] faltava alguma coisa. [...] Esses dias nós estávamos comentando entre colegas e me perguntaram se eu faria medicina de novo, e eu disse que sim. Eu tenho um filho que é médico e eu disse pra

ele que eu precisaria fazer medicina com a cabeça que eu tenho hoje. E ele me disse que não deixariam nem eu cruzar o portão da frente. A medicina tem coisas erradas? Tem. A terapia floral tem coisas erradas? Tem. Depende de cada um. (Anderson)

Pode-se resumir esse quadro dizendo que os pontos de discussão dentre o público não-médico (e o público médico abordado nesse estudo) são: o econômico (os altos custos dos medicamentos, das consultas e dos seguros de saúde, os financiamentos governamentais de hospitais privativos de luxo, que limitam o atendimento de grande parte da população isenta de condições econômicas para pagar o seguro privado) e o da eficácia no atendimento (os erros médicos; as sofisticadas técnicas, insatisfatoriamente testadas). Além disso, os motivos de debate se estendem à pluralidade dos sistemas de cura; às novas doenças de origem orgânica e, agora, de origem emocional e psíquica; e ao funcionamento institucional da prática médica. Diante de todos esses aspectos, que caracterizam, segundo Martins (2003), um movimento de desumanização da saúde, resta aos cidadãos dois tipos de sentimentos conflitantes para interpretar a modernização médica: o de fascínio – diante das inovações tecnológicas; e o de medo – diante das incertezas econômicas e existenciais decorrentes da doença e da hospitalização.

Parece que um importante exemplo nesse contexto que desencadeia discussões e sentimentos conflitantes entre a população é o da medicalização, com seus altos custos e inovações, efeitos colaterais e funcionamento nem sempre eficaz. Para Capra (1992), a questão dos medicamentos dentro da medicina contemporânea é um indício da ênfase que é dada aos sintomas em detrimento das causas subjacentes das doenças. Embora exista a possibilidade do uso de várias técnicas terapêuticas, Camargo JR. (2003) diz que, na prática, são os medicamentos e, quando necessárias, as cirurgias que são utilizadas. Além disso, a própria carência ou inexistência da disciplina de Terapêutica em diversas escolas médicas aponta para o grande espaço à ação dos propagandistas da indústria farmacêutica. A farmacologia possui uma abordagem mais próxima da fisiologia, colocando-se ao lado das disciplinas básicas, não das aplicadas, não desempenhando usualmente a função da primeira.

Por outro lado, parece que na vida moderna da sociedade ocidental a aceitação ampla industrializada do *“caminho amplo para o sucesso”* e o uso crescente de *“reconfortantes químicos”* (sejam legais ou ilegais) significam que na sociedade ocidental a fórmula cultural para o sucesso tornou-se: *Indivíduo + Produto químico = Sucesso* (HELMAN, 2009). O sucesso aqui é entendido nos termos mentais, sociais, sexuais ou econômicos. O grupo dos *“reconfortantes químicos”* engloba desde as vitaminas, os fortificantes, os chás, os cafés, o

tabaco, os tranquilizantes até o tabaco, o álcool, a maconha, a cocaína, a heroína, o *Ecstasy* e outras drogas do tipo.

Pode-se perceber que, cada vez mais, a definição de sucesso está relacionada com a ausência de qualquer espécie de ansiedade, de preocupação, de culpa, de raiva ou de pesar, emoções que eram, em todas as gerações anteriores, consideradas parte normal da vida das pessoas. No decorrer da história, parece haver modificações em relação à maneira como os reconfortantes têm sido vistos. Vários que eram rotulados de perigosos, de imorais e de causadores de vícios passaram a ser considerados como inofensivos.

Essa realidade da vida moderna está, também, envolvida com a ideologia dominante, a qual “faz do consumo a pretensa fonte da “felicidade” e da “saúde” (BARROS, 2010, p.90). Esta ideologia está envolta na estratégia dos produtores, que possuem amplos e cada vez mais sofisticados recursos tecnológicos (que incluem as técnicas publicitárias). No geral, a tentativa é fazer valer o valor simbólico dos produtos, sem que isso corresponda ao seu valor de uso – que é a ação terapêutica do princípio ativo da medicação. O propósito desta atitude é incrementar o valor de troca, ou seja, a condição do medicamento como mercadoria geradora de lucro, que aumenta em razão proporcional as vendas realizadas.

Como aponta Camargo JR. (2010), alguns medicamentos chegam a um *status* surpreendente de vendas, de modo que são chamados pelo mesmo termo ligado a filmes que seduzem um público enorme, como é o caso do *blockbusters* (que em português significa “arrasa-quarteirão”). No caso dos remédios, pode-se pensar no Viagra, que está tão em voga no momento, assim como medicações ainda mais potentes. Essa questão da felicidade com base nos bens de consumo apareceu na fala dos entrevistados, como nas situações que são descritas pelas médicas Maria e Paula.

[...] o mundo hoje está pautado por duas grandes verdades. [...] uma sociedade estruturada em cima da produção e do consumo, em detrimento da vida. [...] em nome da produção e do consumo tem guerra, fome, miséria, medicamento que custa dois mil, contaminação das águas, criação de necessidades que não são necessidades, de consumo na vida das pessoas, uma estruturação de ensino que faz com que as pessoas se tornem repetidoras e não criadoras. [...] tem uma [...] criação de um mundo pautado pela criação de uma imagem externa, um padrão de beleza que cria a anorexia, a bulimia, tudo isso que a gente está vendo! A coisificação das relações [...]. Tem outro mundo que é esse que a gente está começando a falar aqui. É uma sociedade pautada pelo cuidado com a vida, pode ter produção e consumo, mas que está a serviço da vida. E faz com que a existência tenha um sentido, por si só como existência, [...] faz com que as pessoas e a vida sejam sagradas, e as pessoas sejam respeitadas, enquanto seres humanos. Que os animais, as plantas, a pedras [...] tudo faça parte da grande da vida! [...] acho que a minha grande trajetória foi de estar numa sociedade de produção e consumo pra estar aqui hoje (emocionada, chorando) dizendo: o que vale a pena é olhar no olho da pessoa e ver o que eu vi hoje [...] poder ver a pessoa retomar a sua vida e dizer: “nossa... eu estou de volta!” [...] ver a

peessoa retomar a sua família, seu casamento [...] ser feliz... [...] ver que [...] tudo que ela fez antes que era coisificado [...] só serviu pra ela ficar doente e que, agora, ela está encontrando brilho na vida, [...], isso não tem preço! (risos) a Lamborzine na garagem não paga! A retomada da saúde da família, de um filho, de uma relação! [...] o vestido sensual e decotado [...] corpo bonito, não tem o mesmo valor [...] é bonito ver! Mas, não tem o mesmo valor de uma relação que tem olho no olho, que tem “eu te amo”... (Maria).

Nós conversávamos, porque que se dá uma epidemia de términos de casamentos e homens velhos casando com mulheres jovens [...]. Porque inventaram o Viagra. Se ele tivesse ficado velho e não conseguisse ter a ereção, tu achas que uma guria nova ia quere ele? Como inventaram [...] ele tem dinheiro, tem uma caminhada de vida, ela quer uma vida fácil. Ela pode oferecer juventude, até filhos e [...] ele um status. Ele, toma um [...] remédio que dura 3 dias, tem uma potência daquelas e se acha o máximo. Só que esqueceu que ela, daqui a pouco, vai olhar pra ele e ele vai estar uma uva passa e mesmo que ele tome 3 dias de medicação, ela não vai agüentar, porque a cabeça dele é velha. O Viagra não tira a velhice da cabeça. Isso é para ganha atenção e sustento. Porque, eu não acredito que elas sejam burras de acreditar que um indivíduo vai tomar um Viagra ou sei lá que outros medicamentos e que a cabeça dele vai ficar de 20 anos. Nem o corpo, porque a pele já está uma uva passa. Mas, nós estamos numa epidemia nesse momento, assim como nós estamos numa epidemia de bullying, nós estamos numa epidemia de violência franca (Paula).

Há ainda outro aspecto da medicalização, segundo Foucault (2008), que além desta estar longe de atingir a extinção das doenças através do controle absoluto e da salubridade do meio e dos costumes das pessoas, ela exerce um significativo papel regulamentador. É responsável pela disciplinarização dos cidadãos e é uma forma de política que tenta atribuir normas de condutas de ordem moral, disfarçadas de preconceitos com base científica médica. Sayd (1998) afirma ainda que o princípio curativo do remédio é uma abstração conceitual, que não fornece guia para ser encontrado na natureza e que muitas vezes promete mais do que é capaz de fazer.

Como lembra Helman (2009), a ação ou o efeito dos medicamentos sobre a fisiologia humana e sobre o estado emocional das pessoas não depende apenas das propriedades farmacológicas dos medicamentos. Aliás, foi observando isso que Bach começou a criar seu sistema floral, questão que será apresentada mais à frente. Existem um conjunto de fatores (como a personalidade, a origem e a formação pessoal ou cultural do indivíduo), que podem acentuar ou atenuar a diversidade de efeitos que um medicamento pode gerar num ser vivo ou humano.

Cabe salientar que este estudo não apresenta os médicos como vilões da história. Nesse sentido, concordo com Camargo JR. (2010) quando aponta que os problemas dentro da medicina são mais ou menos inevitáveis, considerando a realidade atual. Existe uma disputa de poder sobre as alegações de validade sobre dadas asserções, mas, enquanto um dos agentes envolvidos (a indústria farmacêutica) concentra de forma desproporcional (em relação aos

médicos) recursos e poder, e enquanto não existir uma forma de controle e equilíbrio, o resultado será previsível. Dessa forma, não importa o quanto os médicos possam ser descrentes em relação às argumentações do lado industrial do Complexo Médico Industrial (CMI), devido à quantia desproporcional de recursos do lado desse Complexo, ele não tem outra opção a não ser acolher e aceitar o que lhe é apresentado (CAMARGO JR, 2002).

Dentro desse contexto citado de discussão e incertezas, deu-se a emergência e a proliferação das medicinas alternativas, entre elas a homeopatia, a acupuntura, o yoga, a osteopatia, os florais, o reiki e a cromoterapia. Estas medicinas privilegiam mais o doente do que a doença e reintroduzem a concepção de totalidade do corpo, na medida em que os sintomas deixam de ser interpretados como uma simples manifestação da parte, engendrando-se a uma trama mais complexa de causas e efeitos. Por conseguinte, apreende o corpo enfermo em sua totalidade, diferentemente da ideia de enfermidade da biomedicina.

Essa noção de tratamento das medicinas alternativas vai ao encontro da definição de saúde (e conseqüentemente de tratamento) da OMS e, portanto, de encontro à concepção de saúde e tratamento oriunda da medicina. Ou seja, a saúde é vista como um estado de total bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades (CAPRA, 1992). A compreensão de saúde apresentada na medicina floral é precisamente essa definida pela OMS. Para tentar entender essa emergência das medicinas alternativas, antes de falar sobre as medicinas complementares e medicina floral, cabe retomar um pouco da história da saúde e da medicina ocidental hegemônica no contexto brasileiro.

3 UM POUCO SOBRE HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

3.1 Medicina ocidental ou medicinas ocidentais?

Assim como esse trabalho defende não se poder falar em “a” terapia floral, mas em terapias florais - devido às diferenças entre os sistemas e às formas de atuação dos profissionais - este estudo aponta para o mesmo olhar sobre medicina. Se formos observar os currículos de cada faculdade de medicina, mesmo que apresentem uma avaliação pelo Ministério da Educação (MEC) e, portanto, certa coesão ou regularidade de conteúdos e uma linha a ser seguida, os currículos são – em parte - distintos, os professores são diferentes (cada um com seus conceitos, ética pessoal, história de vida, etc.), a forma de ver e perceber o mundo apresenta dissonância em cada região do país (conforme são suas crenças e atitudes culturais, o que é citado a seguir três entrevistas, ao falar sobre a aceitação do uso dos florais no Brasil e em outros países) e, conseqüentemente, em cada instituição de ensino. Isso ocorre mesmo que tenhamos a noção de que o sujeito não é individual, mas se encontra imerso, constituído e constitutivo do coletivo, tornando-se porta-voz do que incorporou do conhecimento e, por que não, da ideologia coletiva.

Parece que dentro da própria medicina há esse afrouxamento de limites, não se podendo falar em a medicina, mas em medicinas – não se fala em grandes transformações – e de sujeitos que se submetem a condições de produção impostas por uma ordem “superior” estabelecida, às vezes sendo portador da crença de ter autonomia sobre essa ordem, outra vez se vendo igualado a ela e, ainda, em outras, criando abismos entre uma e outra, com pontes que as interligam. As subáreas da medicina parecem apresentar cosmologias diferenciadas, com valorização e observação de diferentes aspectos dos sujeitos. Dentro de cada subárea, cada indivíduo é portador de crenças e valores que perpassam – de forma consciente ou não – seu agir como médico e seu agir terapêutico (nos casos em que o sujeito médico não perdeu a noção de terapêutica). Como aponta a análise das entrevistas, esses fatores podem estar relacionados à forma como cada Conselho Regional de Medicina (CRM), ou o Conselho Federal Medicina (CFM), ou cada país, lida com a medicina floral.

[...] cada conselho ³⁵ de cada Estado, dependendo da sua direção tem uma determinada visão. [...] Inglaterra [...], por exemplo, no parto se usa o rêsque que é o socorro, se usa antes do parto na mãe, depois do parto na mãe e no bebê. Pra ver como é seguro. Na Inglaterra, vários hospitais públicos usam sem problemas. Em Curitiba eu sei que usam um pouquinho, lá em São Paulo, algumas clínicas também. Aqui³⁶, é extremamente fechado. [...] estou um pouco afastada, mas, até onde eu sei, não tem nenhum hospital, aqui no sul, usando. [...] em Campinas [...] parece que [...] está um pouco mais flexível. [...] tem no hospital, [...] principalmente [...] para as pessoas muito ansiosas, para fazer um procedimento (Bruna).

Não tem efeito colateral, por isso tu podes usar. Pessoas que tãem em UTI usam fora do país. Outros países dentro de hospitais. Eu tive um paciente que voltou da Inglaterra, [...] estava fazendo o histórico dele e comentou que teve um acidente de [...] moto na Inglaterra, teve [...] uma série de faturas, a pior foi a de fêmur. [...] ele começou a contar o acidente e o pós, [...] tudo que tinha sido feito e como ele tinha sido tratado. “E, uma das coisas que usaram e que eu melhorei rapidinho foi floral. [...] Isso deu toda a minha recuperação”. Então, por que não usar? (Carina).

[...] avalio o paciente. Isso eu tive na Alemanha, num hospital que [...] trabalha muito com homeopatia e [...] alopatia. [...] eles têm um grupo de médicos: homeopatas, cardiologistas, clínicos gerais e tudo. E eles discutem isso, trabalham com aquela medicina antroposófica. [...] eles vêem um paciente, chamam o homeopata e o homeopata fala “acho que num primeiro momento acho que não. Vamos dar uma coisa mais rápida e depois a gente reavalia” (Inês).

Talvez tenha sido esse conjunto de questões pessoais da vivência de cada sujeito que tenha levado parte da comunidade médica a buscar conhecer além da ciência instituída e experimentar outras racionalidades médicas. Na análise das entrevistas, percebeu-se que cada médico indicou seus motivos pessoais para trabalhar com floral, os quais estavam ligados a questões pessoais, seja de sua vida pregressa, seja do momento pelo qual estavam passando quando conheceram os florais. Cita-se aqui alguns desses motivos (indicativos da categoria de análise 6. *Da medicina ao floral*) que, de certa forma, ajudaram a ampliar o olhar além da medicina ocidental. Maria refere, entre outros fatores, sua vinculação com a espiritualidade. Carina trouxe a história de sua formação diferenciada, que já foi apresentada anteriormente. Inês diz que a sua primeira formação, em enfermagem, abriu espaço para conhecer e pensar outras formas de tratar os pacientes, chegando a medicina homeopática. Outros, como Anderson, falaram do papel da curiosidade, como se fosse uma curiosidade acadêmica, do teste, da avaliação do funcionamento.

[...] a espiritualidade me deu base para ampliar um pouco a percepção, mas na verdade acho que ela andou junto com tudo isso, não foi só a espiritualidade que determinou. Talvez, quando eu optei por fazer a homeopatia... ali a espiritualidade entrou junto. Era o momento da vida em que eu fui buscar caminhos alternativos e a espiritualidade fez parte desse caminho alternativo junto com a homeopatia. Eu queria achar um sentido para vida, para existência (Maria).

³⁵ A entrevistada está se referindo aos Conselhos Estaduais de Medicina.

³⁶ Com o termo “aqui” a entrevistada está se referindo ao Estado do Rio Grande do Sul.

Quando eu fui fazer medicina, fui baseada em trabalhar com homeopatia. [...] me especializei em homeopatia e fitoterapia [...] o que me levou a pensar em usar a terapia floral? Que é um resgate dos antigos herboristas, porque eles conheciam em essência as plantas. [...] ela tem uma ação, tu usas ela toda: a raiz, o caule, folhas, e flores e os frutos, que sabemos ser para alimentação, mas sabemos que alguns frutos têm indicação medicamentosa e nutricional. Então, eles tinham esse conhecimento e eles tinham um respeito muito grande pela planta, porque eles conheciam sua potencialidade. Quando eu comecei a estudar herborismo, foi bem na época que começou o movimento de terapia floral no mundo todo. E que a OMS preconiza ela pra ser usada nos casos de emergência, nos países subdesenvolvidos, por ser uma terapia de fácil manipulação, independente [...] de legislação que possa se opor a isso (Inês).

[...] aconteceram algumas coisas muito simples. Eu tenho uma filha que tinha asma [...]. E nós começamos a ver [...] que estava demais, a cada mudança de temperatura tirava o nebulizador [...], já nem guardava mais. [...] Uma porque ela já sabia fazer as coisas sozinha, com 7 anos. [...] Apareceu uma pessoa, naquela época uma estudante de medicina, na loja do meu cunhado e comentou, e ele me falou a respeito disso e a minha mulher pediu que ela fosse lá em casa. Então, a partir de fevereiro ou março de 92, nós começamos a usar floral com ela e eu, porque eu também tenho asma! (Anderson)

Sobre essas questões, Helman (2009) refere que há o aspecto do reducionismo na medicina, ou seja, com exceção das especialidades da saúde pública e da medicina da família, o paciente individual é o foco principal e não sua família, a comunidade ou a sociedade de forma mais ampla. Porém, o modelo biomédico não deve ser visto como homogêneo e consistente, de maneira que para compreender a interação entre médico e paciente deve-se sempre perguntar “*que médico?*”. Ou, talvez, seja o caso de perguntar “*que tipo de médico?*”. Isso porque, embora a medicina seja internacional, há diferentes variações de como ela é praticada no mundo e até mesmo dentro de um país. Pode-se dizer ainda que o modelo médico está sempre, em grande parte, relacionado à cultura, variando bastante conforme o contexto em que ocorre. A cultura, a vivência, as experiências de cada médico entrevistado foram alguns dos indicadores da sua abertura frente à racionalidade cartesiana para outras formas possíveis na arte de curar, o que explica a pergunta de Helman sobre que médico é esse de que se fala. Dependendo da história de vida de cada médico e de suas escolhas, pelo que apareceu nas análises das entrevistas, cada um exercerá a medicina tendo como suporte fontes e instrumentos diferentes, os quais vão além dos que são geralmente conhecidos e utilizados na biomedicina. São esses suportes que parecem fazer manifestar ou desenvolver, nesses profissionais, com maior intensidade a arte de curar, a terapêutica. Helena, por exemplo, utiliza a psicossomática e Paula usa a psicologia. Esta, como os outros médicos, discorre sobre sua escuta e tratamento clínico que funciona não como uma escuta da doença, mas como uma escuta que engloba o paciente como um todo e manifesta uma arte – a arte de curar.

[...] eu fui estudar psicanálise [...]. Eu sou médica? Sou, porque eu tenho uma formação médica. [...] médica naquela concepção médica [...] não tem nada haver comigo. [...] eu olho o indivíduo sempre por inteiro [...] vejo o sofrimento que ele está, se ele está em alegria, se ele está em sofrimento, se ele tem capacidade de suportar aquele sofrimento, que nível de trauma ele teve, como é que esse sintoma físico está aparecendo após o trauma, quanto mini traumas vem superando, juntando pra chegar aquilo. Até uso medicação se precisar, eu uso psicofármaco. Então, assim, tem impacto? Tem. Mas tem impacto porque eu não sou uma médica, se eu fosse médica eu te diria “olha, não acredito em nada disso aí” (Paula).

[...] sempre gostei da área de psicologia e [...] da psicossomática. Nessa época veio um professor, [...] que foi para a Inglaterra fazer [...] um doutorado na área de [...] medicina psicossomática. Aquilo me fascinou, porque já tinha começado a querer questionar “será que era só aquilo”. [...] voltou cheio de novidades e eu [...] comecei a estudar com ele. E isso foi importante, porque [...] vinha num processo de começar a questionar umas coisas e chegou uma hora em que realmente entrei numa crise [...]. Não sabia mais o que dizer para os pacientes e para os alunos, então era muito complicado. E nesse momento entrou na minha vida uma pessoa que [...] caiu de pára-quadras, uma mulher argentina. Uma das pessoas mais cultas que conheci, com uma sensibilidade grande, [...] uma mulher com 25 anos de análise convencional [...]. E muito inteligente, [...] foi importante pra mim, porque [...] me perguntou se eu não queria fazer o curso de homeopatia. Era como tirar meu chão, [...] fui fazer o curso, mas pela homeopata que ela era. E é uma escola de homeopatia unicista, rígida e mentalista. [...] Buenos Aires tem uma tradição em psicanálise. [...] tudo isso virou de cabeça pra baixo o meu mundo [...]. E um dia eu estou voltando do curso a pé, [...] passei numa livraria e vi, na entrada, uma pilha de livros que estavam sendo lançados, chamados *Medicina floral de Edward Bach*. De uma argentina, [...] abri o livro e vi que ela era médica, psicanalista, homeopata - pessoa com formação [...] peguei o livro e li metade, fiquei fascinada, comprei o livro e falei pra minha amiga “olha, essa é a medicina que eu quero fazer!”. [...] embora fosse simples, era aquilo. E aí, para minha surpresa, [...] ela disse “essa mulher, tu queres mesmo conhecer? Ela foi minha amiga durante a faculdade. [...] se tu quiseres eu ligo para ela e podemos visitá-la”. [...] nem sequer terminei o curso de homeopatia. Eu fiz até praticamente o fim e acabei não prestando exame, porque eu comecei a fazer uma formação com ela [...]. E [...] de São Paulo pra baixo eu fui a primeira pessoa a lidar com floral. (Helena).

Independentemente da especialidade que o médico escolhe, deve-se lembrar que os médicos também são partes do mundo comunitário durante a maior parte de suas vidas, logo eles trazem consigo um conjunto de ideias, de presunções, de experiências, preconceitos e folclore herdados, o que pode influenciar muito sua prática médica. Os diversos modelos utilizados por clínicos na diagnose também significam que eles podem perceber e diagnosticar um mesmo episódio de doenças de formas divergentes. Isso pode ser verificado quando uma pessoa consulta com cada um deles num determinado período de tempo (HELMAN, 2009).

Para Luz (2007), em relação à saúde existe mais de um paradigma, dentre os quais destacam-se dois, que atravessam culturalmente e passam a modelar e a ser interiorizados e praticados pelos indivíduos em relação à conservação, expansão, ampliação ou prevenção em saúde. O primeiro é o da normalidade-patologia – fundamentado no saber biomédico do último século, ou seja, em um conjunto de disciplinas que são consideradas as bases

epistemológicas da medicina. Este saber é hegemônico na cultura ocidental, o que não significa ser o único. O segundo é o paradigma da vitalidade-energia, que está entrelaçado entre os saberes médicos e os não médicos, tanto ocidentais quanto orientais. Diferentes sentidos são atribuídos às diversas atividades realizadas pelos agentes. Isso porque os agentes sociais, os pacientes, os terapeutas ou os indivíduos “sadios” envolvidos em atividades (não ligadas a adoecimento) estão envoltos em diferentes representações de indivíduo-pessoa, corpo-espírito, saúde-doença, cuidado-tratamento e cura-equilíbrio.

Entender todo o exposto e compreender a história da medicina envolve vários desafios, tanto porque esta tem sofrido profundas mudanças tanto em seus embates com as doenças e a morte, quanto pelo complexo e enigmático conceito de doença (na sua natureza, causas e significados). Grupos sociais diferentes conceituam as doenças de maneiras muito diferentes. Na medicina grega, a doença tinha como origem causas internas, constitucionais. A saúde (física ou mental) necessitava de quatro “humores” ou fluidos corporais. Posteriormente, a Revolução Científica passou a atacar a medicina humoral como parte de seu esforço em atacar as teorias de Aristóteles e de seus seguidores. Nesse período, a nova visão do corpo como máquina originou a pesquisa de suas partes sólidas, principalmente dos sistemas nervoso e cardiovascular (PORTER, 2008).

Além disso, Porter (2008) continua dizendo que as doenças podem ser vistas de formas diferentes pelos “pacientes” e pelos praticantes da arte de curar. Os “pacientes” experimentam o lado pessoal de ser doente, já os médicos – principalmente os que apresentam aspirações mais científicas – são mais tendentes a salientar os aspectos objetivos das doenças e os fatos ligados a seus prognósticos e diagnósticos. A verdade é que a “doença” e sua completa relação com a enfermidade possui uma história própria. Variadas circunstâncias geram diferentes facetas da vida (como dores, febres, maus hábitos e incapacidades), todas sendo chamadas de doenças. O entrelaçamento do que alguns sentem como doença pode ser seguro e flexível em relação ao que os médicos consideram como doença.

Nos casos analisados, pude perceber-se que os médicos parecem ter sua percepção de doença situada entre o ponto de vista dos pacientes (a leiga) e a visão da biomedicina (a “dura”, clássica). Os próprios entrevistados, ao falar de doença (Categoria 1. *O que é doença?*), fizeram uma diferenciação entre o que entendem por doença para biomedicina (categoria 4. *Como é a medicina ocidental*) e para a medicina floral (categoria 5. *Como é a medicina floral*), ou seja, segundo seu olhar a partir das teorias da terapia floral. Sobre esta medicina, como defende Bach (2006), a entrevistada Inês diferencia as doenças de ordem

física das doenças que podem ser chamadas de ordem emocional, pois estão ligadas a fatores subjetivos, e não a objetivos.

[...] na visão acadêmica [...] o médico diz que doença é todo estado de alteração física, emocional, mental. [...] acho que a doença é alterações macroscópicas, que podemos ver, medir, aferir, quantificar. O transtorno é mais sério, é algo que eu ainda não meço, não tenho quantitativamente [...] posso avaliar só qualitativamente [...]. Então, quando eu pergunto para uma pessoa que está triste [...]. Ela vai responder sim, não. Mas, eu como aferidora, não tenho como detectar se a tristeza é transitória, circunstancial, ou [...] permanente. Eu caracterizaria doença como uma coisa mais permanente [...] o terapeuta floral, teria condições de atender esses transtornos leves, [...] que não são inferidos, não são tão permanentes naquela pessoa, porque aí tu podes estar tratando [...] doença é algo mais agravado, mais permanente [...] que leva essa pessoa a [...] não poder viver bem. [...] mesmo sendo periódica, volta com a mesma intensidade! A mesma coisa é a gente dizer: eu estou com dor vesical, eu faço exame e não tem nada. Mas a pessoa vem com queixa de novo. É uma sensibilidade, [...] um transtorno. Não tenho como quantificar, não tem micróbio, ferimento, [...] nada que justifique. Então, acho que é um transtorno, e dos transtornos um leve. É difícil [...] aí vamos para outra esfera, a do transitório, do não quantitativo, do não objetivo. O que está trazendo isso pra pessoa? Uma sensibilidade do meio ambiente, do que ela usa, [...] de coisas para a sua higiene? Não é uma coisa muito grave, não caracterizaria como doença, como transtorno. Pros transtornos leves a terapia floral é brilhante, principalmente destes, o emocional (Inês).

É importante ressaltar que pessoas em diferentes culturas e grupos sociais, como lembra Helmam (2009), explicam de formas diferentes as causas dos problemas de saúde. Essas diferentes definições se transmitem para a geração seguinte através do uso de símbolos, linguagem, arte e rituais. Cada cultura (que nas sociedades complexas se subdivide em *subculturas*) ou grupo social possui uma forma elaborada de movimentar o indivíduo de uma categoria para outra – por exemplo, a categoria de doente para a de saudável, assim como de confinar uma pessoa dentro das categorias que foram enquadradas, como de “louco”, “deficiente” ou “velho”. Nesse contexto, homens e mulheres herdaram de suas “culturas” distintas (dentro de uma mesma sociedade) normas e expectativas diferentes. Assim também os estudantes de uma profissão, uma *subcultura*, como a medicina, sofrem uma forma de enculturação ao adquirir aos poucos a “cultura” da carreira adquirida. Dessa forma, os estudantes acabam adquirindo uma perspectiva de vida bastante diferente daquela dos leigos na profissão. A *subcultura* médica ainda reflete várias divisões sociais e preconceitos da sociedade mais ampla, o que pode intervir na assistência à saúde e na relação médico-paciente.

Para Benedict (2006), o comportamento social que se discute é o comportamento dos indivíduos - o mundo ao qual as pessoas são apresentadas e do qual elas devem fazer a sua vida individual. Acreditar na existência de um antagonismo entre o papel da sociedade e do indivíduo é um equívoco, sendo assim, o que foi subtraído da sociedade não foi acrescentado

no indivíduo ou vice-versa. Em realidade, é a cultura que oferece a matéria-prima da qual o indivíduo faz a sua vida. A sociedade no seu sentido pleno nunca é separável dos indivíduos que a compõem. Estes só chegam ao limite das suas potencialidades com a cultura em que participam. E toda civilização, em qualquer elemento, é contribuição de um indivíduo.

Durkheim (1970) defende que a vida individual e a vida coletiva dos indivíduos são feitas de representações, e estas representações são comparáveis. Ambas mantêm a mesma ligação com o substrato. Esta ligação colocará em evidência a independência relativa desses dois mundos e dessas ciências. Em decorrência da aceitação do conflito entre sociedade e cultura, Benedict (2006) afirma que a ênfase sobre o comportamento cultural é, comumente, interpretada como uma negação da autonomia do sujeito. No entanto, nenhuma antropologia que teve experiência com outras culturas foi levada a acreditar que os indivíduos são autômatos, executando mecanicamente os decretos da sua civilização. Nenhuma cultura observada foi capaz de erradicar as diferenças entre as pessoas que a compõem. O problema da cultura e do indivíduo não é resolvido sublinhando seu antagonismo, mas sim destacando o seu reforço mútuo.

Para Oliveira (2002), a cultura, ao tentar erradicar as diferenças entre os indivíduos, torna-se responsável por moldar a doença. A cultura também determina a maneira como a doença é entendida e como ocorre a tentativa de superá-la. Aprende-se a ficar doente de acordo com o meio social, o qual influencia diretamente no modo como cada indivíduo sente as doenças, experimenta seus sintomas e utiliza os recursos de cura à sua disposição. O modelo de como o paciente recorre para tentar dar coerência ao que está acontecendo numa situação de doença específica é diferente, segue uma lógica distinta daquela utilizada pelo médico. O modelo médico considera a etiologia do problema, a duração e as características dos sintomas iniciais, a fisiopatologia do problema, a evolução natural e prognóstico, assim como o tratamento indicado para o problema. Mesmo atuando com a medicina floral, os médicos apontaram nas entrevistas a importância de se fazer um diagnóstico, mas este nem sempre é passado para o paciente, até porque muitas vezes o próprio paciente já sabe o que tem, mas quer ser tratado, quer entender a doença dentro de sua lógica pessoal.

[...] tem uma análise, que leva a um diagnóstico, que leva a uma terapêutica, seja medicamentosa ou não. E dados os medicamentos teríamos os sintéticos, os naturais. Aí teríamos que fazer um protocolo de [...] tudo aquilo que eu manipulo. Até faço diagnóstico, mas é difícil. A pessoa quando chega aqui é o fim da linha, [...] vem tão examinada, mexida, questionada que já vem dizendo “eu tenho isso, [...] os exames estão aqui, foi feito isso [...], os resultados foram esses [...]”. Então, ela vem em busca de algo, que [...] não tem na medicina dos sintéticos. E se tem na minha ela vem pergunta, ou ela já vem indicada de alguém que obteve tal resultado por aquela

coisa que os médicos diziam que [...] não ia curar, não ia ter alívio, ou que a pessoa tinha que aprender a conviver. Às vezes, como médica olho, e penso - vai ter que aprender a conviver. E aí, ao tempo que fui clinicando [...] me surpreendo todos os dias. Por isso que disseste, que meu olho brilha [...] muitos médicos, que são mais da medicina convencional, do que das não convencionais, pra botar um parâmetro, eles dizem: “ah, mas como é que a pessoa vai saber se ela está melhorando ou não? Como que pode inferir sobre si mesmo?” Essa é a resposta! E os exames estão aí pra serem feitos. Hoje em dia, a medicina é toda tecnológica! Ninguém toma remédio sem fazer antes exame. (Inê).

Tem³⁷, eu pergunto para as pessoas o que está incomodando, o que gostaria de melhorar. Às vezes, aquilo que ela diz não é realmente o que é. Tem muito no floral o que chamamos de descascar cebola. Tu dá um floral, dá alguns florais, e vai vendo o efeito, e vai aparecendo (Bruna).

Com base no conteúdo apresentado pelos entrevistados, como aparece, por exemplo, no recorte de entrevista da médica Helena, pode-se inferir que para eles nossa cultura está marcada pelo imediatismo, pela necessidade de dar nome às coisas (também às doenças, através dos diagnósticos, entre outros) em tempo muito rápido. Assim, a forma como o indivíduo sente a doença acaba, em alguns casos, ficando em segundo plano, sendo que a maneira como o médico entende a doença prevaleça no indivíduo. Isso ocorre provavelmente porque dar nome ao que se tem traz uma sensação de alívio, de bem-estar, deixando de ser mais uma insegurança na vida de quem já tem tantas incertezas. Além disso, as exigências do indivíduo sobre si e da sociedade sobre os indivíduos acabam gerando doenças, como alegou Oliveira (2002).

As pessoas, principalmente as pessoas dentro do mais convencional têm uma necessidade de botar um rótulo ligeiro [...]. O que a pessoa tem? Porque a pessoa vai ao médico e quer saber o que tem [...]. Então, às vezes, acho que certos diagnósticos são feitos apressadamente. E aí tu colocas o carimbo de bipolar e a pessoa pega “então tá, sou bipolar”. De certa maneira, [...] por pior que seja o diagnóstico, isso tranquiliza as pessoas. [...] vejo muito [...] aqui síndrome do pânico, que no meu entender, na maioria das vezes, nada mais é do [...] que uma extrapolação da ansiedade. A pessoa vai se enchendo de ansiedade, de não conseguir dar conta e [...] chega uma hora que pummm!!! Síndrome do pânico. [...] não costumo tratar de diagnóstico assim [...] Mas eu tenho³⁸ pra mim. (Helena).

Canguilhem (1990), falando sobre o pensamento na cultura médica sobre doença, diz que no curso da história houve duas concepções, que até os tempos atuais oscilam dentro da medicina em relação à doença. Uma delas é a ontológica, ainda que manifeste oscilações históricas (como poderemos ver na discussão sobre a história da saúde do Brasil, a seguir), é a dominante nos dias de hoje. Constitui-se por ser organicista, localizante e mecanicista (em

³⁷ Aqui a entrevistada está me respondendo afirmativamente quando a questiono sobre a existência de um diagnóstico nos seus atendimentos.

³⁸ Nessa citação, a entrevistada está se referindo ao diagnóstico, ou seja, ela faz o diagnóstico para poder tratar, mas não costuma passá-lo ao paciente.

termos de causalidade). A outra é a naturalista (geralmente *vitalista*³⁹), a qual se caracteriza por ser uma compreensão dinâmica que concebe a doença como um desequilíbrio ou desarmonia das forças vitais dos sujeitos. Dessa forma, a doença não se encontra localizada e não está no sujeito ou fora dele, pois se situa em todo o ser humano, ou seja, está em um desequilíbrio, que talvez a natureza exerça sobre o ser humano para a busca de um novo ponto de equilíbrio. Portanto, nesse caso a doença tem a intenção de cura.

Fica claro que a concepção ontológica está ligada à medicina moderna ocidental, enquanto a concepção naturalista ou vitalista se volta, como defende Luz (1996c), às “medicinas alternativas” ou popularmente conhecidas como energéticas, entre as quais se inclui a homeopatia, os florais etc. Elas são vitalistas por terem como base a visão de uma constante dinamização e transformação no estado de saúde dos indivíduos, em decorrência do seu processo de integração interna e externa com a natureza, o mundo humano e consigo mesmo. O que as duas ideias sobre doença têm em comum é que:

encaram a doença, ou melhor, a experiência de estar doente, como uma situação polêmica, quer a luta do organismo contra um ser estranho, quer uma luta interna de forças que se afrontam. A doença difere da saúde, o patológico do normal, como uma qualidade difere da outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica (CANGUILHEM, 1990, p.21).

Na verdade, não há uma definição na medicina sobre o que é doença, mas, mesmo assim, Camargo JR. (2003) afirma que é possível identificar um esboço genérico de construção discursiva dos elementos que formam a categoria doença. Essa categoria é formada por três dimensões ou eixos: 1. o explicativo – caracteriza a doença como processo, que possui pelo menos uma causa e uma história natural. É nesta dimensão que a medicina mais se aproxima das ciências duras, pelo domínio do biológico; 2. o morfológico – descreve lesões que são características da anatomia patológica. Esta descrição é feita a nível molecular, incluindo, portanto nesse eixo todo o conjunto de tecnologias que servem para realizar os exames complementares; 3. o semiológico – refere-se à clínica propriamente dita, que percebe as doenças como um aglomeração de sinais e sintomas, que forma *gestalts* semiológicas. Essa é a dimensão que faz a leitura do caso, de forma que imbrica as definições semiológicas das doenças com os outros dois eixos.

Se falar de doença é complicado, ainda mais difícil é discutir o conceito de “saúde”. A intenção aqui é tematizar o binômio saúde-doença, mas como uma apresentação de forma não

³⁹ O vitalismo propõe, conforme explicam Puttini e Pereira JR. (2007), que exista uma força vital que é além das forças físicas conhecidas.

exaustiva, ou seja, intentou-se apontar alguns aspectos que estão em voga nos tempos atuais e que, inclusive em nome da saúde, podem ser geradores de doenças. Isso porque esse binômio mostrou-se muito importante para tentar entender o que estou estudando – as motivações que levaram médicos a trabalhar com medicina floral.

Sobre saúde, pode-se dizer que não há uma definição clara em medicina. É comum se ouvir que saúde é a ausência de sintomas físicos desagradáveis, mas, como aponta Helman (2009), isso é muito pouco. Continua o autor afirmando que a OMS definiu saúde em 1946 como um estado de total bem-estar físico, mental e social. Nesse sentido, a saúde é um conceito multidimensional e holístico, o qual abrange saúde física, psicológica, social e espiritual, mas isso é muito amplo e vago. No entanto, sobre o termo saúde pode-se assegurar que quando uma definição é aceita, ela implica em um direcionamento de determinadas políticas e intervenções efetivas sobre a vida dos sujeitos e seus corpos (CAPONI, 1997). Refere, ainda, que para Canguilhem a saúde não pertence à ordem do cálculo, das tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas, nem mesmo aos iniciados. Ao contrário, o conceito de saúde pode ser criado por qualquer ser humano.

O termo “saúde” agasalha sob um guarda-chuva simbólico uma série de práticas e representações, ou seja, “todos precisam ter saúde, todos precisam ter saúde, ou como se diz popularmente, “manter a saúde em forma”, sendo por ela considerados responsáveis” (LUZ, 2007, p.93). Há uma grande diversidade de características atribuídas à pós-modernidade, que envolve o grande mercado social da saúde contemporânea. Dessa forma, a saúde torna-se um mandamento, mais um dos paradigmas universais com efeito moralizador e com objetivos inalcançáveis pela diversidade de âmbitos (como o religioso, o ideológico, o social) que abarca como exigência para se ter saúde muitos destes, sendo completamente incontrolláveis ou mesmo inconciliáveis para qualquer sujeito que os tente seguir. Como diz Helena, é como se hoje a regra fosse ser feliz o tempo inteiro, vendendo-se a concepção de várias formas que isso é uma regra possível, uma norma social a ser seguida, mas que acaba sendo uma utopia e, assim, uma possível fonte de doença.

[...] é um mundo que ou tu estás na crista da onda, ou tu estás na “m”. É ou não é?
 [...] As crianças têm que estar sempre na crista da onda. Então tu ouves uma criança: “Ah não, eu preciso me divertir”. [...] claro que tu precisas te divertir, às vezes meu filho! Agora as crianças têm que se divertir na escola, em casa, na rua... Isso está mal
 [...] as pessoas não aprendem a lidar [...] com o todo. A vida tem tédio também (...) tem que lidar... tem dias que tu não estás no teu melhor, [...] que estás triste. Tu vês uma criança triste, deusulivre! Criança não pode ficar triste. As crianças não aprendem a lidar com seus próprios sentimentos, então porque as pessoas usam drogas loucamente, porque só com droga pra ti estar sempre na crista da onda. Se não, tu não consegues. E como as pessoas se apavoram quando uma criança está

triste, [...] tem que sair correndo para um shopping, para não sei onde. Isso é uma coisa que gera uma ansiedade brutal. [...] uma das coisas que eu tenho mais preocupação no presente são as crianças e os jovens, não sei como é que vai ser essa geração. [...] porque eles não [...] vão saber o que fazer da vida, porque vivem num parque de diversões. Estou falando da classe média [...] vivem num parque de diversões, [...] existe o papai e a mamãe para pagar as contas, levar e trazer [...] quando é que vão começar a andar sozinhos [...].

Em nome da saúde, Luz (2007) diz que há um conjunto de representações relativas aos valores dominantes na sociedade, como por exemplo, o individualismo, que considera o sujeito como unidade pontual autônoma; a competição entre os indivíduos, que é regra básica das relações de uns com os outros; o consumismo, que é a tendência de aquisição de bens materiais ou simbólicos que diferencia um indivíduo do outro de forma hierárquica com o objetivo do viver; a unidade do corpo, como central que delimita uns sujeitos em relação aos outros; estratégias de valorização do corpo a fim de obter com ele *status*, poder e dinheiro. As estratégias voltadas a essa valorização são basicamente estéticas, incluindo representações e imagens de um corpo belo, jovem e com vigor. Tais estratégias e rerepresentações influenciam os sentidos atribuídos às práticas de saúde até o ponto de substituí-las e de dirigi-las no sentido da ratificação e do fortalecimento dos valores centrais da sociedade já mencionados. Além dos custos econômicos envolvidos nesse modelo de saúde, daí decorre também uma exclusão social crescente, que está diretamente relacionada com o que é saúde. Pode-se dizer então que

A questão da condição de vida, do emprego, do trabalho e da qualidade de vida no sentido social e psicossocial da expressão ressurge, neste contexto, como lugar privilegiado de discussão não apenas teórica mas simbólica, na definição do que é saúde. Para muitos (...) ter saúde é poder trabalhar (...) no sentido de estar empregado, na melhor das hipóteses de ter estabilidade no emprego. Este é o sentido econômico mais amplo a que me referi, do custo social da saúde. Este sentido está também ligado a outro, ao de custos do cuidado médico (...) no contexto atual de tecnificação da medicina e de sua absorção pela economia de mercado. (...). a medicina vem se transformando num atividade de produção de bens (...) e em instância social de consumo de bens de saúde (...). Desse ponto de vista ter saúde significa, muitas vezes, não mais poder adoecer, não ter mais este direito (...) cuidar da saúde, ou manter a saúde em forma, implica, neste momento, cuidar também do emprego, portanto da própria sobrevivência (LUZ, 2007, p.100-101).

Esses aspectos citados por Luz estão relacionados à saúde, à doença e à cura. Tais concepções aparecem de forma semelhante nas falas dos entrevistados, o que foi analisado através das categorias 1. *O que é doença?*, 2. *O que é cura?* e 3. *O que é saúde?*, situação que passa a ser exemplificada a partir da fala de Inês (em um momento posterior apresenta-se outros exemplos).

O que é cura? Na essência da palavra [...] acho que somos muito dinâmicos, estamos inseridos [...] num meio ambiente que cada vez mais se tornou artificializado, tanto na alimentação quanto no ar, na água e [...] temos a situação de seres que temos que todos os dias levantar da cama e buscar o próprio sustento. [...] Então, nós não temos uma qualidade de estar. Não tem nenhuma pessoa adulta que pode parar de trabalhar. E o trabalho deveria ser fonte de alegria! E não é! A grande maioria dos seres humanos trabalha em algo que não é bem o que gostaria de estar fazendo. Isso é positivo? Não! É um transtorno, fonte de doença. O próprio trabalho que nos dá [...] a sustentação [...] e a melhoria da nossa vida, trocar nosso trabalho por dinheiro e o dinheiro por coisas que se precisa cada vez mais. [...] se o ser humano se adequar melhor, na sua vida, na sua estrutura, na sua unidade! Porque nós somos uma unidade! Eu acho que a cura, o bem-estar físico, mental, social, não existe. Tu podes estar estabilizado, mas ele é dinâmico. Daqui a pouco, muda uma variável e muda tudo! É muito dinâmico. E dentro dessa complexidade eu acho que a gente está sempre em busca desse equilíbrio.

Outro olhar sobre a definição de saúde ou normalidade, na concepção de Helman (2009), é em relação a determinados parâmetros físicos e bioquímicos, tais como o peso, a altura, a circunferência, os valores do hemograma etc. Para cada medida existe uma faixa numérica que indica o “valor normal” dentro do qual os sujeitos são classificados como “normais” e “saudáveis”. Quando os índices ficarem acima ou abaixo dessa faixa, há indícios de doença, e o indivíduo passa a ser considerado “anormal”. A doença é o desvio dos valores dessa faixa de normalidade, em conjunto com irregularidades na estrutura ou na função dos órgãos ou dos sistemas do corpo.

Através do caminho percorrido pela medicina na história da saúde no Brasil, que será discutido mais para frente, pode-se perceber que seus avanços se deram de forma bastante rápida, mas também com muita resistência ao novo, como no caso das novidades vindas da Europa e, ainda, com diferentes definições do que é saúde e doença em determinado período histórico. Outra característica importante são as questões políticas envolvidas na transformação da medicina e de seus conceitos, como pode se observar pela interferência do Estado dando ou retirando poder à medicina, aliando-se ou excluindo-a do lugar de ente capaz de tomar decisões no cenário da saúde. Isso era (e acredito ser, de certa forma, ainda nos tempos atuais) o que garantia ou retirava a legitimidade da corporação médica frente à população e, como consequência, a aceitação e o uso de tratamentos, cuidados, práticas e da medicação.

Outro ponto relevante é a desconsideração da medicina local e das medicinas tradicionais (medicina dos indígenas, dos afro-brasileiros, das benzedeiras, dos orientais etc.) e as hipóteses criadas sem verificação, com, por que não dizer, ar de preconceito. Claro que essas últimas questões estão relacionadas ao tempo em que as hipóteses e teorias foram construídas e as possibilidades disponíveis naquele momento histórico-social-econômico.

Conforme Luz (1996 C) aponta, há cinco dimensões – uma doutrina médica, uma morfologia humana, uma dinâmica vital, um sistema diagnóstico e um sistema de intervenção terapêutico - que constituem a racionalidade para cada uma das medicinas e que, conforme se apresentam hoje, foram sendo aos poucos erigidas conforme o contexto social em que cada medicina está inserida. Além disso, muitos são produtos de colagens e *bricolages* de períodos culturais variados, ocorridos em tempos históricos sucessivos. Esses traços se moldaram em um “caleidoscópio” teórico-prático que articula, através de uma lógica complexa (nem sempre analítica), arte e saber médico. E, no mundo ocidental, a tendência é a de naturalizar o conhecimento que tem procedência na ciência, ou seja, esses conhecimentos são tratados como se não apresentassem origem ou, ainda, como se as origens (seja histórica, cultural ou imaginária) não penetrassem de forma constante o desenvolvimento, até hoje, dos saberes ligados à ciência.

Tentando valorizar o conhecimento científico a partir da história em que se constituiu, assim como Santos (2000, p.18) procurou fazer em *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*, procuro nos sub-capítulos a seguir, de forma modesta e a meu modo:

escavar no lixo cultural produzido pelo cânone da modernidade ocidental para descobrir as tradições e alternativas que dele foram expulsas; escavar no colonialismo e no neocolonialismo para descobrir nos escombros das relações dominantes entre a cultura ocidental e as outras culturas possíveis relações mais recíprocas e igualitárias (...) o meu interesse é identificar nesses resíduos e nessas ruínas fragmentos epistemológicos, culturais, sociais e políticos (...) se há ruínas, são ruínas emergentes.

Ou seja, busca-se nesse estudo perceber nas relações entre os períodos históricos do Brasil, desde o Colonialismo até a República (que poderia ser chamada de neocolonialismo, como Santos apresenta, já que de certa forma somos subjugados e também estamos aquém dos países de primeiro mundo, inclusive na tecnologia biomédica e na aceitação das terapias complementares), como se deu a exclusão (no sentido de afastamento) dos saberes locais (como o xamânico) e não científicos em saúde, considerados como complementares. E, além disso, observar como essas *ruínas* e esses saberes estão se tornando emergentes, aparecendo e reaparecendo no campo (caso dos florais, por exemplo) e no mercado da saúde (no caso da homeopatia, que passou a ser aceita pela medicina ocidental), mesmo que oriundos de uma racionalidade diferente.

3.2 Saúde e medicina na história do Brasil

O Brasil recebe diversas influências externas sobre suas questões internas, como na economia e na política, situação que não é diferente na esfera da saúde, seja no âmbito público, seja no particular. De forma simplista, pode-se dizer que os principais modelos de saúde que influenciaram o nosso país foram o Inglês, o Americano, o Cubano, o Alemão e o Francês (PORTER, 2008). Além disso, a época da Monarquia foi um momento importante para o início da implantação e construção, no Brasil, do que hoje chamamos de medicina ocidental. Como a intenção não é discorrer sobre a história da saúde de forma exaustiva, o que não poderia realizar por não ter embasamento para tanto, a ideia é fazer um breve percurso sobre os principais períodos da história na saúde no Brasil. Isso porque parece haver uma relação entre essa história e o uso crescente das medicinas complementares e florais na época atual. Ou seja, o Brasil passou da grande ênfase às “medicinas alternativas” para o destaque da biomedicina, sendo que hoje em dia parece que as duas estão em evidência.

Analisar a saúde pública no Brasil, tendo como referência a questão do Estado e da sociedade, é uma tarefa bastante complexa. Isso porque, no nosso país, as leis gerais do desenvolvimento capitalista, em seus aspectos econômicos e político-ideológicos, têm especificidades próprias daqui, que interferem na saúde pública. Desse modo, o objetivo é analisar a saúde pública inserida em uma formação social (ou seja, nos contornos da sociedade brasileira), que é ligada a outras por meio do comércio a longa distância, que estabelece relações de dependência (IYDA, 1994).

3.2.1 A Colônia (1500-1889)

Mesmo que os habitantes nativos do Brasil tenham seus sistemas de saúde próprios, pode-se dizer que a história da medicina ocidental, como é dita nos dias atuais, começou no Brasil com a colonização portuguesa a partir do ano de 1500. O Brasil, nesse período de transição para o capitalismo (ou seja, a fase mercantil do capitalismo), de acordo com Iyda (1994), vivia sobre influência portuguesa e sua articulação com os outros países ocorria através do comércio.

Nesse “período”, de acordo com Bertolli Filho (1998), as imagens iniciais do Brasil anunciadas pelos marinheiros ao retornar a seus portos em Portugal como “paraíso” tropical foram logo substituídas pela versão oposta. Ou seja, a colônia portuguesa no século XVII passou a ser identificada com o “inferno”, local em que os brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência devido aos conflitos com os indígenas, às dificuldades materiais da vida e às enfermidades. Porém, um século antes, diante do dilema sanitário causado pelo isolamento do Brasil em relação a distância de Portugal, das doenças e da guerra com os índios, o Conselho Ultramarino Português (órgão responsável pela administração das colônias) criou os cargos de físico-mor e de cirurgião-mor para cuidar da saúde da população dominada pelos Lusitanos. Tais cargos ficaram muitos anos sem ocupantes, pelo medo da transferência, dos baixos salários e dos perigos. Quando aqui chegaram, os poucos médicos e cirurgiões encontraram todo tipo de dificuldades para exercer sua profissão: extenso território, pobreza da maioria dos habitantes, que os impedia de pagar pelas consultas e o medo da população de se submeter aos tratamentos.

Como aponta Chalhoub et. al. (Org., 2003), os tratamentos nesse período, como ocorreu até meados do século XIX, feitos pelos médicos ditos científicos, eram basicamente a prescrição de purgantes e sangrias (método de extração de sangue do corpo dos enfermos, com a finalidade de curá-los) para o combate dos males e epidemias que atingiam a população. Geralmente esses tratamentos enfraqueciam os pacientes e causavam a morte dos que estavam em estado mais agravado. Na realidade, Teralorri JR. (1997) conta que os *pajés* indígenas (chamados também de médicos feiticeiros ou *xamãs*) não deviam quase nada em termos de tratamentos aos poucos médicos europeus do século XVI e XVII. Isso porque as doenças da época (exceto as transmissíveis introduzidas pelo europeu) eram, há tempos, conhecidas pelos índios (*pajés*), que geralmente possuíam tratamentos eficientes para elas.

Bertolli Filho (1998) defende que, em decorrência disso, a população colonial – rica ou pobre – preferia os remédios de curandeiros negros ou dos indígenas, a tratar-se com os médicos formados na Europa. O capitão-general Luís de Mascarenhas (que administrava a capitania de São Paulo por meados de 1746) admitia que os médicos europeus fossem “raros e caros”, que os boticários (espécie de farmacêuticos da época) se negavam a socorrer os enfermos sem dinheiro e que os remédios populares eram eficientes, tanto que ele buscava aos “curadores” e aos padres da companhia de Jesus para tratar da sua saúde. Essa ausência de serviços de saúde eficientes gerava a busca pelos médicos apenas nos períodos de epidemias, como foi o caso da varíola. Todavia, nessas situações, tanto médicos quanto curandeiros nada podiam fazer; aliás, era o que ocorria com as doenças infecto-contagiosas. O procedimento

era afastar os enfermos dos sadios, o que muitas vezes levava os doentes a morrerem sozinhos nas matas ao redor das vilas e dos povoados.

Já em 1808, com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil, houve mudanças na administração pública colonial, que incluiu a esfera da saúde. O Rio de Janeiro, sede provisória do império lusitano e principal porto do país, transformou-se no centro das ações sanitárias, com a intenção de mudar a imagem do Rio de Janeiro que era de barbárie e de escravidão, diante dos europeus. Em virtude disso, foram criadas, por exemplo, as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), que logo se tornaram as duas escolas de medicina no país. Nesse período, os médicos do Império e da Corte não sabiam o que fazer para evitar as doenças infecto-contagiosas que atingiam a população, como a cólera e a febre amarela. Dentre algumas hipóteses, na época, prevaleceu a ideia de que as enfermidades eram originadas por “miasmas”, ou seja, pelo “ar corrompido” que vinha do mar e pairava sobre a cidade. As medidas de prevenção eram o afastamento da Corte para as cidades serranas. Os que não podiam deviam evitar bebidas e frutas geladas, que facilitam as infecções. Outra forma preventiva eram os disparos de canhões periódicos pelas milícias para movimentar o ar e afastar os ameaçadores “miasmas” que estavam paralisados sobre a cidade (BERTOLLI FILHO, 1998).

Na verdade, como aponta Iyda (1994), a questão da saúde no período monárquico era uma questão de domínio privado, familiar ou local. Sua organização se dava de maneira muito precária e deficiente. Sem avanços na medicina da época, Bertolli Filho (1998) explica que a população lutava sozinha contra as doenças e a morte. Os mais abastados, nos casos mais graves, buscavam cuidados médicos na Europa ou em clínicas particulares que começaram a ser construídas na região fluminense. Já os pobres buscavam assistência, sobretudo, com os curandeiros negros. Além disso, os doentes tinham medo de ser instalados em hospitais públicos e nas Santas Casas⁴⁰. O tratamento e a falta de higiene faziam com que as famílias procurassem não internar seus familiares, já que a morte era o destino da maioria dos pacientes pobres. Assim, a fase imperial terminou, e o Estado não conseguiu resolver os problemas de saúde da coletividade. Mesmo que Dom Pedro II seja lembrado como o

⁴⁰ Bertolli filho (1998) conta que o primeiro hospital da Santa Casa de Misericórdia foi fundado em 1498 pela regente portuguesa dona Leonor, com a finalidade cristã de atender aos enfermos, especialmente aos mais pobres. Esse ideal foi transposto para os territórios colonizados por Portugal com a criação de Santas Casas nos principais núcleos brasileiros. A primeira Santa Casa foi criada em 1543 na Vila de Santos, e logo surgiram outras, ainda no século XVI, no Espírito Santo, na Bahia, no Rio de Janeiro e na Vila de São Paulo. Todas foram financiadas por doações decorrentes das elites regionais e por verbas públicas. Atualmente, existem centenas de Santas Casas no Brasil, sendo um dos mais importantes centros de atendimento médico à população.

monarca que incentivou a pesquisa científica, no final do Segundo Reinado, o Brasil sustentava a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta.

3.2.2 A República (1889-1930)

Em 1889, a ideia que embalava a proclamação da República era a de modernizar o Brasil a todo custo. Nesse período, houve a necessidade de modernizar a economia e a sociedade (até pouco escravista) de acordo com o mundo capitalista, fato que beneficiou a transformação dos trabalhadores do Brasil em capital humano. Pensava-se que os trabalhadores geravam as riquezas das nações e, dessa forma, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país. Foi nesse momento que a medicina assumiu a função de guia do Estado para os assuntos sanitários, com o papel de garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, como consequência, impulsionar o projeto de modernização do país. A partir da ideia do trabalhador ser o capital humano, os governos republicanos passaram a criar planos de combate às enfermidades que eram responsáveis pela redução da vida produtiva ou “útil” da população (BERTOLLI FILHO, 1998).

Nesse sentido, diz Goellner (2005), pode-se dizer que o corpo é uma construção social, cultural e histórica. Nesse momento, começam a aparecer no Brasil as características da ciência cultural do século XIX, que vai classificar e analisar o corpo em seu detalhe, de forma a legitimar sua educação com o intuito de transformá-lo em útil e produtivo. O corpo é então uma máquina produtiva de energia, de forma que as leis da termodinâmica são as que subsidiam a representação do corpo energético, ou seja, o corpo que não pode desperdiçar forças. Esse corpo que passou a ser produzido exigia alterações imediatas nos hábitos cotidianos de cada sujeito no que se refere ao cuidado de si. Havia, também, uma educação específica capaz de potencializá-lo. Percebe-se que, nesse período histórico, a educação e o cuidado de si se restringiam ao combate das enfermidades. A saúde pública nesse período, para Iyda (1994), tem como principal função a circulação e a distribuição de mercadorias, inclusive da força de trabalho estrangeira. Assim, a reprodução da força de trabalho não é a principal função.

De forma inovadora, nesse momento histórico, a participação do Estado na esfera da saúde tornou-se global – “estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade”

(BERTOLLI FILHO, 1998, p. 14). Criou-se, assim, uma “política da saúde”, que era articulada com os projetos e as diretrizes governamentais voltados para outros setores da sociedade (educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho). O nome dado a essa presença e à atuação do Estado nessas áreas é *política social*, a qual tem sido historicamente a menos privilegiada pelos governos republicanos, pois o governo privilegia os investimentos na expansão da produção em detrimento dos investimentos no melhoramento dos padrões de vida da população. Tanto nesse período, e ainda hoje em dia, conforme argumenta Helman (2009), as ameaças à saúde não podem mais ser restringidas ou tratadas somente a nível local ou mesmo nacional. No nosso mundo, que se marca por ser cada vez mais móvel e interdependente, os problemas são globais na sua origem e nos seus efeitos.

Porém, a atuação médica enfrenta o choque das ideias tradicionais (em que os ares corrompidos eram responsáveis pelas epidemias) e as teorias da medicina moderna (baseada nos conceitos da bacteriologia e da fisiologia desenvolvidos na Europa, tendo como principais divulgadores Louis Pasteur⁴¹ e Claude Bernard). Foram as faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia as que mais resistiram em aceitar as novas propostas. No entanto, aos poucos um novo campo de conhecimento começou a ser delineado no Brasil, a denominada *medicina pública, medicina sanitária, higiene ou saúde pública*, que recebia apoio da epidemiologia com seu núcleo de pesquisas das enfermidades que atingiam a coletividade (BERTOLLI FILHO, 1998). Isso mostra o que Helman (2009) defende: todos os modelos médicos tendem a mudar com o tempo, conforme novos conceitos são concebidos e novas descobertas são feitas.

Apesar das mudanças no serviço sanitário, incentivadas pelo governo republicano, os serviços sanitários estaduais que foram criados, por sua deficiência no início, pouco fizeram pela saúde da população. Ao contrário, a desorganização no âmbito da saúde facilitou a ocorrência de novas epidemias. Esta situação calamitosa fez com que os médicos higienistas recebessem incentivos do governo federal e que passassem a ocupar cargos de destaque na administração pública, com a finalidade de criar estratégias de saneamento para as áreas indicadas pelos políticos. Faziam parte da atuação desses médicos, entre outras atividades, a retificação dos rios que causavam enchentes, a fiscalização sanitária dos habitantes das

⁴¹ Os pioneiros da medicina moderna, segundo Bertolli Filho (1998) foram os franceses Louis Pasteur (1822-1895) - químico - e Claude Bernard (1813-1878) - médico. O primeiro provou que um contingente significativo de doenças eram causadas por micróbios específicos e, dessa forma, revolucionou o conceito e os métodos de atuação contra as doenças infecciosas. O último, realizando pesquisas sobre a fisiologia humana, aperfeiçoou os métodos de estudo da fisiologia.

idades, a reforma urbana das grandes cidades, assim como o incentivo à hospitalização compulsória dos doentes contagiosos e dos doentes mentais (BERTOLLI FILHO, 1998).

Nesse período, os médicos (como aqueles que parecem lutar contra a morte e as doenças), segundo Gramsci (1978, apud IYDA, 1994), conforme a continuidade da história e de sua qualificação, consideram a si mesmos como autônomos e independentes do grupo social dominante. Essa é uma falsa indução que é dada pela errônea distinção do que é considerado intrínseco das atividades intelectuais e não ao conjunto das relações em que essas atividades se encontram (e, assim, aos grupos que os personificam) no conjunto geral das relações. Conforme afirma Luz (1988), não há como separar o saber produzido cientificamente em uma estrutura social, as suas propostas na sociedade e suas proposições políticas implícitas. Qualquer corpo de saber e prática é uma constituição histórica (que não é unitária nem coerente), chegando a ser opostos, porém são sempre ligados a formas de intervenção políticas na sociedade. Claro que isso não se deu de maneira diferente na constituição do saber e da prática médica no Brasil.

Para Bertolli Filho (1998), no período seguinte - a República Velha (1889-1930) - o Brasil foi governado pelas oligarquias dos Estados mais ricos (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais), que tinham na cafeicultura o principal setor da economia. Além disso, a República Velha foi caracterizada por uma expansão da industrialização das atividades comerciais, no aumento da população urbana, na modernização, assim como pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX.

Nesse cenário, Romero (2002) diz que São Paulo foi transformada em metrópole industrial em função da acumulação de capital, da diversificação das atividades comerciais e manufatureira, e o aumento da população decorrente da imigração. Logo, tornou-se o estado que tinha maior poder de decisão na administração federal e, a partir disso, acabou investindo verbas na saúde pública (principalmente na sua capital e no porto de Santos) e ocasionando uma forte intervenção higiênica. Isso porque se as mudanças eram bem vindas pelos enormes lucros, também eram questionadas por: disseminar doenças que desorganizavam o trabalho, desestruturavam o *boom* imigratório, atrapalhavam o intercâmbio comercial e inibiam os investimentos internacionais. Mais uma vez as intervenções em saúde estão ligadas a questões políticas e econômicas.

Esses fatos ocorridos nas grandes cidades e capitais levaram, de acordo com Bertolli Filho (1998), a uma busca por apoio na ciência da higiene com a criação dos primeiros laboratórios de pesquisas médico-epidemiológicas para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas e definir estratégias para melhorar as condições

sanitárias das áreas vitais para a economia social, que eram as cidades e os portos. Enquanto isso, o meio rural foi relegado a segundo plano. Tal período foi caracterizado como a era dos institutos⁴², em que o governo, a fim de garantir a eficiência das tarefas dos higienistas e dos fiscais sanitários, fundou institutos de pesquisas ligados à estrutura de Serviço Sanitário. A eficiência dos médicos e dos institutos que se baseavam na nova concepção científica foi logo questionada⁴³.

Nessa época, segundo refere Bertolli Filho (1998), as autoridades paulistas definiram que unicamente médicos diplomados em faculdades de medicina, no Brasil ou no exterior, poderiam cuidar da saúde da população. Para garantir esta determinação, a polícia foi convocada para localizar e punir (com multas ou ameaçando de prisão) os curadores e os curiosos que atendiam à população mais pobre. Nessa fase dos institutos de pesquisa, muitos médicos atuavam como cientistas e como sanitaristas ao mesmo tempo.

Dessa forma, pode-se notar o início da segregação apontada por Tesser e Luz (2008) entre o dito científico e o não científico. Esse foi um dos primeiros momentos no Brasil em que o tratamento dos doentes que não se enquadravam nos cânones científicos e que estavam associados à missão social e ética da cura foi atribuído a especialidades que se voltam para o lado artístico da prática clínica ou para as especialidades que abordariam o sujeito em termos de sua psique, dando início à instituição da dicotomia psique-soma, que é típica na cultura ocidental. A tradição médica ocidental começou a apontar um progressivo desleixo na prática dos curadores em relação à edificação microssocial de legitimidade, de comunicabilidade e de cumplicidade, fundadoras da ancestral relação de cura e da eficácia simbólica da medicina. E, além disso, o saber biomédico desenvolveu sua extensividade em direção ao controle heterônomo, por um agente especializado e cientificizado – o que é comum na ciência.

Quanto ao Rio de Janeiro, Bertolli Filho (1998) o aponta como o principal centro de pesquisa, através do Instituto Soroterápico de Manguinhos (1899), criado com o objetivo de produzir soros e vacinas. Mais tarde, esse instituto tornou-se o Instituto Oswaldo Cruz, que é considerado um dos mais importantes centros de pesquisas médico-epidemiológicas do país. Fora da área de atuação de São Paulo e do Rio de Janeiro, quase nada foi realizado em prol da saúde, devido à escassez de recursos destinados para tal fim. Alguns institutos foram criados

⁴² Em 1982, por exemplo, foram criados os laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas, que em seguida foram ampliados e transformados respectivamente nos institutos Butantã, Biológico e Bacteriológico (este, mais tarde, denominado de Instituto Adolfo Luz). Já em 1903 foi criado o Instituto Pasteur, com a função de produzir e comercializar produtos de uso médico-veterinário (BERTOLLI FILHO, 1998).

⁴³ Em 1902, por exemplo, aumentou o número de mortes por febre amarela nas cidades de Santos, Ribeirão Preto e Sorocaba, o que iniciou uma discussão sobre a causa da doença (BERTOLLI FILHO, 1998).

em Minas Gerais, no Pará e no Rio Grande do Sul, porém a falta de investimento e as disputas políticas fizeram com que esses centros pouco realizassem para o melhoramento da saúde da população. O Rio de Janeiro foi ainda o maior alvo de ações médicas, já que, como local de entrada e de saída das exportações, tornou-se o principal ponto de mortes de estrangeiros nos primeiros anos da República Velha.

As maiores ações desse período foram coordenadas, segundo Bertolli Filho (1998), pelo engenheiro Pereira Passos e por Oswaldo Cruz. O primeiro determinou a expulsão de milhares de trabalhadores pobres que transformaram prédios antigos e decadentes da cidade carioca em cortiços. Este foi responsável pelo início do trabalho de higienização da capital através de um esquema de fiscalização das ruas e das casas que abrigavam a população do centro. As casas eram fiscalizadas pelos inspetores sanitários a fim de localizar ninhos de ratos e viveiros de mosquitos. A partir da alegação de que os morros dificultam a circulação de ares da cidade, os higienistas orientados por Oswaldo Cruz tiraram a população que habitava os morros do Rio de Janeiro destruindo as favelas, onde a prefeitura passou a fazer terraplanagem.

Um dos reflexos dessas transformações foi a diminuição dos óbitos por doenças epidêmicas na capital. São Paulo, outras capitais e as principais cidades do interior acabaram passando por uma transformação semelhante, porém mais gradual. Essas ações higiênicas fizeram decair em escala nacional os índices de mortalidade e de morbidade decorrentes de doenças que, por séculos, vitimaram as populações urbanas. O fato das condições de vida das pessoas serem fundamentais para a saúde é evidente nos dias atuais, mas pelo que se percebe nesse período da República, a dimensão pessoal dos indivíduos não era considerada. Referindo-se às condições de vida e saúde da população Inês, diz que:

[...] temos que avaliar [...] que conhecer a pessoa, o ambiente, como vive, em que trabalha! Expõe-se ao frio, está mais resguardada [...] tem contato com ambientes fechados, com muitas pessoas? Então, é um monte de dado [...] [...] para ver como é que é o sistema imunológico da pessoa. Ela tem um sistema imunitário forte, como é que tu avalias isso? Tu fazes um exame... tu gripas todos os anos? Quantas vezes? Tu tens filho pequeno em casa [...] que vem de uma creche e te traz...? Tu és professora? Ou és um profissional que fica num gabinete só... limpas ele, aspira, então não tem nem ácaro. [...] são levantamentos que são feitos [...] para situar. Quer dizer, um casal jovem de filhos pequenos que a criança está na creche, está vai gripar 8 vezes por ano e os pais vão gripar umas 4. Se o sistema imunológico deles for bom. Quer dizer, 50% vai reagir, mas se estiver num momento [...] com mais estresse, se alimentando mal, ou num ambiente com muito frio, tudo fechado, aí vai fazer gripe, sinusite. Se ele tiver algum período de muito trabalho, também! Sabemos que trabalho intelectual gasta muita energia. O dormir pouco também. Às vezes, a pessoa diz: “aí, eu ando dormindo 5, 6 horas por noite”. É muito pouco, principalmente [...] no inverno, em que as pessoas deveriam dormir 9 horas. E bem

agasalhadas, num ambiente confortável, que tivesse uma temperatura adequada, em torno de 26, 27 graus. Quem é assim?

Essas medidas coercitivas serviram para o controle das massas. Iyda (1994) afirma que, embora as campanhas sanitárias tenham sido incorporadas como método de ação fundamental, a saúde pública busca, como todo regime político da época, um novo controle de mecanismo social, que é a educação. A esta foram integrados valores liberais de constituição do Estado burguês. As campanhas educativas são determinadas por interesses comerciais e financeiros e não de interesses propriamente produtivos.

Nesse período, a Faculdade de Medicina de São Paulo chama atenção por, além de se constituir como um centro formador de profissionais em saúde, expandir sua missão. Seus membros defendiam, conforme cita Romero (2002), que a saúde da população estava diretamente ligada ao grau de civilização (ser civilizado era estar de acordo com as normas de produção capitalista) atingido pelo país. Com a finalidade de colocar o Brasil entre as nações viáveis, a ideia era criar condições de erradicar as doenças epidêmicas através de pesquisa, da produção de vacinas, campanhas educativas e do empenho na mudança de comportamento e da visão em relação ao que seria ideal para o país. Dessa forma, ampliaram a definição de saúde, assim como suas práticas (oriundas da medicina higiênica) a todos os ramos da vida cotidiana e passaram a se considerar médicos e, também, cientistas sociais.

Por essas ideias que os médicos da Faculdade de Medicina entram no debate intelectual brasileiro da época, que dizia respeito aos problemas a partir da passagem da condição do escravo para homem livre, à entrada espantosa, no Brasil, de trabalhadores europeus e à mestiçagem que compunha grande parte da população. A mestiçagem era ponto de discussão importante, pois ia de encontro aos princípios científicos da época, que previa um futuro triste para o povo que se originasse do cruzamento das raças. Para eles, a população de negros e caipiras que vinham para a cidade e a de imigrante era considerada como “degenerada, suja, doente, vagabunda, revoltosa, que usufruindo perigosamente de ir e vir, ameaçava todo o corpo social, insinuando-se no seio mesmo da elite, pelas doenças que transmitia e pelos imundos cortiços que fazia brotar nos bairros residenciais” (ROMERO, 2002, p. 21). Enfim, os médicos tiveram uma atitude inovadora - discutiam algumas das questões que compunham o problema da construção da nação brasileira após a Proclamação da República. Este olhar sobre o social, nesse e em outros períodos foi possível graças à vitória espetacular da ciência moderna como produtora oficial de verdades e, também, a cientifização contínua da medicina, a partir do século XIX, que, como aponta Tesser e Luz (2008), foram importantes na construção da tradição médica atual.

Ainda que na República Velha tenha ocorrido a redefinição dos conceitos epidemiológicos somados à atuação dos institutos de pesquisa, a maior parte das oligarquias estaduais não se dispunha a gastar com os órgãos da saúde pública. Em virtude disso, muitos brasileiros, especialmente os do interior do país, continuavam a sofrer muitas enfermidades de caráter endêmico (BERTOLLI FILHO, 1998). Em 1918, por exemplo, a população rural do Brasil era cerca de 20 milhões de habitantes. Desses, 17 milhões eram enfraquecidos pelos parasitas intestinais, 03 milhões manifestavam a doença de chagas, 10 milhões a malária e 05 milhões eram tuberculosos. Juntando-se a esse quadro, em que as pessoas geralmente manifestavam mais de uma enfermidade, havia o alcoolismo e a subnutrição, que caracterizavam o homem rural como um homem doente. Daí que surge a conhecida imagem do personagem Jeca Tatu de Monteiro Lobato. Já nas cidades, as doenças da época anterior à proclamação da República ganharam novas e mais trágicas dimensões em decorrência da chegada de imigrantes e da pobreza. O aumento continuado da população urbana fez crescer o número de cortiços e de favelas, assim como o de doentes.

Helman (2009) diz que a OMS considera a pobreza extrema como a maior causa de problemas de saúde e de sofrimento em todo o planeta. Aliada às desigualdades sociais, a pobreza é a origem da maior causa de problemas físicos e mentais de saúde. Além disso, a superpopulação é dos problemas mais graves, que tem como fenômeno paralelo o aumento maciço da urbanização. A urbanização não vem sozinha, mas sim com o crescimento do número de *pobres urbanos*, que vivem geralmente em favelas ou em assentamentos ilegais às margens das cidades, lutando contra inúmeros problemas de saúde, muitas vezes piores do que aqueles enfrentados pela população pobre da área rural. Esses problemas têm, em grande parte, sua origem em dois fatores combinados: no subdesenvolvimento, por exemplo, com a desnutrição e as doenças infectocontagiosas, e no desenvolvimento, com a poluição e o ruído.

Em síntese, na República Velha, as elites econômicas foram beneficiadas com as transformações urbanísticas e sanitárias que surtiram efeito na higiene pública. Já as camadas mais pobres continuaram a viver em condições precárias, residindo em cortiços, e a ser a maior vítima das enfermidades que passaram a se tornar raras entre os grupos mais abastados (BERTOLLI FILHO, 1998). A situação não foi mais grave porque a população se solidarizou, formando hospitais de emergência e cozinhas populares para a distribuição de alimentos. Como defende Diz Berlinguer (1987), a saúde é um direito da pessoa e também um interesse da comunidade, mas como esse direito é sufocado e o interesse é descuidado, existe o que ele chama de consciência sanitária – a qual se caracteriza por ser uma ação de âmbito individual e coletivo para alcançar esse objetivo.

Somando-se a esse quadro, as intervenções médicas causavam desconfiança e medo na população, situação que ficou mais tensa com a lei que, em 1904, tornou obrigatória a vacina contra a varíola. O povo assustado reagiu contra o processo de vacinação em massa porque nunca tinham passado por um processo semelhante e por desconhecer o material e a qualidade empregada na composição para a imunização. Junta-se a isso o fato de muitos não concordarem com a situação a que as moças eram submetidas – terem de levantar a manga da blusa para um desconhecido aplicar a vacina. Junto ao povo, grupos de restauração monárquica, militares positivistas e médicos homeopatas entram na luta contra a vacina, cada qual por seus motivos peculiares, porém não cabe aqui aprofundar a temática dessa revolta (BERTOLLI FILHO, 1998).

Apenas é importante salientar que novamente as questões políticas estão envolvidas no processo histórico da medicina e que a população tinha suas desconfianças nessa medicina e um desconhecimento de seus procedimentos. Além disso, como aponta Bertolli Filho (1998), a revolta foi um momento importante, pois exigiu que o Estado e a medicina buscassem outras formas de relacionamento com a sociedade, experimentando, por isso, nos anos seguintes, formas diferentes de organização das ações em prol da saúde coletiva.

3.2.3 A Era Vargas (1930-1945)

Bertolli Filho (1998) conta que Getúlio Vargas foi investido na Presidência da República através da Revolução de 1930 e logo promoveu uma reforma política e administrativa para afastar os líderes da República Velha. Em 1934, foi aprovada uma nova Constituição pelo Poder Constituinte. Vargas tentou centralizar o governo e bloquear as reivindicações sociais. Para tanto, recorreu a medidas populistas, através da qual se apresentava como o pai da sociedade, provendo o que considerava ser indispensável aos cidadãos. Uma das reformas realizadas por Vargas foi no Ministério da Educação e da Saúde, que remodelou os serviços sanitários do país com a finalidade da burocracia federal assumir o controle desse serviço. Essa medida foi bem aceita pelas áreas do país onde a assistência médica-hospitalar era precária, pois dava a esperança de melhorar esse quadro. Situação contrária aconteceu nos Estados mais ricos, que possuíam serviços de saúde organizados, os quais viam a medida como centralizadora e desnecessária.

Na realidade, Bertolli Filho (1998) explica que onde haviam os serviços organizados e depois, em escala menor, nos outros Estados da federação, o fim da experiência descentralizadora levou ao abandono do tratamento de algumas moléstias (tuberculose, doenças da infância, acompanhamento às gestantes) para dar atenção àquelas determinadas pelo Estado (tracoma, lepra, ancilostomose). As decisões sanitárias deixaram de ser tomadas pelos médicos (que foram intimidados para não se manifestar) e passaram para os políticos e burocratas. A partir daí, a comunidade médica passou a se preocupar com a criação de um código deontológico⁴⁴ - o Código de Moral Médica – com a finalidade de expandir os privilégios e benefícios da própria categoria.

A criação desse código possibilitou a legitimidade do pertencimento a uma corporação. Esta legitimidade, segundo Tesser e Luz (2008), é a base da impunidade nas relações dos curadores com os doentes, que se aliou à ideologia da eficácia técnica “comprovada” (refinada pelo efeito placebo) e à grande proliferação de tecnologias diagnósticas “duras”, que passaram a se colocar entre o curador e o doente. Nesse sentido, pode-se dizer que na medicina há um desequilíbrio entre a lógica racional (centrada no saber) ou teórica e a sintética ou intuitiva ou “artística” (portadora de saberes historicamente constituídos, com seu objetivo principal voltado à missão curadora de acolhimento e de mobilização dos doentes de forma a orientá-los e tratá-los individualmente). Em resumo, segundo alguns dos entrevistados, as leis na medicina servem para “garantir mercado, principalmente no mercado profissional. Não é questão, vamos dizer assim, do que é melhor ou pior, não é o caso” (Inês).

Além de a medicina achar uma forma de garantir sua legitimidade, Vargas também precisou de meios para fazê-lo. Após a criação do Estado Novo, que foi implementado pelo golpe de 1937, a população urbana foi cada vez mais alvo da política populista e autoritária de Vargas. Nesse contexto, conforme aponta Bertolli Filho (1998), a consolidação de uma legislação social⁴⁵ com a garantia de mais direitos para os trabalhadores urbanos foi necessária para a obtenção do apoio social e político na busca de legitimação do Estado

⁴⁴ Um código deontológico se caracteriza por um “conjunto de princípios organizados pelas associações médicas, que definem a ética médica, isto é, os direitos e os deveres dos clínicos e cirurgiões em relação aos pacientes, aos colegas de profissão e à sociedade em geral” (BERTOLLI FILHO, 1998, p. 32).

⁴⁵ Graças a esse modelo de atuação de Vargas, ele começou a ser chamado de “pai dos pobres”, visto que sua atuação representou avanço em relação à República Velha, ainda que muitos brasileiros, no campo e na cidade, permanecessem sem garantias legais de acesso aos serviços de saúde. Dentre as garantias aos operários, pode-se citar em 1934 e nos anos seguintes - a assistência médica, a licença-remuneração à gestante trabalhadora, a jornada de trabalho de oito horas, o salário mínimo, o estabelecimento das leis do trabalho na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, com a obrigação do pagamento do salário mínimo, a indenização aos acidentes, o tratamento médico aos doentes, o pagamento das horas extras, as férias remuneradas – a todos os possuidores de Carteira de Trabalho. Com isso, o setor previdenciário sofreu expansão no decorrer dos anos, de modo a se transformar na principal fonte de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos (BERTOLLI FILHO, 1998).

ditatorial. Alguns dos direitos foram as caixas de aposentadorias e pensões e os institutos de previdência. Tais órgãos garantiam assistência médica à boa parte da população urbana, sem que a administração federal tenha gastos. Não se enquadravam aí os operários que não tinham carteira assinada, posto que não podiam contribuir à caixa de sua categoria profissional, restando apenas o apelo à caridade pública para cuidar da saúde.

Iyda (1194) lembra que a negação das condições sociais gera o aparecimento das doenças. Nesse espaço, onde há impossibilidade de solução dos problemas geradores de doenças e, logo, de gerar saúde, é que a saúde pública surge como uma possibilidade. Foi assim que, segundo Bertolli Filho (1998), nos primeiros anos de República teve início um movimento de educação na área da saúde, com a finalidade de conscientizar a população da necessidade de alterar os hábitos tradicionais de anti-higiene. Esses hábitos eram considerados como facilitadores da disseminação de doenças, sobretudo as de caráter infecto-contagioso. No início, as campanhas davam-se por meio de cartazes, pouco atingindo a população, já que a maioria era analfabeta; mais tarde passou-se a divulgar a campanha através das emissoras de rádio de todos os Estados. No período do Estado Novo, foram criados serviços especiais para a educação popular, que aliavam técnicas pedagógicas e de comunicação com os princípios da medicina sanitária. Porém, muitos conselhos sanitários⁴⁶ voltados à população tinham como base os princípios eugênicos difundidos desde a República Velha. Tais princípios consideravam que a qualidade racial dos brasileiros era um dos principais motivos das moléstias e da miséria do país.

Esses pensamentos eugênicos tinham como fonte as linhas de pensamento do século XIX de abordagens naturalistas e positivistas, tendo como base a ideia de haver uma homologia entre o mundo natural e a humanidade, ou seja, de tentar modelar a conduta social de acordo com a conduta da natureza. Assim, segundo Saliba (*in* ROMERO, 2002), a eugenia deslocava a causa das desigualdades humanas do plano da sociedade para o plano da natureza. As vítimas eram as culpadas por todas as iniquidades e anomias sociais. Essa foi a ideia de pureza assumida pelo nazismo. Porém, a eugenia apresenta seus defensores mais ou menos moderados, que vão desde hereditarianistas (que se propunham a esterilizar deficientes e doentes ou pobres) até idealistas fabianos (que esperam persuadir pessoas mais inteligentes e cultas a terem mais filhos).

⁴⁶ Os conselhos sanitários permutavam ensinamentos higiênicos e textos que apresentavam a Alemanha como uma nação desenvolvida por ser constituída por uma “raça pura”, composta de arianos – faziam assim uma sutil apologia ao regime nazista. Isso se deve porque os conselhos tinham inspiração fascista e não racista (BERTOLLI FILHO, 1998).

O que importa salientar aqui, é que nesse período (da República Velha até a Era Vargas), as ideias eugenistas perpassaram as concepções de técnicos, políticos, intelectuais e também de médicos em relação à saúde pública. Em São Paulo, por exemplo, os médicos acreditavam que:

Construir a nação civilizada era uma tarefa a ser realizada por uma elite, devidamente instrumentalizada pela medicina para as novas tarefas impostas pelo desenvolvimento industrial. Esta habilidade para prover a saúde dos corpos contribuiria para adestrar as mentes, adequando comportamentos, impondo novos hábitos, novas maneiras de ver o mundo, criando distinções claras entre as classes sociais, separando-as para além da detenção de riquezas, eliminando tudo que puderem ter em comum. Mesmo nas pequenas atitudes, a elite deveria dar a conhecer a sua enorme diferença com relação às outras classes. Vencido esse aprendizado de autocontrole, disciplina, economia de gestos, ela estaria pronta e apta para conduzir o país (...). Mas para edificar uma nação civilizada era necessário também considerar o conjunto da população. Assumindo as teorias deterministas que ligavam o progresso de um país às características da raça humana que o compunha (...) os brasileiros eram na sua maioria inferiores em razão do forte cruzamento entre sangues de qualidades diferentes (ROMERO, 2002, p. 22)

Em oposição a essas concepções, Bertolli Filho (1998) relata que, a partir de 1942, houve uma imediata alteração do teor dos conselhos sanitários, que passaram a adotar o modelo norte-americano, inclusive no setor da saúde. Isso porque, nesse ano, Vargas juntou-se aos Aliados na Segunda Guerra Mundial, entrando em guerra com as forças do Eixo (Alemanha, Itália, Japão). Os educadores brasileiros desse período passaram a divulgar os serviços médicos e os hábitos de saúde norte-americanos como garantia de bem-estar físico e mental para a população brasileira, por exemplo, com propagandas sobre a qualidade nutritiva de alimentos elaborados por empresas norte-americanas, como o iogurte e o hambúrguer.

Mesmo assim, parece que cada vez mais, como diz Tesser e Luz (2008), o saber terapêutico da medicina passou a se centrar no combate e no controle das doenças, afastando-se dos pacientes e de suas vidas. Dessa forma, de modo progressivo, foi se tornando padronizado, em um processo caracterizado pelo apagamento e pela desindividualização da ação da biomedicina em relação aos seus pacientes – sujeitos reais. Pode-se dizer que houve uma passagem a seres cada vez mais vistos como unidades homogêneas.

Além disso, como aponta Luz (1996c), a idéia de progresso e superação (que fez parte da racionalidade científica nos últimos 03 séculos) provocou a compreensão crescente e dominante segundo a qual a história do saber humano se dá através de rupturas e superação, de modo que o passado fique ligado à noção de atraso, enquanto o futuro se volta à ideia de inovação. O presente nada mais é do que uma ponte de ligação transitória entre um e outro. Esta visão é ideológica, pois o passado (que nada mais é do que os traços históricos vividos e

considerados superados, em um instante determinado de um saber-prática específico – como na medicina) nunca desaparece totalmente. Ao contrário, agrega-se aos novos conhecimentos ou teorias, de forma subordinada (nas teorias) ou implícita (nas práticas e técnicas).

Em resumo, a era Vargas teve uma significativa diminuição das enfermidades epidêmicas (mais visível nos grandes centros do sudeste e sul do Brasil), mas, em contrapartida, elevaram-se as doenças de massa (que chegam a atingir milhões de pessoas). Nesse quadro estabelecido de doenças endêmicas, está a esquistossomose, a doença de Chagas, a tuberculose, a hanseníase, as doenças gastrointestinais e as sexualmente transmissíveis. Pode-se dizer que, mesmo com a expansão da cobertura médico-hospitalar e das novas técnicas para o controle das endemias rurais, o Brasil manteve o *status* de um dos países mais enfermos do continente (BERTOLLI FILHO, 1998). Isso porque o investimento no setor da saúde continuou sendo muito baixo.

Para Iyda (1994) a explicação real para isso está voltada para fatores econômicos e políticos (nacionais e internacionais), sendo as questões orçamentárias apenas consequências. Essa falta de prioridade tem sua origem na falta de caráter estrutural da saúde pública. Foi dessa forma que a moderna assistência médica se transformou, de acordo com Porter (2008), em uma gigantesca indústria de serviços dos setores estatal e também do privado.

3.2.4 A democratização do Brasil (1945-1964)

Essas críticas ao governo em relação à área da saúde, assim como a falta de hospitais, o fato dos doentes serem apresentados como párias da sociedade (inimigos do país por não trabalhar e exigir assistência médica e tratamentos gratuitos) ocasionaram protestos de agitadores. As manifestações populares, impulsionadas pela vitória dos Estados Unidos e dos Aliados na Segunda Guerra Mundial, resultaram na deposição de Vargas em 1945, e, já no ano seguinte, levou à elaboração de uma Constituição Democrática de inspiração liberal. Ainda que sob um regime democrático, com eleições diretas para os principais cargos políticos, com o pluripartidarismo e com a atuação livre da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos, foi mantida a política populista inaugurada por Vargas (BERTOLLI FILHO, 1998).

Em 1946, assumiu o presidente Eurico Gaspar Dutra, que teve como prioridade organizar o serviço público no país. No entanto, a herança do governo anterior – a ineficiência burocrática – e as disputas entre os grupos políticos atrapalharam as reformas

desejadas pelo governo e pela sociedade. Os jornais anunciavam que na esfera da saúde a realidade continuava como durante a ditadura. Em 1953 (segundo período presidencial de Getúlio Vargas), foi criado o Ministério da Saúde, que continuou a receber verbas insignificantes, fato que reafirma o descaso das autoridades com a saúde da população. Tal falta de dinheiro para a saúde coletiva impedia uma atuação eficaz do Estado, pois faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimentos e, sobretudo, ânimo aos servidores (BERTOLLI FILHO, 1998). Consequentemente, o Ministério da Saúde, por suas dificuldades técnicas e operacionais, pouco atuou na redução dos índices de mortalidade e de morbidade das doenças que se tornavam impedimento para o trabalho e para a vida das pessoas.

Além dessas dificuldades do Ministério da Saúde, Bertolli Filho (1998) aponta outro fenômeno que interferia na política oficial de saúde - o clientelismo – caracterizado pela troca de ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais de saúde e vacinas (em número, muitas vezes, superior à necessidade do local) por votos e por apoio no período eleitoral. Enquanto isso, outras áreas se mantinham sem assistência médico-sanitária. A situação do Brasil nesse período - apesar da diminuição da incidência das doenças infecto-contagiosas e parasitárias na maior parte do país – apresentava um índice de mortalidade muito acima dos países desenvolvidos, o que dava ao Brasil, mais uma vez, o título de um dos países mais doentes do mundo. No final da década de 40, os sindicatos forçaram o governo a reformar a legislação previdenciária. Com isso, a Previdência avocou a prestação de assistência médico-hospitalar aos trabalhadores, mas com queda na qualidade dos serviços, ou seja, aumentou o número de trabalhadores e de dependentes com direito ao tratamento de saúde, os salários e pensões pagas aos indivíduos temporariamente afastados do trabalho em decorrência de doença e a porcentagem destinada ao pagamento de tratamento médico, mas, em grandezas inversamente proporcionais, as condições das administrações dos órgãos previdenciários eram cada vez mais precárias.

Para Teralolli JR (1997), a forma como as sociedades humanas são organizadas explica a maioria dos problemas de saúde (como as doenças transmissíveis e as epidemias). Durante as epidemias, as relações entre saúde e sociedade aparecem com maior clareza, assim como as desigualdades sociais e econômicas se sobressaem de forma mais contundente quando um indivíduo adoece ou morre. Além disso, dentro de um mesmo país, as doenças transmissíveis nunca atingem a população de modo homogêneo, sendo que os mais afetados são os mais pobres.

O setor privado da medicina, frente esses fatos, começou a pressionar o governo federal a não construir mais hospitais e a apoiar a ampliação da rede privada de saúde. Novamente no cenário nacional o governo garantiu privilégios para os grupos privados que prestavam serviços médicos hospitalares. Os maiores beneficiados com essas verbas não era a população, e sim os deputados, que muitas vezes também eram sócios de clínicas e hospitais privados. Por outro lado, na década de 60, as dificuldades em gerenciar os institutos e o volume de queixas de trabalhadores levaram o Estado a buscar redefinir as administrações e os serviços oferecidos pelas agências previdenciárias, criando para isso a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops). Com esta lei, todos os trabalhadores passaram a pagar a mesma contribuição ao instituto com o qual estavam vinculados. Esta medida, contudo, não foi capaz de garantir o equilíbrio financeiro e a melhoria dos serviços oferecidos pelos institutos (BERTOLLI FILHO, 1998). A criação e o desenvolvimento da Previdência Social no Brasil geram ao mesmo tempo o sentido de aquisição de direitos sociais dos assalariados, mas por outro lado mostra-se como parte de um processo de reatualização do Estado em relação às condições necessárias para preservar e gerar desdobramentos na ordem social capitalista (DONNANGELO, 1975).

Outra dificuldade do período foi o precário atendimento à infância, que contrastava com a euforia desenvolvimentista dos anos 50 e 60. Em decorrência de tal situação, o índice de mortalidade era altíssimo, sobretudo nas capitais que cresceram muito com o êxodo rural de 1945. Uma das causas dessa situação era o desconhecimento das regras básicas de higiene e a falta de sistemas de tratamento e distribuição de água e esgoto. Essa questão levou o Ministério da Saúde a buscar novos e eficientes programas voltados para a assistência às crianças. Em decorrência disso, houve um aumento no número dos serviços de higiene infantil e dos postos de puericultura, que agregavam em suas atividades o acompanhamento, a vacinação e a assistência às mães. Porém, apesar deste quadro, até meados de 60, pouco foi feito pelo alargamento dos sistemas de saneamento básico. A fome⁴⁷ era outro ponto que assolava os brasileiros, o que os tornava vulneráveis às enfermidades e à morte (BERTOLLI FILHO, 1998).

⁴⁷ A fome acabou por se tornar assunto de interesse público, sendo o médico Josué Castro um dos principais incentivadores dos debates. O nordeste foi o principal foco dessa discussão, chegando a tornar-se foco da atenção mundial por ter seus problemas várias vezes divulgados pela imprensa. A partir de 1955, com a criação, no nordeste, das Ligas Camponesas (liderada por Francisco Julião, objetivavam lutar pelo melhoramento das condições de vida do povo, assumindo assim a luta contra a fome, a doença e a exploração exercida pelos latifundiários da região), as críticas contra o governo ganharam maior intensidade. As manifestações não se limitaram ao nordeste, surgindo em todos os pontos do país. A violência foi o instrumento usado para conter os protestos. No meio dessa agitação nacional, difundiu-se a politização da atividade de médicos e epidemiólogos (BERTOLLI FILHO, 1998).

A medicina passou a ser interpretada nesse momento como uma prática social capacitada para, através do meio político, lutar a favor do bem-estar coletivo. A convergência entre o desejo dos médicos e da população colocou a questão sanitária em destaque nas reivindicações dos trabalhadores urbanos e rurais. As dificuldades do presidente João Goulart, que estava comprometido com o programa de Reforma de Base, em conciliar o interesse da população e a garantia de apoio dos grandes latifundiários foi um dos pontos que levou a um novo período ditatorial no Brasil (BERTOLLI FILHO, 1998).

3.2.5 O Regime Militar (1964-1985)

A democracia populista teve fim no dia 31 de março de 1964, devido a um golpe de Estado conduzido pelos chefes das Forças Armadas. Os motivos alegados para tal ato foram os de combater a corrupção e o avanço comunista e, ainda, garantir a segurança nacional. Para alcançar seus objetivos, os militares impuseram ao país um regime ditatorial e puniram e perseguiram as pessoas que iam de encontro ao movimento autoproclamado de Revolução de 64. Entre as pessoas perseguidas, estavam os líderes que lutavam pelas melhorias das condições de saúde do povo brasileiro. Outras atitudes dos militares foram o fim dos partidos políticos, permanecendo apenas dois (Aliança Renovadora Nacional - Arena - que defendia os interesses da ditadura e o Movimento Democrático Brasileiro – MDB – a oposição admitida ao regime) e a centralização do poder pela administração pública, com privilégio da autonomia do Poder Executivo em detrimento da atuação do Legislativo e do Judiciário (BERTOLLI FILHO, 1998).

Sob a guarda da ditadura, a democracia foi dominada pelos tecnocratas, civis e militares, que se uniram sob o lema “Segurança e Desenvolvimento”. Este lema foi responsável, em parte, pelo “milagre econômico” no período entre 1968 e 1974, que se caracterizou, na concepção de Bertolli Filho (1998):

- A) Pelo aumento do Produto Interno Bruto (PIB), quando o Brasil ocupou o lugar de 8ª potência do mundo;
- B) Pela modernização da estrutura produtiva nacional e pela inibição das conquistas salariais.

Porém, esse milagre econômico formulou a ilusão do desenvolvimento nacional, pois, ainda que tenha ocorrido pela modernização da estrutura produtiva nacional, ele também teve

origem na diminuição de compra dos brasileiros em virtude da minoração do salário mínimo. Esse falso crescimento econômico acelerado somou-se a outras ideias usadas pelos militares para criar a convicção de que o projeto governamental estava dando certo. Foi assim que as conquistas esportivas (como o tricampeonato de futebol conquistado na década de 70) e o sucesso obtido pela medicina (por exemplo, o primeiro transplante de coração da América Latina em 1968) foram divulgados pela ditadura, para confirmar que esses eram os tempos do “Brasil grande”. O que não foi divulgado é que esses também eram os tempos difíceis da repressão política e policial, assim como do desrespeito aos direitos humanos e da desonra dos direitos de cidadania (BERTOLLI FILHO, 1998). Em relação à saúde, alguns dos primeiros efeitos da administração pública militar sobre o Ministério da Saúde foram:

- A) O decréscimo das verbas reservadas à saúde pública;
- B) A restrição quase total do Ministério à elaboração de projetos e programas, delegando à Educação e Cultura parte das tarefas sanitárias;
- C) A ordem do Ministério se responsabilizar pela saúde como elemento individual, de forma que partes dos seus recursos foram destinadas a pagar serviços de hospitais particulares destinados aos doentes pobres e as campanhas de vacinação. Estes acontecimentos resultaram na sobra de pouco dinheiro para investir no saneamento básico e na elevação dos índices de enfermidades (como a dengue, a meningite e a malária), fato que foi negado pela ditadura quando na década de 70 essas doenças se tornaram epidemias.

Bertolli filho (1998) cita que em meados de 1974, com o súbito aumento da meningite, foi admitida a existência de uma epidemia. No entanto, a epidemia de meningite foi divulgada como tendo ocorrência menor no Brasil, em relação a outros países e, além disso, sua origem foi desvinculada das condições de vida da população. A atitude adotada pelo regime militar, de 1974 até 1977, foi de vacinar a população em massa, com a finalidade de combater a doença e, conseqüentemente, o pânico da população. Anteriormente a esse período, em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi responsável pela unificação dos órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930 - essa foi a forma que o Estado encontrou para garantir seu controle. O INPS passou a ser subordinado ao Ministério do Trabalho, assumindo o compromisso e os patrimônios que o antecederam.

Essa situação gerou um sistema dual na saúde: por um lado, o INPS passou a tratar dos doentes de forma individual e, por outro, o Ministério da Saúde passou a elaborar e executar programas sanitários e assistir à população durante as epidemias. O lugar do Estado era de

único coordenador dos serviços médicos, das aposentadorias e das pensões (para as famílias dos trabalhadores, que pagavam uma porcentagem do seu salário mensal) (BERTOLLI FILHO, 1998). Com a finalidade de exemplificar a situação da medicina nesse período, apresenta-se o recorte de entrevista de uma das médicas entrevistadas, a qual mencionou sobre sua formação e as dificuldades que enfrentou enquanto aluna e enquanto profissional em virtude da ditadura. Nessa passagem, aparece mais uma vez a categoria 6. *Caminho da medicina ao floral*, ou seja, são descritos fatos da vida da entrevistada que a impulsionaram ao início da atuação com floral.

[...] me formei em 74. Então, tu imaginas o que era o ensino em 68, era um [...] Brasil abaixo de ditadura. Era quase impossível não fazeres uma opção política, mesmo dentro da universidade. [...] eu fiz minha opção. [...] mais tarde acabei sendo demitida por motivos políticos. E aí acabei deixando o mestrado, porque a minha vida virou de cabeça pra baixo [...]. Também, fui demitida de um emprego, porque eu estava fazendo 10 anos e era chefe, ganhava muito e os caras achavam que eu ia completar estabilidade e não iam poder mais me botar pra rua. E o outro lugar onde trabalhava era excelente, fechou! Resultado [...] tive que criar coragem [...] sentar no consultório emprestado e começar a trabalhar com floral. Eu continuava com gastro, mas eu tive que começar a trabalhar com floral. E aí a coisa começou a crescer e foi uma coisa que estava faltando. [...] Um pouco tinha a coisa da novidade, era o boom [...] das alternativas, para uma coisa de espiritualidade que de repente começou a surgir com credibilidade. Porque, até aquele momento, era considerado um mundo meio mágico, de umbanda, tudo em termos pejorativos, na verdade começou, foi nesse momento. (Helena).

Logo, nesse período, houve uma elevação do índice de segurados e das atividades médicas subordinadas ao Estado, o que ocasionou o envolvimento de quase todos os clínicos e das unidades hospitalares na rede previdenciária. De acordo com a Constituição de 1967, o Estado estava incumbido de apoiar as atividades privadas. Para isso, fez convênios com 2.300 dos 2.800 hospitais do Brasil, utilizando o setor privado para atender os trabalhadores. Esse serviço acabou se mostrando frágil devido aos baixos salários recebidos pelos serviços médicos-hospitalares e à demora no repasse das verbas do INPS aos profissionais e hospitais. Enquanto isso ocorria na relação do Estado com as redes conveniadas, os hospitais e clínicas recorriam às fraudes, que aumentaram em número, com a finalidade de receber aquilo que consideravam seu de direito e muito mais. Como consequência, houve prejuízos materiais e, principalmente, a degradação dos serviços prestados à classe trabalhadora (BERTOLLI FILHO, 1998).

Segundo Iyda (1994) pode-se dizer que a saúde pública, como parte do aparelho do Estado, é uma das formas de objetivação através de suas instituições, as quais dão destaque à vida cotidiana e ao ordenamento jurídico, que é responsável pela regulação da sua

manifestação racional-formal e burocrática. Mas, além disso, cotidianamente se mostra com seus atos, suas decisões, ações e instituições, isto é, com um conjunto de normas ou regras, as quais são legalmente sancionadas, de forma que a estrutura que a determina permanece oculta. Sua forma de atuação reiterativa e imediata reproduz regularidades e é reforçada por meio da continuidade das administrações, impregnando a consciência dos sujeitos, de maneira que a transforma na única forma de realidade que existe, de forma natural e independente dos seres humanos.

Esse modelo de saúde pública e o cartesianismo são dois dos aspectos que prevalecem na díade saúde-doença. Nas entrevistas analisadas, alguns dos médicos apontam que, por esses dois aspectos estarem aliados, a exclusão das medicinas complementares acaba se dando com maior ênfase no setor da saúde. Isso porque há a crença na eficácia do método, que funciona, mas que não dá conta da grande variedade do sofrimento das pessoas. E, também, porque há um interesse econômico e político que envolve a medicina, a indústria farmacêutica e o Estado. Dessa forma, as técnicas complementares de saúde, que geralmente são menos dispendiosas economicamente e estão fora da racionalidade ocidental, ficam, em geral, excluídas das práticas públicas e médicas de saúde.

[...] o método cartesiano já não avalia quase nada, porque ele é dual, é bom ou é ruim. [...] Hoje em dia todas as coisas estão dentro de um sistema complexo, que a gente tenta entender. Por que não querer entender tudo? Por que não querer trazer a luz⁴⁸, [...] se for bom pras pessoas, ser bom pra que possam ter uma qualidade de vida maior e adoecerem menos... mas, acho que temos que entender uma coisa maior, que é [...] uma globalização de mercado, de interesses econômicos que impedem. Ninguém é bobo [...] toda pessoa razoavelmente inferida academicamente sabe que o que nos move é o dinheiro. E que não deveria... não [...] que eu seja contra que se manipule dinheiro! Mas, que ele não possa ser [...] o fator mais importante, que possa ser o fator de troca. Porque, realmente, as coisas que são viáveis, eficazes e [...] com fundamento, que possam vir à luz do conhecimento e que todos possam manipular! Possam [...] se beneficiar de um outro sistema que seja bom. E o sistema floral é muito bom (Inês)

Na década de 70, surgiu a chamada medicina de grupo, que para Bertolli Filho (1998) tinha o objetivo de melhorar o atendimento aos trabalhadores e de reduzir o tempo de licença dos funcionários doentes. Para tanto, as grandes e médias empresas passaram a fazer contratos com grupos médicos e deixaram de pagar o INPS ao Estado, substituindo assim os serviços deste. O governo, além de aceitar a troca para o atendimento privado, passou a pagar subsídios a essas empresas. Juntas, as fraudes ao INPS e a medicina de grupo tornaram-se uma ameaça ao funcionamento do INPS. Como que para resolver esse dilema e conter as

⁴⁸ A entrevistada refere-se aos florais e a outras técnicas complementares de saúde.

críticas que atingiam o regime militar, o governo criou algumas soluções, que, apesar de suas deficiências, conseguiram expandir a assistência médica individual e o número de leitos hospitalares, o que repercutiu na queda do índice geral de mortalidade. Ainda assim, em 1979, apenas o Haiti, a Bolívia e o Peru estavam atrás do Brasil no índice de países mais enfermos da América Latina. Esses ganhos na saúde, segundo o autor, devem-se à implementação:

- A) Do Ministério da Previdência e Assistência Social (MAPS), que incorporou o INPS – antes pertencente ao Ministério do Trabalho – com a promessa de garantir atendimento aos segurados e com a função de garantir o pagamento dos hospitais (conveniados ou não) que atendiam aos trabalhadores;
- B) Da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) - para tentar dominar a evasão de recursos;
- C) Do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) – ampliava os direitos previdenciários aos trabalhadores do campo;
- D) Do Plano de Pronta Ação (PPA) – a fim de acelerar o atendimento dos casos médicos de urgência;
- E) Do sistema Nacional de Saúde, em 1975 - com a função de diminuir os custos e tornar mais eficazes as ações nacionais de saúde.

Outro problema do período da ditadura foram os acidentes e as doenças de trabalho. A ditadura alegava que o esforço coletivo para contornar as dificuldades econômicas do período era a grande causa do elevado índice de acidentes de trabalho. Com o objetivo de abrandar esta situação, foi determinado o pagamento compulsório do salário-insalubridade nos casos de atividades com risco de enfermidade ou morte dos trabalhadores. Na realidade, a Previdência Social tornou-se a única possibilidade de tratamento dos acidentados. O habitual era os atendimentos dos acidentados serem feitos de forma rápida pelos hospitais. Na prática, isso implicava, por exemplo, em amputações de braços e pernas, mesmo que a integridade física dos trabalhadores pudesse ser preservada. Como seqüela das amputações, muitas pessoas não podiam voltar ao trabalho, recebendo aposentadorias de baixos valores e, com isso, tendo que trabalhar no mercado informal ou mesmo pedir esmola para manter o sustento (BERTOLLI FILHO, 1998).

Foi nesse período ainda que, segundo Bertolli filho (1998), houve a entrada de grande quantidade de capital estrangeiro no país. Logo esses investidores começaram a perceber que o setor privado da saúde poderia ser valioso. Especialmente as classes médias, beneficiadas pelo “milagre econômico”, obtiveram atendimento rápido e eficiente nas campanhas de seguro-saúde, pagando para isso mensalidades que geravam grandes lucros para os

investidores estrangeiros. O capital estrangeiro também se fez presente na indústria farmacêutica, de modo que os laboratórios e as empresas nacionais produtoras de equipamentos médico-hospitalares perderam terreno para a concorrência internacional. No período entre 1965 e 1975, por exemplo, em torno de 25 companhias brasileiras foram compradas por grupos estrangeiros. O amparo oficial a esses investimentos consentiu que laboratórios farmacêuticos decidissem os preços e a qualidade dos medicamentos comercializados no país. Mesmo que o governo tenha tentado medidas para conter essa situação, suas tentativas não obtiveram sucesso, e um exemplo disso foi a criação, em 1971, da:

Central de Medicamentos (Ceme), com o objetivo de produzir, contratar e distribuir remédios essenciais à população de baixa renda [...] essa providência não foi eficiente. A Ceme viu-se logo incapaz de concorrer com os laboratórios privados e quebrar o domínio do mercado pelos grandes grupos farmacêuticos multinacionais. Uma infinidade de novas drogas, muitas delas de eficiência duvidosa ou já proibida em outros países, passou a ser vendida todos os anos [...] as tentativas governamentais de controlar o preço dos medicamentos esbarram no interesse dos laboratórios. Quando ameaçados pelo poder público, eles simplesmente interrompem a distribuição de seus produtos, deixando a população sem acesso a remédios vitais (BERTOLLI FILHO, 1998, p. 59).

Há indícios de que as possibilidades mercadológicas criadas pela tecnologia, pelo denominado complexo médico-industrial e pela crença nas promessas científicas e tecnológicas em relação ao futuro tornam cada vez mais distante a ideia de uma completude em saúde e de proximidade do mundo vivido pelos doentes e pelos biomédicos (TESSER e LUZ, 2008). Isso se dá na medida em que o paradigma que rege a medicina contemporânea se afasta do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva tanto nas investigações diagnósticas, quanto nas suas práticas de intervenção (LUZ, 2005).

Também cabe lembrar que a ciência e a medicina em parte buscam através de pesquisas, por exemplo, uma forma de reconhecimento da eficácia das medicinas complementares, o que também está se dando na medicina floral. Parece haver aí um caminho de dominação de mais esse saber em saúde. Weber (1999) refere que a dominação tem como características a relação social de poder desigual, onde existem com nitidez dois lados – um que comanda (domina/autoridade) e um que obedece (subordinado). Desse modo, a situação de dominação se dá em qualquer situação na qual se encontrem indivíduos dominantes e indivíduos subordinados a seu poder. A diferença entre as relações de poder e a dominação está no fato de esta manifestar uma tendência a se estabilizar, tentando manter-se sem causar confrontos.

Pode-se dizer então que dentro de uma sociedade as relações de dominação se caracterizam por buscar formas de legitimação e formas de serem reconhecidas como necessárias para manter a ordem social. A legitimidade de uma dominação deve ser considerada uma propriedade de ser reconhecida e tratada como tal, que tem alcance não só ideal. Apesar de Weber (1999) dizer que nem toda dominação serve de meios econômicos, no caso do reconhecimento das “medicinas alternativas”, pois esse é um novo campo tanto para o mercado da medicina como para a indústria farmacêutica, que pode ser garantido através de sua legitimação e dominação pela área médica.

3.2.6 As décadas de 80 e 90

Fatos importantes marcaram esse período na esfera política, de acordo com Bertolli filho (1998), como a empresa ter se livrado da censura, o bipartidarismo foi extinto, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a acontecer. Em 1989, a população conseguiu eleger de forma soberana o presidente da República, período em que a nova constituição de 1988 já estava em vigor. Porém, houve aumento da inflação, de modo que o governo precisou manter a política econômica recessiva. Por isso, limitou verbas públicas nas esferas sociais, inclusive na área da saúde, e conteve os salários. Foi uma das mais graves crises econômicas e sociais da história do país. As condições dos hospitais eram precárias no atendimento e nas dificuldades de encontrar tratamento médico, o que gerava mortes decorrentes da falta de socorro especializado. Os surtos de cólera e dengue retornaram, em decorrência da insuficiente expansão de saneamento e da ineficácia da educação sanitária. Outras doenças também tiveram destaque, como a tuberculose, o tracoma, a doença de Chagas e doenças mentais.

A partir dos anos 80, a política de saúde não fez quase nada para mudar o quadro de saúde sanitária existente nas décadas antecedentes. Apesar dos projetos identificados pelas siglas Prev-Saúde, Conasp e AIS terem mantido as propostas de reorganizar as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, de evitar as fraudes e de tentar derrubar os monopólios das empresas particulares de saúde, Bertolli Filho (1998) crê que os empresários da saúde passaram a lutar contra esses projetos organizando *Lobbies* – grupos de pressão, com atuação no Congresso Nacional e nas Assembleias Legislativas em defesa dos interesses da iniciativa privada. Contrapondo-se a isso, nesse período, os moradores da

periferia dos grandes centros, com o apoio de padres e médicos sanitários, conceberam os conselhos Populares de Saúde, a fim de obter melhor saneamento básico, criar hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes.

Cabe lembrar aqui que, em 1978, conforme aponta Helman (2009), que a OMS promulgou em Alma-Ata a sua declaração sobre saúde para todos até o ano 2000, com o objetivo de desenvolver, em nível mundial, um sistema de cuidados primários de saúde integral. Como parte desse sistema de cuidados, que era visto como essencial nos países do dito “Terceiro Mundo” (onde o Brasil estava situado) devido a suas precárias condições de saúde, as melhorias de saúde deveriam ser acompanhadas por avanços nas esferas da saúde, da nutrição, da higiene, da vacinação, do planejamento familiar, dos cuidados de saúde materno-infantil e do abastecimento de remédios essenciais. A ideia do plano era gerar um avanço na estratégia na escala preventiva, não centralizada e com base na comunidade. A citação da participação das comunidades nos cuidados primários de saúde, pela declaração de Alma-Ata, obteve como resultado uma série de recursos comunitários para facilitar os cuidados primários de saúde em nível local, como agentes e grupos comunitários de saúde, curandeiros tradicionais e líderes comunitários.

Pode-se perceber que os médicos entrevistados seguem essa linha de pensamento. Para esses médicos, o floral poderia ser usado no sentido de prevenir doenças e de facilitar e baratear o atendimento das populações carentes, saindo dessa lógica mercantilista na qual a saúde se encontra. A divergência que existe entre os médicos é em relação à legalização do floral. Alguns concordam, pois isso ampliaria o uso, e outros discordam, porque a indústria farmacêutica poderia elevar os custos, dificultando o acesso da população a esse tratamento de saúde.

[...] ele⁴⁹ não procurava a parte financeira, ele procurava uma forma de ajudar quem estivesse numa situação semelhante. Então, floral é o canal. Não só os de Bach, mas se tu puderes estudar [...] a chamada terapia alternativa, os alimentos, toda a nossa flora e fauna, que é rica... como é que os índios sobreviviam? Tratavam-se e não adoeciam. Quer dizer, usando sem estragar a natureza, sem prejudicar. Infelizmente, o homem vai lá e arranca tudo, para poder fazer tudo sintético depois. Então, não é que tem que existir só uma... Mas, quando tu estás num patamar diferenciado tens que lançar mão de tudo que tu tens direito - homeopatia, alopatia, medicina alternativa. E pode dar ênfase em um país que é considerado pobre, com a população de doentes muito grande e de miseráveis maior ainda, que não tem dinheiro para se tratar, nem tem onde consultar, ter a oportunidade de ter uma vida um pouquinho melhor! Em nível de saúde, pelo menos (Carina).

⁴⁹ A expressão “ele” faz menção ao criador da Terapia Floral, o médico Edward Bach.

Juntamente com os movimentos comunitários, as classes médias também começaram a manifestar seus descontentamentos com as condições de trabalho a que eram submetidos. Outro fato importante é que dos anos 60 a 80, com o aumento do número de escolas médicas, houve uma proliferação do número de profissionais. Estes, mesmo durante a graduação, eram obrigados a assumir dois, três ou mais empregos tanto em instituições públicas, quanto em privadas e se submeterem aos baixos valores pagos pelas empresas de seguro-saúde em decorrência dos atendimentos realizados. As precárias condições no trabalho em hospitais elevavam a possibilidade de erros terapêuticos e cirúrgicos, sendo que tais erros eram apresentados na imprensa apenas como responsabilidade dos médicos, tirando a parcela de culpa das condições oferecidas pelos hospitais. Por esses motivos, os profissionais organizaram-se na defesa de sua profissão e dos direitos dos pacientes, criando no final da década de 70 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), que deram origem ao Movimento Sanitarista, o qual buscou discutir os dilemas da política nacional de saúde. Além disso, mesmo tendo que enfrentar os *lobbies* patrocinados pelos empresários que obtinham lucro com a falência da saúde pública, as organizações populares e de especialistas da saúde conseguiram incluir na Constituição⁵⁰ de 88 a maior parte das suas propostas (BERTOLLI FILHO, 1998).

Apesar disso, na década de 90, Bertolli Filho (1998) diz que o Brasil permaneceu como um dos países que apresentavam muitas desigualdades e injustiças. E, na área da saúde, os dados permanecem trágicos: faltam médicos em muitos municípios, nas metrópoles o acesso ao atendimento e às internações são difíceis, as diferentes regiões brasileiras apresentam disparidades em relação às doenças e à pobreza. Nesse contexto, percebe-se que as regiões sul e sudeste vêm desde o século XIX sendo privilegiadas por serem o pólo dinâmico e moderno da economia.

Todavia, também foi nesse período, mais especificamente nas décadas de 70, 80 e 90, que a rápida expansão das “medicinas alternativas” levou a medicina oficial a reavaliar alguns discursos e certas crenças e fronteiras. Das brechas surgidas aí, entre os limites do modelo biomédico e as condições complexas de uma cidadania ampliada, tentou-se buscar novas saídas. Essa cidadania apresenta como exigência a reintegração do sujeito como uma

⁵⁰ Bertolli Filho (1998) aponta alguns desses ganhos da Constituição: a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds); o governo buscou criar condições para o Estado interferir mais nos serviços particulares de saúde; o setor privado de saúde foi definido como forma “complementar”; aos serviços públicos; as entidades filantrópicas funcionariam como auxiliares dos Suds. Os projetos municipais dos serviços de saúde encontram várias dificuldades. E, de concreto, houve uma integração dos serviços mantidos pelo Estado, sem a participação das empresas particulares que se negaram a se submeter ao serviço unificado. Assim, surgiu o SUS - Sistema Único de Saúde Unificado – com a função de organizar, a nível regional, as ações do Ministério da Saúde, do Inamps e dos serviços de saúde estaduais e municipais.

personagem que é dinâmico da prática de cura e, também, a valorização da experiência vivida que se torna uma condição central em relação ao reconhecimento do sistema de cura e do curador (Martins, 2003). Parece que essas e outras situações proporcionaram pensar em novas possibilidades de ação no plano da saúde a partir do ano 2000.

3.2.7 A partir de 2000

Mesmo que a OMS tenha solicitado o compromisso de que todas as nações que a compõem estendessem a assistência médico-hospitalar e as ações preventivas a todas as pessoas, isso ainda não ocorreu. Passos importantes já foram dados neste sentido, sendo o principal deles a visão de que a saúde e a doença são processos que envolvem diversos fatores, de forma que esta não pode ser entendida como um fenômeno puramente biológico. Aliado a isso, vem se dando um esforço, ainda que lento, no sentido de modificar as políticas de saúde. Vários são os trabalhos que tentam promover o saneamento do meio e, também, a educação em relação à saúde e a higiene. Bertolli Filho (1998, p. 68) destaca ainda que “[...] a proteção da saúde depende, sobretudo, das decisões políticas. É a participação da sociedade o elemento mais importante para garantir a melhoria da saúde no país, através da concretização das intenções que por enquanto são apenas propostas [...]” em sua maioria.

Como explica Teralorri JR. (1997), da invenção do microscópio e o início dos estudos dos micróbios e das bactérias se passaram 200 anos. Isso talvez se deva ao fato de as novas descobertas, apesar de fundamentais para o desenvolvimento tecnológico, podem não ser a única condição para o progresso científico. Além disso, um dos aspectos fundamentais da ciência é que ela só gera mudanças quando um problema assume dimensões em tamanho que começam a perturbar grande parte da sociedade, ou pelo menos as pessoas ou grupos sociais que são detentoras do controle político e econômico. É nesse período histórico que a ciência trabalha para criar novas tecnologias que sejam capazes de resolver os problemas.

Pode-se dizer que atualmente, em geral, segundo Iyda (1994), aceita-se bem a divisão da saúde em relação ao seu objeto – indivíduo/coletivo, suas ações – médica/sanitária, suas responsabilidades – privada/pública. Esta fragmentação de objetos, de atos profissionais, de profissionais e de responsabilidades colabora para a divisão dos agentes sociais envolvidos e reforça a divisão dicotômica, que tem suas origens em uma concepção da sociedade como harmônica e do Estado como o representante de interesses gerais.

Na verdade, desde o início da medicina no Brasil até os dias de hoje, pode-se ver com clareza que a medicina não é apenas conhecimento, prática, cura e prevenção. É também poder, tanto dos médicos quanto dos pacientes, das instituições, como as igrejas, das instituições filantrópicas, das companhias de seguro, das indústrias farmacêuticas e do governo (nos tempos de paz, ou nos tempo de guerra). Além desse aspecto, Porter (2008) parece estar certo ao dizer que a medicina está inserida em “uma complexa interrelação entre a história econômica e a história política. “Seu futuro, como seu passado, nos países de Segundo e Terceiro Mundos, bem como nos países do Ocidente, dependerá da mudança dos padrões de riqueza e de poder” (PORTER, 2008, p.302).

As entrevistas analisadas apontam que, enquanto essas mudanças não ocorrem, a maioria dos médicos precisa se sujeitar às ofertas e às condições de trabalho que lhes são oferecidas, enquanto outros conseguem se afastar um pouco dessa lógica de mercado da medicina. Por exemplo, Bruna e Carina contam que precisam se submeter à lógica de mercado para se sustentar, mas Rafael diz ter conseguido trabalhar da forma que deseja. Talvez isso tenha acontecido porque seu tempo de trabalho é maior que o das duas primeiras. Esses três exemplos evidenciam a situação de mercado da medicina ocidental já apresentada e discutida, ou seja, fazem parte da categoria 4. *Como é a medicina ocidental.*

Não tem muitas opções. [...] do jeito que está a medicina, se tu quiseses ter um consultório tens que ter alguma fonte de renda forte, porque o consultório são altos e baixos, são por convênios e convênios pagam pouco, não pagam, enfim... Se tu vais pra um hospital, vais te submeter às regras daquele hospital, que são muito semelhantes às regras das policlínicas, que são todas praticamente iguais. A visão é o lucro, o paciente é só o meio de obter esse lucro e o médico fica entre eles. É o mar e o rochedo. Ele tem que ser eficaz, rápido e barato. Na medicina, como eu vejo, não pode ter tempo. O paciente vem em primeiro lugar e o lucro é uma consequência. Não é o fim-primeiro. Eu posso até me soltar, mas vou pra onde? Preciso me manter, comer, me submeter.. a maioria precisa. É por isso que a gente fica tão... a maioria dos meus colegas diz... “fica tão desiludido” (Bruna).

Ah! Se pudesse trabalharia só com floral, eu gosto muito. (Carina).

[...] 40 anos de formado [...] trabalhei anos no INPS até me aposentar. Antes do SUS... [...] fiz uma clientela lá maluca. Parei de trabalhar e muita gente me segue. [...] Eu já atendi IPE, Golden Cross, tudo. Hoje não quero mais, acho que meu trabalho vale mais do que esses convênios pagam (Rafael).

Porte (2008) diz que Ivan Illich está correto em afirmar que, nos dias atuais, o progresso da medicina científica (ou ao menos o sucesso de sua propaganda) permanece sendo criação de expectativas “Prometeanas” de um prolongamento quase infinito do saudável, adaptado e em completo funcionamento da existência. Essas fantasias foram

alimentadas pela cirurgia cosmética e de substituição, mas são irreais, pois todos devem envelhecer e morrer. E, além disso, vidas mais longas significam maior dor. Por isso esses mitos utópicos de saúde perfeita e infinita são desconcertantes, pois tais mitos danificam nossa habilidade de chegar a condições com fatos que são inevitáveis. Outra característica desses mitos é que são cruéis, pois levam os jovens saudáveis, em forma, elegantes e bonitos a se afastar dos idosos que estão morrendo. A análise de Illich, segundo Porter (2008, p. 96), sugere em resumo que:

(...) nós mudamos - em parte graças à filosofia da medicina científica e em parte por causa das genuínas melhorias na saúde - de uma cultura mórbida e doente da cristandade medieval em que a doença é negada, tornando-se sem sentido ou figurando somente em contos morais. Em contraste com os mitos tradicionais da gota, o triunfo da medicina científica, reforçado pelo crescimento de expectativas de saúde irreais (acima de tudo no EUA), tem desafiado a legitimidade das histórias tradicionais de doenças e subtraído nossa capacidade de lutar.

A assistência médica nos tempos atuais, de acordo com Menezes (2008), é uma parte componente da máquina das sociedades industrializadas e capitalizadas, cultiva a possibilidade singular de manter em sua sociedade sujeitos vivos, sadios, com vida longa e livre da dor. Nesse sentido, a atuação da medicina, nos últimos anos, apresenta-se na realização de tentativas de lutar contra as doenças de envelhecimento, com seu fim principal voltado para a superação total das doenças, a prática de estilos de vida, o melhoramento do corpo e longevidade. As questões que surgem desse foco da medicina é descobrir qual é o papel de atuação que a medicina terá no século XXI, quais seres humanos de vida longa que ela oferecerá para este século, e de que maneira isso será vivido. Acrescentaria, ainda, saber qual o papel e o lugar que as “medicinas alternativas”⁵¹ vão ganhar na sociedade e dentro da própria medicina, já que este é um mercado que está em um momento efervescente, mesmo que visto como desqualifico, por estar fora dos moldes científicos.

Foucault (2008) faz quatro perguntas sobre o saber científico e os saberes dominados, e aqui proponho se pensar o primeiro como a biomedicina dominante, o segundo como as medicinas alternativas que são dominadas. Na primeira pergunta, questiona se ainda existe a mesma relação de força capaz de permitir fazer prevalecer estes saberes desenterrados, sem

⁵¹ Algumas pesquisas estão sendo realizadas sobre os efeitos da medicina floral, principalmente pela área da enfermagem, mas também pela bioquímica e outras. Dois exemplos podem ser visto em estudos como: *Avaliação dos efeitos centrais dos florais de Bach em camundongos através de modelos farmacológicos específicos* (DE-SOUZA et. col., 2006) e *Essências florais: intervenção vibracional de possibilidades diagnósticas e terapêuticas* (GIMENES, DA SILVA, BENKO, 2004), ambos com resultados significativos em relação à eficácia de florais em humanos e em animais. Claro que, como defende Luz (1996b), esse esforço de reconhecer a eficácia das “medicinas alternativas” com a intenção de legitimá-las não deve ser menosprezado.

haver qualquer relação de sujeição. Na segunda, pergunta quais forças que esses saberes desenterrados possuem. Na terceira pergunta, indaga se a partir do instante em que se extraem partes da genealogia⁵² e se põe em circulação tais elementos de saber (que se procurou desenterrar), não há riscos dos saberes serem recodificados e recolonizados pelo discurso unitário, o qual antes, no aparecimento desses discursos, os desqualificou e ignorou, e no presente deseja anexá-los ao seu próprio discurso e aos seus efeitos de saber e de poder⁵³. E, por último, questiona se, ao querer proteger esses fragmentos libertos, não se corre o risco de criar um discurso unitário, ao qual convida os que dizem que tudo está certo e questionam a direção que vai seguir e qual unidade vai-se formar por esse caminho? Para o autor, trata-se de precisar ou evidenciar a questão que está em jogo na oposição entre o saber unificado do discurso científico e os saberes desqualificados, que estão contrários à instituição e ao discurso científico com seus efeitos de saber e de poder.

Sobre as medicinas alternativas, pode-se pensar o poder a partir do que expõe Luz (2005). Esta autora afirma que a legitimação de técnicas como a acupuntura, a fitoterapia e a homeopatia pela biomedicina dominante significa o fechamento das portas desse mercado para se concentrar nas mãos da corporação médica. Isso porque, além da crescente busca da população por tais práticas, a profissionalização em terapias alternativas é de grande procura para outros profissionais - que não os médicos - ou pessoas sem ensino superior. Este amplo processo de reorientação das relações entre a sociedade e a medicina, ou entre a cultura, a saúde e a cura, tem causado uma série de encontros, confrontos e polêmicas. Ao mesmo tempo, ocorre a simples incorporação dessas e outras medicinas alternativas à prática da medicina, principalmente na saúde pública, trazendo mudanças como o respeito ao paciente como cidadão; o respeito à autonomia do paciente; ou ainda a resolutividade em tratamentos de doenças crônicas e de distúrbios funcionais de baixa resolutividade nos serviços convencionais, porém, mesmo com as contribuições, há resistência na aceitação e na adesão às medicinas alternativas.

⁵² O termo genealogia, segundo Foucault (2008), refere-se ao acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais. Esta atividade se trata de ativar saberes locais, descontínuos, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretendia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro e dos direitos de uma ciência detida por alguns. As genealogias não são retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, são anticiências, ou seja, a genealogia combate os efeitos de poder próprios a um discurso considerado como científico, por exemplo, as genealogias reprovam o fato da psicanálise ou do marxismo se tornar ciência. O projeto das genealogias desordenadas e fragmentárias seria, portanto, a reativação dos saberes locais contra a hierarquização científica do conhecimento e seus efeitos intrínsecos de poder.

⁵³ Foucault (2008) define poder como algo que se exerce, e que só existe em ação, em afirmação de que o poder é uma relação de forças. O poder é essencialmente repressor da natureza, dos indivíduos, dos institutos, de uma classe e, também, é guerra prolongada por outros meios, é o confronto belicoso das forças. O exercício do poder se dá entre os limites de um direito de soberania e um mecanismo disciplinar.

A partir da colocação de Luz e do discurso de Foucault recém referidos, pode-se pensar, ainda, em outros pontos importantes. A legitimação dessas técnicas conseguiu fazer com que seus saberes fossem incorporados pela medicina oficial (saber dominante) sem que seus saberes fragmentados tenham sido subjugados aos saberes da biomedicina? Será que esses saberes não foram recodificados de acordo com as normas e regras da ciência dominante? Se sim, será que isso não criou outra forma de tratamento, pois as “técnicas alternativas” que foram legitimadas perderam suas propriedades principais? Se sim, em que grau e em quais casos isso pode ter acontecido? Infelizmente, acredito que essas questões ainda não podem ser respondidas, visto o pequeno número de pesquisas nessa área, tão desvalorizada pela academia. Contudo, cabe lembrar aqui uma colocação que justifica ainda mais essas questões levantadas: só haverá uma medicina *holística quando os médicos vierem a adquirir uma melhor compreensão a respeito dos profundos inter-relacionamentos entre o corpo, a mente e o espírito, a respeito das leis naturais que regem suas manifestações no nosso planeta* (GERBER, 1997).

Estas questões se tornam mais significativas com a descrição de uma das características do poder citadas por Foucault (2008). Primeiro, o poder nos obriga a produzir a verdade, pois está sempre a indagar, interrogar, registrar e institucionalizar a procura da verdade, assim ele a profissionaliza e a recompensa. Segundo, o poder nos obriga o tempo todo a confessar ou encontrar a verdade. Isto é, estamos submetidos à verdade no aspecto de que esta é lei e é a responsável por transmitir o discurso verdadeiro, o qual decide, transmite e reproduz, em parte, os efeitos do poder. Nesse sentido, estamos sempre sendo julgados, condenados e obrigados a desempenhar tarefas e a viver ou morrer em função dos discursos considerados verdadeiros, os quais trazem em seu conjunto os efeitos específicos do poder. Quando se escolhe um caminho contrário ao considerado verdadeiro, sofre-se com a pressão do poder, um certo tipo de coerção, apontam os médicos nas entrevistas analisadas, ao falar por exemplo sobre a homeopatia e a terapia floral. Nesses recortes de entrevista a seguir, pode-se perceber algumas das características da medicina, ou seja, a categoria 4. *Como é a medicina ocidental*, que se mostra fechada, limita ao seu campo de conhecimento, não abrindo espaço para outras formas de tratamento em saúde.

No tempo de faculdade, meus professores se referiam à homeopatia como “gotinha d’água, é placebo, sugestão”. A pessoa não vai melhorar [...]. E, entre os próprios colegas, nós estávamos num grupo e eles começaram a falar de homeopatia “é... vai beber as florzinhas, não sei que... os floraizinhos”. E eu comecei a falar a respeito e eles me olhavam com uma risadinha assim... está se deixando seduzir [...]. Nos últimos anos, como essa clínica que eu trabalhava fechou, e fui trabalhar numa

maior... e totalmente impessoal... não tenho tempo e não encontro muita receptividade nas pessoas pra fazer isso... é uma restrição da própria clínica [...]. Então, tive que parar. Eu tenho [...] alguns pacientes... eu tinha consultório, não tenho mais, por falta de tempo e tal. Então, tem alguns antigos dessa clínica e de alguns outros convênios que eu ainda atendo e ainda faço, mas são muito poucos (Bruna).

[...] trabalhava com neonatologia e [...] no momento em que eu comuniquei [...] aos obstetras que eu ia fazer esse curso⁵⁴, ninguém mais me chamou! E todos os colegas de profissão, que encaminhavam pacientes deixaram de encaminhar e de me cumprimentar no corredor. Foi um momento muito difícil! Porque, eu fui perdendo tudo, tive que recomeçar (Maria).

Particularmente, o processo que tornou possível o discurso das ciências humanas foi, segundo Foucault (2008), o confronto entre dois tipos de discurso heterogêneos: a organização do direito em torno da soberania e o mecanismo das coerções praticadas pelas disciplinas⁵⁵. As normalizações disciplinares estão em constantes choques com os sistemas jurídicos da soberania, o que pede a presença de um discurso mediador, ou seja, de um tipo de poder e de saber que a sacralização científica neutralizaria. É justamente na medicina que se observa a permutação e o confronto perpétuo dos mecanismos das disciplinas com o princípio do direito. Onde o plano da soberania se encontra com o da disciplina, dá-se o desenvolvimento da medicina e a medicalização geral (do comportamento, dos discursos, dos desejos etc.). Contra o poder disciplinar, o autor sugere que se vá para a direção de um novo direito antidisciplinar, que também deve ser liberado do princípio de soberania. Resta saber se isso seria possível, principalmente na área da saúde, especialmente na medicina.

Para fugir dos impasses sobre a doença e a cura, uma estratégia, segundo Porter (2008), está em impetrar ideias totalmente diferentes sobre a doença, a enfermidade e a cura. Por séculos, as “medicinas alternativas” e as teorias holísticas tenderam a rejeitar o materialismo alopático ou as teorias mecânicas da doença, passando então a adotar a crença de que a saúde e a doença envolvem a pessoa como um todo, e, com muita frequência, todo o cosmo. Nesta visão, a doença é uma moléstia não do corpo, mas do ser por completo. É dentro do ser que está a cura, acionada pelo livre-arbítrio ou pela mudança no estilo de vida. Essas ideias se desenvolveram de forma extensa no século XIX, na América do Norte, por meio de movimentos como a ciência cristã. Quem patrocinou a reforma da saúde não foram os

⁵⁴ A entrevistada refere-se ao curso de formação em homeopatia.

⁵⁵ Nos séculos XVII e XVIII, houve a invenção, pela sociedade burguesa, de um novo tipo de poder denominado por Foucault (2008) de poder disciplinar. Tal poder apoia-se nos corpos, permite dos corpos tempo e trabalho, é exercido de modo contínuo através da vigilância, supõe um sistema minucioso de coerções materiais e apoia-se no princípio (o qual representa uma nova economia de poder) em que se deve proporcionar ao mesmo tempo o crescimento das forças dominadas e o crescimento da força e da eficácia de quem as domina.

médicos praticantes, mas as pessoas leigas, que estavam descontentes com as Igrejas oficiais e com a medicina corrente. Assim, procuram substituir ambas por uma filosofia unificada, holística, da saúde corporal e espiritual, construída sobre a vivência pessoal. É sobre uma dessas medicinas ditas “alternativas” que passo a falar agora – a medicina floral.

“Para nós, ocidentais e modernos, fundadores de uma civilização centrada no individualismo, o utilitarismo, no mercado e no dinheiro, sempre foi mais fácil refletir sobre o ódio, a fragmentação, a discórdia, a guerra e o conflito, do que sobre a solidariedade e o amor.”
(MATTA, 2009, p. 184)

4 MEDICINA FLORAL

4.1 Vida e obra de Edward Bach⁵⁶

Edward Bach, o criador da terapia floral, nasceu em 24 de setembro de 1886, em Moseley, um vilarejo na Inglaterra. Em 1912, finalizou os estudos com o treinamento prático no “University College Hospital”, em Londres, e, em 1913, obteve o título de Bacteriologista e Patologista. Em 1914, recebeu o diploma de Saúde Pública. Nesse período, já se sentia frustrado com os efeitos oriundos dos tratamentos com a medicina ortodoxa. Bach percebeu que pessoas com a mesma doença recebiam tratamento medicamentoso idêntico, o qual funcionava para uns e não para outros.

Em 1917, sofreu uma severa hemorragia após constantes advertências de pré-estafa não respeitadas. Fez uma cirurgia e, posteriormente, descobriu que a doença foi extirpada, mas poderia criar metástase e, talvez, vivesse apenas mais três meses, período em que permaneceu de cama. Ao sentir-se melhor, voltou a trabalhar. Pelas suas descobertas, no campo da bacteriologia, passou a ser cada vez mais reconhecido.

Bach trabalhou com dedicação exclusiva para o “University College Hospital”, depois como bacteriologista do “London Homeopathic Hospital”, onde permaneceu até 1922. Nessa situação, conheceu a obra de Hahnemann, que curava mais pelos sintomas mentais que pelos físicos. Foi nesse momento que aliou suas vacinas à metodologia da homeopatia, obtendo resultados significativos. No ano de 1926, publicou com C. E. Wheeler a obra *Cronic Disease. A Working Hypothesis*. Nesse período, os nosódios intestinais, conhecidos como nosódios de Bach, eram utilizados na Grã-Bretanha e em outros vários países. Bach passou, então, a experimentar substituir os nosódios por remédios preparados de plantas. Para isto, utilizou o sistema homeopático de diluição e potencialização (agitação), obtendo resultados que o encorajaram.

Uma das entrevistadas, a médica Inês, visitou o centro do doutor Bach na Inglaterra, e em sua fala descreve a manipulação dos florais de Bach que foi presenciada nessa visita:

[...] num treinamento, uma pessoa que tem conhecimento de laboratório técnico, ou mesmo uma pessoa treinada, manipula floral! No centro do Doutor Bach, que eu estive, as pessoas que manipulam são pessoas treinadas com supervisão [...] de nível

⁵⁶ Os dados aqui apresentados foram baseados na descrição de Venâncio (1995).

superior! Mas, são sensitivos inclusive, [...] o doutor Bach [...], quando colocou em prática o sistema floral, quis fazer algo mais vibracional que a homeopatia e que pudesse estar disponibilizado não pra quem conhece medicina, nem só pra quem conhecesse saúde ou que fosse um profissional de saúde. Ele quis levar isso pro povo. E é essa a proposta da terapia floral: é que possa ser disponibilizada mais barata e menos legislada, e menos [...] com essa aura médica, laboratorial de pesquisa do que tem dentro... tem vibração, tem energia! Um dia vamos medir? Vamos! Calma.

Nessa época, como se os indivíduos padecessem do mesmo problema, começou a agrupar pessoas em grupos por semelhança de comportamento. Bach teve esse *insight* observando os indivíduos em uma festa. Em 1930, largou sua rentável atividade em Londres, o consultório de Harley e os dois laboratórios para buscar, na natureza, o sistema de cura que idealizara desde criança, o qual sentia estar próximo. A homeopatia estava perto do que procurava, mas não era exatamente o que buscava.

Ainda nesse ano, Bach fez sua descoberta; enquanto caminhava pelo campo de manhã, observou que várias flores traziam gotas de orvalho sobre as pétalas, e o sol incidindo sobre elas extraía suas capacidades curativas antes de fazê-las evaporar. Então, Bach criou seu sistema de coleta destas capacidades curativas absorvidas pelo orvalho e iniciou suas pesquisas sobre o comportamento humano, as flores que tinham capacidade curativa e quanto aos resultados obtidos a partir do tratamento com essas flores etc. Esses trabalhos ficaram registrados em livros, artigos e em palestras. Edward Bach morreu em 27 de dezembro de 1936.

4.2 Será a medicina floral uma racionalidade da saúde?

Luz (1996b) definiu o conceito de racionalidade da saúde (já explicado em um capítulo anterior) no final dos anos 90 com o objetivo de ter um recurso metodológico para uma pesquisa coordenada por ela, denominada “Racionalidade Médicas e Terapêuticas Alternativas”, no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Esse conceito de racionalidade da saúde foi definido por ela pela autora como *condição necessária e suficiente* para confirmar que havia uma racionalidade médica. Além disso, com a finalidade de fazer um estudo comparativo entre sistemas médicos complexos, a autora diz que precisou optar por eliminar do estudo uma série de práticas

conhecidas como “terapias alternativas”. Nesse sentido, Perurena (1999, p. 119) parece estar certa quando diz que:

Se o grupo tinha incluída em sua listagem a medicina floral como uma destas “terapêuticas alternativas”, e, que, portanto, não pudesse estar enquadrada no conceito de *racionalidade* médica, acredito que isto se deva ao fato de que a pesquisa foi feita tendo como referência programas em serviços de saúde estatais ou filantrópicos, espaços que, acredito, ainda não tivessem sido alcançados pelos florais. Por outro lado, sabe-se que fazer ciência nos moldes cartesianos demanda uma dose muito grande de especificidade. Quanto mais delimitado nosso campo, e, conseqüentemente, nosso problema, tanto melhor. Mais chances temos de chegar mais perto da **realidade**.

Assim como Perurena (1999), este trabalho defende que a medicina floral seja um tipo de racionalidade médica e, portanto utiliza-se os seus passos para demonstrar esse fato, como a autora o fez – ou seja - como um recurso que possibilita um entendimento mais amplo do meu objeto de estudo. Ainda que Perurena (1999) não tenha se utilizado de todas as categorias que estão ligadas ao conceito em questão, elaborou um quadro-resumo (exposto a seguir), que foi proposto por Luz (1996a), a fim de demonstrar, de forma comparativa e ilustrativa, que é possível inserir a medicina floral dentro do conceito de racionalidade. A autora, contudo, o faz sem o intuito de expor a racionalidade da medicina floral. Para tanto, seu quadro apresenta somente as racionalidades que estão mais “próximas” dos florais, que são: a medicina ocidental (porque é o sistema médico hegemônico instituído) e a homeopatia (devido à proximidade com a medicina floral e por ser a base dos estudos do doutor Bach, no momento em que este pensou poder existir uma medicina de cunho espiritual).

QUADRO RESUMO COMPARATIVO DAS RACIONALIDADES MÉDICAS - que foi proposto por Luz [1996a] e aqui é acrescido da racionalidade da medicina floral, desenvolvida pela Dra. Mari Helem R. Rodrigues (PERURENA, 1999, p. 121-122)

Racionalidades Médicas	Cosmologia	Doutrina Médica	Morfologia	Fisiologia ou Dinâmica Vital	Sistema Diagnóstico	Sistema Terapêutico
Medicina Ocidental Contemporânea	Física Newtoniana (clássica) implícita	Teoria(s) da causalidade da Doença e seu Combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e Fisiologia dos Elementos	Semiologia: Anamnese; exame físico e Exames complementares	Medicamentos, cirurgia; higiene
Medicina Homeopática	Cosmologia Ocidental Tradicional (Alquímica) e Clássica (Newtoniana) implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiologia do Medicamento e do adoecimento	Semiologia: Anamnese do Desequilíbrio Individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual	Medicamento Higiene
Medicina Floral (Bach)	Mundo como manifestação unitária divina	Teoria do conflito entre alma e ego	Organismo material; campo energético; mente e alma	Fisiologia energética e dos sistemas; inserção na totalidade; harmonia entre alma e personalidade	Análise do conflito entre alma e ego	Medicamentos; Aprendizado implícito na doença; higiene

4.3 O mundo das “medicinas ou terapias alternativas” e da medicina floral

Foucault (2008) afirma ter observado em suas pesquisas, nas décadas de 60 e 70, uma grande e proliferante criticabilidade das coisas, instituições, práticas e discursos; um conjunto de friabilidade dos solos (nos mais familiares; sólidos; próximos de nós, dos nossos corpos e dos nossos gestos habituais). Porém, em conjunto e devido a esta friabilidade e à surpreendente eficácia das críticas (que tinham como característica a descontinuidade, a particularidade e a localidade), desvenda-se algo imprevisto nos fatos, algo que se poderia denominar de efeito inibidor pertencente às teorias totalitárias globais. Em todo caso, nos seus

próprios termos, a totalidade conduziu realmente em direção a um efeito de refreamento. Duas são as características do que se passou nesse período:

- A) O caráter local da crítica, o que indica uma espécie de produção teórica autônoma, descentralizada (que para estabelecer sua validade não necessita da concordância de um sistema comum);
- B) Esta crítica local realizou-se por meio de algo que pode ser chamado de retorno do saber.

Com esse movimento, os saberes dominados, ou seja, os blocos de saberes históricos, os quais estavam presentes, mas encobertos internamente nos conjuntos funcionais e sistemáticos, puderam reaparecer com a crítica, por meio do instrumento da erudição. Os saberes dominados ⁵⁷, também, podem ser definidos como os saberes que foram desqualificados por não ser competentes ou ser insuficientemente formados. Tais saberes são considerados ingênuos, inferiores hierarquicamente ao nível de conhecimento ou de cientificidade. Aponte-se que esses são os saberes das pessoas (o do doente, o saber do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico etc), que não é um saber comum ou um bom senso, mas sim um saber particular, regional, local, diferencial e incapaz de unanimidade, que deve sua força apenas à dimensão que o opõe a todos os saberes que o circundam, os quais originaram a crítica. Em resumo, esse movimento:

Trata-se da insurreição dos saberes - não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência - mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa. [...] são os efeitos de poder próprios a um discurso considerado como científico que a genealogia deve combater. (FOUCAULT, 2008, p.171).

Independentemente de que tipo de saber em saúde se está falando, a finalidade primordial tanto teórica, quanto prática comum a todo o sistema médico é restabelecer a saúde das pessoas, ou ao menos combater as doenças que as afligem. A partir desse objetivo básico, surgiram em todas as culturas, há milênios, sistemas terapêuticos amparados em saberes ora predominantemente mágico-religiosos, ora acentuadamente racionais como é o caso da biomedicina. O exercício desses sistemas foi historicamente creditado a agentes específicos, que foram socializados e treinados com a finalidade de exercer essa função prestigiada, tida

⁵⁷ Foucault (2008) não entende dominação como algo global em que uns dominam sobre os outros, ou quando um grupo domina o outro; entende sim, as múltiplas formas de dominação que são possíveis de ser exercidas na sociedade.

como nobre ou, ainda, sagrada, pela sociedade civil e também pelas instituições estabelecidas (LUZ, 1996a).

A situação de insegurança e instabilidade gerada pelas necessidades do mundo capitalista, como o cuidar de si, o cuidar do emprego, o cuidar da própria sobrevivência, é fonte de constante desconforto, inquietação e perturbação nos dias atuais. A designação médica disso se dá, conforme diz Luz (2007), pelo termo estresse, que causa adoecimento em grandes faixas da população. Em síntese, um grande mal-estar social está em curso, gerando sintomas e síndromes indefinidas e, em grande parte, não identificadas pela medicina. Esses sintomas e síndromes geram em nível mundial a perda de milhões de horas de trabalho e configuram a já citada crise sanitária, assim como uma constante procura pelo cuidado das pessoas em um grupo de atividades, as quais são compreendidas como terapêuticas. Dentre estas, destacam-se as práticas terapêuticas “alternativas”.

A Terapia ou Medicina Floral é um desses sistemas, que integra o grupo da dita “Medicina Alternativa”. Todas as terapias, como as xamãs, as das ervarias, (OLIVEIRIA, 2002), as das cores, dos cristais, da regressão a vidas passadas (LUZ, 2005), também são Terapias Alternativas. Estas estão contrapondo-se ao que é considerado como verdadeiro pela ciência ocidental. Tais terapias, por estarem contaminadas pelas questões da natureza e da subjetividade, são consideradas como não legítimas, não verdadeiras, não científicas. Além disso, a prática dessas terapias surge como uma recusa epistemológica e moral ao pensamento cartesiano e antropocêntrico presente na medicina oficial. Nesse sentido, os sistemas das “medicinas alternativas” geralmente tentam compreender de uma maneira diferente a relação entre saúde e doença, na forma descrita, por exemplo, por Gerber (1988). Este autor expõe que os pensamentos e as emoções humanas são capazes de afetar a nossa fisiologia. Seguindo esta linha de pensamento, segundo é observado na análise das entrevistas, para os médicos entrevistados é necessário haver equilíbrio entre mente, corpo e alma, para poder existir saúde e até mesmo, um processo de cura, no sentido de um ajuste entre a doença e a forma de a pessoa lidar com esta, conforme Bach (2006) referiu.

Carina, por exemplo, ao explicar que passou a usar a medicina floral em seus atendimentos quando percebeu que esta poderia ser mais uma ferramenta de trabalho para melhor seu atendimento, refere o que entende por cura (categoria 2. *O que é cura?*), por doença (categoria 1. *O que é doença?*) e saúde (categoria 3. *O que é saúde?*), conceitos que estão para ela relacionados à situação de harmonia ou desarmonia, equilíbrio ou desequilíbrio entre corpo, mente e alma. Como pano de fundo, aparece nesse recorte de entrevista a

categoria 5. Como é a medicina floral, pois traz esses três conceitos da medicina. Ainda neste capítulo, a partir da fala de outros médicos, essas categorias serão novamente abordadas.

[...] como ele é um todo, [...], que ferramentas posso usar pra melhorar [...] o atendimento, para fazer com que ele realmente resolva a questão dele? Não seja só paliativo, [...] parece muito forte a palavra cura, parece muita pretensão, mas fazer com que ele se ajude, com que adoça menos, se conheça melhor. [...] o Bach já dizia, o que é a cura? É o equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma. Se todos estiverem equilibrados, estás feliz, equilibrado realmente e não adocece. Se houver descompasso em uma dessas três, vais adoecer. [...] esses três... é saúde. Isso é o bem viver... que Bach pregava [...]. Equilíbrio. E o floral consegue fazer esse equilíbrio. [...] O Bach conseguiu dizer o que tenho que equilibrar para poder manter essa balança... Não que tem que ser fiel e estar exatamente igual, mas [...] a disparidade não pode ser muito grande. Se for muito grande, quem padece, adocece é o corpo. [...] se tu queres o corpo saudável, tens que tentar, dentro do possível, equilibrar o resto [...] Ah... o floral não limpa o teu baú. Ele transforma o que tem dentro, de coisas ruins em boas, aproveitáveis [...]. Ele coloca rodinhas, pra ficar mais fácil de carregar. Não vai eliminar, teu baú é teu, não podes colocar na porta de ninguém. Tu tens que carregar. São as tuas heranças, [...] teu passado, as tuas coisas. [...] a forma como tu vais carregá-lo que é diferente. Então, eu ensino... muita pretensão, mas através do floral, a tu colocar rodinhas, aí não vai ficar uma mala pesada [...]. Tu podes colocar rodinha, um puxador, carregar até com um dedinho. É [...] a história do limão. Todo mundo diz [...] tem um limão faz uma limonada. Faz uma limonada nada, seja criativo, faça um *mousse* de limão. Por que tem que ser um lugar comum? Em vez de uma limonada faz um *mousse* de limão, se tiver alguma coisa melhor, faz uma coisa melhor. Mas, faz usando o limão, [...] é a transformação daquelas coisas numa coisa melhor, pra que tu possas carregar sem que isso atrapalhe a vida (Carina).

A hipótese de Damásio (1996) em relação a essa ideia é que os sentimentos são capazes de influenciar fortemente a razão, de forma que os sistemas cerebrais necessários aos sentimentos estão entrelaçados nos sistemas que precisa a razão, e esses específicos estão ligados aos sistemas que regulam o corpo. Assim, os sentimentos parecem depender de um delicado sistema que possui diversos elementos (indissociáveis da regulação biológica), e a razão parece depender de sistemas cerebrais específicos, dentre os quais alguns são capazes de processar sentimentos. Seguindo essa forma de pensar, pode-se ponderar que talvez exista um elo, em termos anatômicos e funcionais, entre a razão e os sentimentos e, também, entre estes e o corpo.

Imerso nesse contexto contrário ao da ciência hegemônica, portanto considerando as questões de natureza e de subjetividade no processo de adoecimento em cada indivíduo, Bach (2006) percebeu que os efeitos diferentes de uma mesma doença em pessoas diferentes é o que guia até a real causa da doença. Na enfermidade, dá-se uma mudança no estado de espírito que se tem normalmente. Assim, quando a doença se manifesta durante algum tempo, o humor do paciente é capaz de apontar o remédio correto. O que importa não é a enfermidade do doente, mas como este vê a vida, o que está ligado aos seus sintomas. Para

Gerber (1988), os sintomas são as chaves para se expandir os conhecimentos médicos disponíveis e, assim, poder gerar uma melhor compreensão sobre o diagnóstico e o tratamento dos males humanos.

Bach (1936 *in* VENÂNCIO, 1995) constatou que, geralmente, antes das doenças surgirem, há um período em que as pessoas não se sentem bem ou apresentam alguma pequena alteração no estado de ânimo. Ao tentar definir a doença, o médico Anderson aponta justamente a noção de Bach de que há sinais que se apresentam antes de a doença se manifestar no corpo físico:

[...] para que alguma patologia se manifeste fisicamente, ela já está aqui (demonstrou com as mãos como se tivéssemos um corpo ao redor do corpo físico), em volta, a pelo menos 5 anos. E tu vens recebendo avisos... e tu não dá bola pra isso, coisa que normalmente a gente faz. Então tu tens, por exemplo, uma azia... “ah, acho que foi uma coisa que eu comi ontem que não sentou bem”. Vai lá, toma um antiácido e passa, daqui a dois meses dá a azia de novo. E, vai lá, toma um antiácido e passa. E por aí vai indo, [...] até que numa hora dessas [...] tu pensas e vais consultar [...] um médico [...] por causa desse quadro de azia que é constante. Faz uma endoscopia e “tu estas com uma úlcera”. “Úlcera eu?!” Sim, mas a quanto tempo tu vens tendo azia? E não deu bola... até que a patologia manifestasse.

O momento de tratar o problema, para Bach (1936 *in* VENÂNCIO, 1995), é quando elas apresentam alguma alteração. Nesse instante, deve-se fazer o reajuste pessoal e impedir que a perturbação prossiga, podendo vir a gerar a doença propriamente dita. Há três tipos de pessoas, ou seja, de doentes:

- A) Os que apenas com a ameaça da doença se recuperam sozinhos, ou, se doentes, recuperam-se rápida ou mais demoradamente com o tratamento;
- B) Os que não estão realmente doentes no sentido real da palavra, no entanto há sempre algo errado com eles – pode ser ou não algo sério, mas é suficiente para tornar suas vidas um sofrimento ou um peso – como as pessoas que têm dores de cabeça frequentes;
- C) Os que se encontram bastante bem e saudáveis, mas têm seus problemas – como as pessoas que julgam as coisas mais difíceis do que realmente são, ou ficam muito ansiosas tentando fazer a coisa certa.

A base do tratamento para esses três casos de doenças é a mesma, independentemente da sua respectiva gravidade, pois, ainda que uma doença esteja afetando a pessoa há algum tempo, esse sujeito ainda mantém seu caráter, seus desejos, esperanças, ideias, gostos, desgostos, entre outros. Deve-se, portanto, observar e considerar como o paciente está sendo afetado pela doença, ou seja, se apresenta depressão, falta de esperança na recuperação, medo

de piorar, irritabilidade, desejo de companhia, desejo de solidão e tranquilidade, entre outros fatores, para então escolher os remédios para esses diferentes estados interiores. Ainda sobre o tratamento argumenta que a doença física é de ordem material, enquanto o medo de ordem mental. Seguindo essa linha de pensamento explica que a primeira pode ser tratada por meios físicos de ordem bastante superior (BACH, 1933 *in* VENÂNCIO, 1995).

Através da análise das entrevistas, observou-se que os médicos entrevistados concordam com Bach, no sentido de dizer que há uma indicação correta para o uso dos florais, pois não é, nem existe uma técnica que seja capaz de resolver tudo. Helena e Rafael mostram essa concepção através de suas falas. Nesse sentido, podemos pensar que a ideia de Santos (2008) sobre um paradigma que irá surgir e substituir os outros existentes não está de acordo com os médicos entrevistados. Para estes, cada medicina (as quais são embasadas em paradigmas científicos diferentes) tem sua função, de forma que uma não exclui nem substitui a outra. As medicações se complementam, cada uma tratando do que é capaz de tratar, assim cada paradigma tem sua função específica. Além disso, nos recortes de entrevista a seguir (como no dos outros médicos entrevistados), aparece novamente a categoria 2. *O que é cura?*, apontando que há uma diferenciação entre o fim do sintoma e a cura.

O Bach [...] diz que as doenças físicas têm que ser tratadas por meios físicos. Tudo que tu vais fazer além, pra realmente curar uma pessoa é outra coisa. [...] tenho o maior respeito pela medicina convencional, pela medicina física. O que é físico tem que ser tratado pela medicina física, sem a gente deixar de perceber todo o resto que vem junto. Porque aquilo é uma consequência. [...] quebrar uma perna é quebrar uma perna, não tem fitoterápico. Não tem nada que melhor do que um gesso e uma bengala. A razão pela qual tu quebraste a perna é outra história. [...]. Preocupa-me [...] colocar expectativas excessivas [...] num método terapêutico que é maravilhoso, mas que não dá conta de tudo. Nada da conta de tudo. Então, que as pessoas que trabalham com floral, fitoterápico ou com qualquer área da medicina, incluindo os médicos convencionais [...] nunca coloquem um ponto final dizendo: aqui começa a medicina e lá começa o charlatanismo. Não existe esse ponto. [...] a medicina convencional, a homeopatia, a fitoterapia ou o floral não cura, o que cura é o espírito. Existe cura, todos os outros meios terapêuticos, eles propiciam que tu possas te curar (Helena).

[...] para muita gente não adianta floral nem homeopatia. [...] Para dor de cabeça tomo aspirina, novalgina... o floral não adianta pra uma dor de cabeça. Vai levar tempo, tem que ver a causa da dor de cabeça, se é emocional, se é física. Ela tem uma enxaqueca, tu podes ajudar com o floral, mas tu não vais curar a enxaqueca. Nem a medicina alopática cura. Agora, quanto tu está na crise de enxaqueca, não aguenta de dor, tem que tomar um remédio pra dor. E se ele puder continuar um tratamento com terapia floral ou com homeopatia, vai ter um resultado melhor que só com a alopatia (Rafael).

Conforme explica Gerber (1988), o tratamento se dá nas medicações “alternativas” ou das medicações vibracionais através de *energia pura*. Esta perspectiva teórica baseia-se na ideia

de que o arranjo molecular do corpo físico é uma complexa rede de campos de energia que estão entrelaçados. A rede energética que representa a estrutura física/celular do ser humano é sustentada através dos sistemas energéticos “sutis”, que são responsáveis pela coordenação do relacionamento entre a força vital e o corpo. A coordenação das funções eletrofisiológicas, da hormonal e da estrutura celular do corpo físico ocorre dentro de uma hierarquia de sistemas energéticos sutis. Sendo o arranjo molecular do corpo físico uma complexa rede de campos de energia (níveis de energia) que estão entrelaçados, a medicina vibracional procura tratar os indivíduos com energia pura, já que é a partir de um desequilíbrio nos níveis de energia que se origina a doença. O processo de tratamento em nível energético, conforme apontou a análise das entrevistas, pode ser longo. Isso porque, segundo os médicos entrevistados, há várias questões que estão envolvidas com um sintoma, com uma doença e, também, porque depende muito de como o sujeito vai atuar no seu processo de tratamento.

[...] umas pessoas tem mais resistência, mas que usam e veem os resultados... [...] as coisas emocionais, tem um pouco mais de tempo [...]. Não é rápido. Eu sempre disse assim... “Se tu quer mágica, sinto muito, não é isso. Vai depender do que tu tem aí dentro guardado e a quanto tempo tu tem isso aí guardado. Não é uma coisa mágica”. Ele⁵⁸ faz uma limpeza [...] de final de ano. [...] sempre explico pro paciente, principalmente na primeira semana, ou nas duas primeiras tu podes até piorar. “Ah... eu tava tomando e ao invés de melhorar piorei”. Pode! Por que [...] tu sabes como se faz uma limpeza de final de ano. Primeiro tu tiras tudo do lugar [...] num primeiro momento está tudo mais bagunçado do que estava, aí tu vais fazer a limpeza por dentro por fora, atrás, em cima. Ver o que presta e o que não presta. E aí tu vais organizar a casa, não é... É como arrumar o roupeiro, se tu vais realmente organizar, o que tu faz primeiro? Põe tudo em cima da cama, quem entra no quarto “nossa que bagunça!”. Aí tu vais pegar e limpar o roupeiro por dentro. Vais pegar: isso vai pra conserto, isso eu quero, isso eu não quero, isso eu vou dar, vou vender, vou emprestar... sei lá... não quero mais... vai separar o que tu precisas e aí tu vai organizar, nos devidos lugares (Carina).

É um longo trabalho! [...] na minha trajetória com os meus pacientes, em alguns momentos vejo o resultado tão rápido que vejo, sem sombra de dúvida, a ação da homeopatia e do floral. [...] eu quero contigo um compromisso mínimo semanal de 3 meses, depois a gente conversa do que a vamos fazer a partir dali, porque eu sei que 3 meses é o período que eu sei que a pessoa faz “ui... tomei contato com a coisa” [...] aí ela define o que ela vai fazer. Em 3 meses a pessoa consegue. Se eu não usasse floral e homeopatia, não conseguia fazer isso. [...] 3 meses é um tempo pequeno pra pessoa tomar contato e já fazer mudança! E as pessoas quando estão vendo estão fazendo mudanças. É direcionamento de vida. Coisas que são muito grandes das pessoas fazerem e fazem! (Maria).

A medicina vibracional está em lenta evolução em busca de compreender a energia, as vibrações e o modo como elas interagem. A medicina vibracional é chamada de medicina einsteiniana, porque segundo Gerber (1988) foi a equação de Einstein que gerou a informação

⁵⁸ O termo “ele” se refere ao floral.

principal para a compreensão de que a energia e a matéria são uma coisa só, ou seja, a matéria é uma forma de energia. Os cientistas espiritualistas, a partir das teorias de Einstein, passaram a pensar e perceber o corpo humano como um modelo instrucional. A partir dessa visão, o autor acredita que será possível compreender a nós mesmos e ao funcionamento interno da natureza e os segredos do universo. Além disso, por meio dessa percepção de que nós, os seres humanos, somos constituídos de energia, pode-se começar a entender novos pontos de vista a respeito da saúde, da doença e, por que não, da cura.

Todos os médicos colaboradores deste estudo teceram algumas ideias a respeito da atuação do floral nos seus pacientes. Cabe, então, apresentar algumas falas, com o intuito de ajudar a visualizar a forma como o funcionamento do floral é entendido por esses médicos, de maneira que nessas falas se representa a categoria 5. *Como é a medicina floral.*

[...] a atuação do floral [...] é completamente física, do campo da física, [...] como [...] as drogas são do campo da química, o floral é do campo da física [...]. Porque os florais atuam sobre padrões energéticos, sobre campos vibratórios... e isso é física. Então, quando dizemos que o floral trata as emoções, não estamos falando certo, porque o floral trata o padrão vibratório decorrente de um tipo de emoção, nessa medida ele é físico. O que é a emoção? A emoção é guia, ela mostra... [...] tu vai ver na pessoa a emoção que ela traz... se te traz uma emoção de ressentimento, tu vais fazer falar sobre ressentimento, tu vais tratar, trazer à tona [...] e tu vais usar o remédio do ressentimento. Esse remédio não atua sobre o ressentimento, ele atua sobre o padrão vibratório gerado pelo ressentimento. E, dessa maneira, ajuda a pessoa a elaborar a questão do ressentimento, porque ele gera um tipo [...] de vibração que é altamente patológico, patogênico. E tu vais tratar em cima disso. Então, [...] o floral não tem nada de exotérico. E ele é um caminho espiritual pra quem quer fazer dele um caminho espiritual. Porque senão, tu vai tratar as coisas que estão te incomodando [...] “eu odeio a minha mãe”... bom, eu não posso viver com isso? Isso gera raiva, ressentimento, culpa, a auto-estima baixa. Então tu tens que trabalhar essas coisas e a pessoa depois fará com isso o que ela quiser. Mas, que ela vai se sentir melhor vai. E poderá usar isso no seu caminho espiritual. (Helena).

O que tem ali, não tem nada? Tem sim, algo maravilhoso, energético. Tem hormônios que não podem ser medidos, vou usar uma palavra muito forte: é pela nossa burrice ainda de compreender as coisas. Ali dentro tem algo da planta que é uma das coisas mais centesimais, diria até que é sua alma (Inês).

O floral [...] é recente, talvez entre na condição do afetivo. Talvez mexa no frontal onde está o afeto e tudo isso. Mas, ninguém sabe. [...] nós não temos aparelhos pra poder provar isso. Nós estamos no escuro, dá pra andar? Dá, mas no escuro. E a medicina também é assim, hoje se usa aspirina 50, amanhã 25, depois 100, depois 200. É igual. Tu tomas um vinho hoje pra ficar bem das coronárias, amanhã já é alcoólatra (Paula).

Esses sistemas de energia, segundo o relato dos médicos entrevistados, são afetados de modo intenso pelas nossas emoções, pelo nível de equilíbrio espiritual e pelos fatores ambientais e nutricionais, podendo levar a uma doença. Explanando sobre a função e o funcionamento dos florais, Bruna aponta que os florais ajudam as pessoas a conviver melhor

com suas dificuldades, seus sofrimentos. Helena afirma que este funcionamento está ligado a algo que vai além da compreensão humana, “além do que os olhos podem ver”, mas não em um sentido religioso. Dessa forma, está relacionado ao que chamamos de física quântica, a qual, segundo os entrevistados, é a parte da ciência que, um dia, quando todas as ferramentas necessárias forem conhecidas, irá explicar o funcionamento dos florais (categoria 5. *Como é a medicina floral*).

[...] o objetivo do floral é autoconhecimento, automedicação! É senti-se pleno e [...] aumentar as qualidades, para que os defeitos fiquem tão pequenos que [...] os entendam e possam conviver com eles, de forma tranquila (Bruna).

[...] o emocional é um pântano no qual as pessoas chafurdam... aquela coisa: mamãe, papai, amores, afetos, angústias. [...] E ele [...] te incapacita para um monte de coisas, porque [...] demanda uma energia enorme para tu lidar com as coisas que vêm do pântano [...] é como se tua alma estivesse lá no meio, num lugar ruim. Ao redor tem camadas e camadas [...], como se de vidro sujo, [...] lambuzado, empoeirado, engordurado... são as coisas do emocional [...] E o floral, conforme vai limpando isso, os vidros vão ficando transparentes. E a tua alma começa a aparecer. Porque a nossa alma está muito soterrada. São conceitos que se superpõem no dia a dia das pessoas. Acho que o floral de Bach é um caminho espiritual conforme limpa um pouco desse lodo e permite brilhar a alma imortal através das ações, emoções, que ficam mais limpas, claras [...]. Nesse sentido acho que é coisa espiritual. [...] tudo que existe é espírito. Este espírito, que seria como um oceano... cada manifestação que pode ser o elevador, [...] qualquer coisa, uma de nós... é uma ondinha desse oceano. [...] É uma noção que não consigo conciliar com uma visão religiosa [...]. Acho que Deus não criou o mundo, se é que existe Deus. O espírito veio a ser o mundo, o que constitui ele... é uma das formas. Pra mim é uma coisa só. [...] a doença tem haver com o afastamento dessa fonte, sua negação (Helena).

A ideia apresentada nesses recortes de entrevistas, segundo Barnard (1995), está de acordo com Bach, que acredita que o ser humano é composto de diferentes níveis ou corpos de energia, dentre os quais o corpo físico é o mais familiar e o mais denso, local em que as doenças se manifestam fisicamente. Uma terapia floral tem pontos em comum com as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica, o que Luz (1996b) denominou de paradigma bioenergético, que está em oposição ao paradigma de natureza biodinâmica, o qual constitui a medicina ocidental científica.

Pode-se dizer, então, que as “terapias alternativas” vão além de uma tentativa de superação da dicotomia mente/corpo, pois elas aparecem como uma recusa epistemológica e moral ao pensamento dualista cartesiano, antropocêntrico e à medicina oficial (MARTINS, 2003). O criador da terapia floral, Edward Bach (2006), exemplifica essa posição das medicinas alternativas, defendidas por Martins, ao dizer que o principal motivo do fracasso da medicina moderna decorre do fato da atenção no tratamento ser dada aos efeitos e não às causas das doenças, as quais são emocionais. Assim, a doença passou a propagar sua

destruição, por não ser combatida em sua origem. Logo, para um tratamento material ser bem sucedido, a causa real da patologia deve ser suprimida, caso contrário o tratamento será apenas paliativo, já que a doença que conhecemos é apenas o produto final manifesto no corpo, oriunda de causas há tempos enraizadas.

Como o tratamento com floral atua na causa das doenças, ou seja, no nível energético e nas emoções humanas, o processo nem sempre é simples. Como apontam os médicos entrevistados, algumas pessoas podem sentir-se incomodadas com os efeitos do tratamento, com a possibilidade de melhorar ou mesmo da cura. Isso porque os ganhos que elas tinham com a doença (por exemplo, o cuidado da família em relação à pessoa doente) vão desaparecer, o que faz com que na prática algumas pessoas desistam do tratamento. Anderson, por exemplo, cita as fugas dos pacientes do tratamento a partir dos efeitos gerados em suas vidas. Bruna aponta as questões pessoais do terapeuta que podem atrapalhar esse tipo de tratamento e se refere à desconexão entre a fala dos clientes que consultam e a real situação que os levou ali e que precisa ser tratada. Essas duas falas representam a categoria 5. *Como é a medicina floral*. Pode-se perceber que o tratamento com florais tem seus aspectos negativos, suas dificuldades. Uma delas é a mesma da medicina, o fato de que são os pacientes, como afirmou Oliveira (2002) que escolhem o tratamento a adotar e se vão seguir algum tratamento de saúde.

[...] têm pessoas que tomam floral sempre; que dizem: “estou bem, vou dar uma parada, se precisar eu volto” ou que tomam uma dose e nunca mais aparecem. É muito particular. E tem uma situação que é a angústia da cura. Porque, quando tu estás doente, todo mundo se preocupa contigo. E depois, se resolve a tua situação? Vai que dá certo, do que eu vou me queixar... [...] É mais fácil, porque está todo mundo preocupado... [...] se [...] não está em crise de asma, [...] passa a ser igual entre os iguais. [...] enquanto tiver alguém com problema a pessoa vai se preocupar com isso, porque é mais fácil tu se preocupar com os problemas dos outros pra fugir dos nossos. [...] A desadaptação é exatamente esse tipo de coisa, às vezes, a pessoa usa o floral e dá uma chacoalhada e deixa de lado. Por quê? Exatamente porque está mexendo na energia, fazendo com que ela se dê conta e, às vezes, as pessoas não querem sair da zona de conforto. Em relação a ter problemas com o uso do floral, muito difícil. [...] acontecem eventualmente é que esse tipo de floral que usamos tem que ser usado 5 vezes por dia e, às vezes, as pessoas têm dificuldade (Anderson).

[...] se não me conhecer, se não me trabalhar, não consigo chegar onde quero. E, às vezes, o problema da outra pessoa reflete em mim, aí tenho que trabalhar meu problema. Várias vezes eu falei com a Carina, pedi... “[...] me analisa, estou assim [...] o que tu achas?” Aí ela me deu florais. [...] Então, ela me passou vários... algumas vezes, eu indiquei algumas coisas pra ela, [...]. Eu dizia “estou me sentindo um pouco perdida, não estou conseguindo ir adiante”. Às vezes, eu discutia casos dos meus pacientes com ela, alguns ela contava, já fiz algumas indicações. [...] Às vezes, aquilo que ela⁵⁹ diz não é realmente o que é. (Bruna).

⁵⁹ O termo “ela” nessa passagem diz respeito aos pacientes, ou seja, as pessoas que consultam.

Voltando à temática da origem da doença, Bach (2006) acredita que durante muito tempo a real procedência da doença foi encoberta pelo materialismo. Em suas pesquisas, trabalhando justamente com os aspectos da natureza e da subjetividade humana como componentes do processo de saúde-doença, mais especificamente, considerando o sofrimento das pessoas, percebeu que em uma doença a personalidade é mais importante que o seu corpo físico. A doença, então, está relacionada a diversos fatores, principalmente aos aspectos subjetivos, ou seja, internos, que estão ligados à maneira como cada pessoa percebe e reage diante de seu mundo interno e externo. Através das análises das entrevistas, percebeu-se nas categorias 1. *O que é a doença?* e na categoria 3. *O que é saúde?* que os médicos entrevistados pensam a doença e a saúde de acordo com as ideias de Bach, as quais são explanadas ao longo deste trabalho.

Se ela se percebe doente, [...] de alguma coisa ela está doente. A percepção da própria pessoa, não interessando de onde vem, [...] pode ser o maior hipocondríaco do mundo, [...] ele tem uma doença que é a hipocondria. [...] A pessoa que está desarmoniosa está doente, a que está infeliz está doente [...] a desarmonia é a doença, seja de que tipo for. Pode ser uma desarmonia física, emocional, mental, não interessa. Desarmonia é doença. [...] tem que levar em conta: como a pessoa se sente, o entorno, como a pessoa lida com as coisas que lhe acontecem. [...] Uma pessoa não é só ela, é o seu entorno e as suas relações. [...]. Saúde é um conceito complexo e até... [...] inexistente. Se saúde é um estado de bem estar físico, social e mental, tu conheces alguém que esteja nessas condições? [...] É uma utopia. [...] como é difícil definir saúde, é difícil definir doença. [...] se tu pegas [...] um câncer gástrico [...] é óbvio que tem alguma coisa errada. E [...] tu corres o risco de te equivocar e tu perdes a noção do todo em função do câncer gástrico. O câncer gástrico é consequência de coisas que aconteceram. [...] A doença física é o sintoma, ela não é a doença. Ao contrário do que a medicina convencional sempre pensou, isso é mais ou menos óbvio! (Helena).

[...] a doença é uma maneira de tu entrares em contato contigo. [...] a doença é ética, porque te faz entrar em contato contigo, pra ver o que estás fazendo de errado. Onde que estás te castigando, punindo, por que estás jogando isso no físico – ao invés de botar pra fora. E o conceito de saúde [...] é estar bem contigo. Se tu não tiveres bem, vai aparecer algo pra chamar atenção e dizer “isso aqui não está legal, estás fazendo coisa errada, [...] estás fumando, bebendo, comendo de mais, alimentando-se de maneira errada e isso vai te criar problemas” (Anderson).

Para Montero (1985), na visão das “medicinas alternativas”, a Medicina não consegue ver as doenças ainda que o paciente apresente suas queixas. Ver a doença, nesse sentido, entende-se como enxergar as representações que as camadas populares têm sobre os fenômenos mórbidos, condição *sine qua non* do próprio existir da doença. Quando a doença não pode “ser vista”, é porque ela não está lá. Tal representação se refere tanto às doenças psiquiátricas quanto às doenças orgânicas. Dessa forma, parece que o médico, por não ser capaz de ver o que está além daqueles sintomas, confirma “cientificamente” a existência de

uma esfera que escapa à sua competência. A doença, então, passa a ser ressignificada de forma simbólica pelo universo mágico, de modo que expressa toda a ameaça contra a vida pra além do corpo. A doença passa a significar desordem e, enquanto expressão da negatividade absoluta, transforma-se em paradigma do conflito - social, moral e psicológico - do caos.

Em suma, Bach, em 1913, percebeu que o mesmo tratamento, para pessoas com a mesma doença, funcionava para uns enquanto não surtia efeitos em outros. Pensou, então, que existia algo além da doença orgânica – as características individuais, a personalidade, que atuavam no adoecimento, na saúde e na cura (VENÂNCIO, 1995). A cura, portanto, está voltada não somente à medicação usada, mas também às características de cada pessoa e à forma como ela reage diante dos fatos de sua vida, que foram os responsáveis pelo desequilíbrio e pela doença, como apontam os médicos entrevistados. Além disso, a cura não é o fim de um sintoma, é muito mais que isso, posto que depende de processos que ainda não compreendemos, podendo até ser considerada temporária.

[...] prefiro falar em melhora, não em cura [...] esse menino que falei que tem uma lesão cerebral, essa lesão não vai regredir, mas melhorou a qualidade de vida dele. Essa senhora que tem catarata, sabe que se ela parar de usar o colírio, provavelmente vai voltar a catarata. Momentaneamente, ela está em cura. Se parar de usar o colírio, vai volta a catarata (Anderson).

[...] enquanto não conseguirmos [...] definir, localizar a interface entre espírito e matéria, não vamos chegar na cura. A cura vai se dar, mas não é por nossa causa [...] o floral é um caminho, pra chegar nesse lugar. Nessa interface é onde a coisa se dá. Então, a cura acontece [...], mas [...] não entendemos porque a pessoa se curou. Fizemos o possível, entramos com o antibiótico que precisava, fizemos a cirurgia pra tirar o tumor, usamos antidepressivos pra não deixar cair na [...] negatividade, usamos floral, homeopatia, fitoterapia, tudo. E um dia, graças a Deus, a pessoa se cura. E, às vezes, não se cura nunca. A cura é uma coisa relativa. [...] uso, no meu dia a dia [...] como parâmetro [...] o bem estar que a pessoa apresenta (...). Por exemplo, “disto me sinto curado, em condições de lidar com isso na minha vida”. [...] Tenho pacientes que voltam [...] depois de 15 anos. Às vezes, [...] deu tempo de acontecer muita coisa na vida [...] talvez ela tenha passado 18 anos conseguindo lida com as coisas. E [...] na maioria das vezes, as pessoas voltam depois de muito tempo com coisas muito parecidas com o que tinham. Porque, [...] acho que a gente vem pra esse mundo com 2 ou 3 focos [...]. Quando tu és criança resolve o problema [...] do apego, de forma infantil. [...] como adolescente vais tentar repensar isso [...] se o teu tema é o apego, ele vai aparecer até o fim da vida de maneiras diferentes. E o teu remédio [...] floral será o mesmo [...]. Isso não são retrocessos, é a volta do parafuso. Tu passas várias vezes pelo mesmo lugar, mas não pela mesma altura [...] a questão da cura [...] acho que a pessoa vai sentir [...] aquilo não está mais sendo problema. Aí, naquele momento é uma cura. Temporária? Provavelmente, acho difícil curas definitivas (Helena).

Cura é complicada. [...] é um processo dinâmico, não um processo estático como a medicina ortodoxa faz. [...] peguei uma infecção urinária e daqui a pouco está curado. Coisa nenhuma, daqui a pouco está com infecção urinária de novo. [...] cura é um processo dinâmico [...] que vai se transformando, diluindo e desfazendo conforme o indivíduo toma consciência de alguns processos que não conhecemos bem, inconscientes [...] como a estrutura familiar, geracional, inter-geracional, inter-

transgeracional, construídos nessa vida, traumas... A medida que a pessoa vai trazendo isso ao seu consciente e elaborando como uma condição dinâmica, vai fazendo transformações. Isso pra mim se chama cura - é evoluir espiritualmente. Não é não fazer doença, é a pessoa nem precisar mais fazer doença, porque alcança um sentido de compreensão da vida, por mais difícil que seja. (Paula).

Além disso, Bach (2006), em suas pesquisas, chegou à conclusão de que a doença é a manifestação de um desequilíbrio no plano das emoções, do comportamento e das atitudes. Esclarece, ainda, que os efeitos diferentes de uma mesma doença em pessoas diferentes é o que guia até a real causa da doença. Na enfermidade, dá-se uma mudança no estado de espírito que se tem normalmente. Assim, quando a doença se manifesta durante algum tempo, o humor do paciente é capaz de apontar o remédio correto. O que importa não é a enfermidade do doente, mas como este se porta diante dos eventos que ocorrem a todo instante em sua vida.

No mundo das medicinas energéticas, Gerber (1988) defende que há uma procura de curar as doenças e de modificar a consciência humana. Isso ocorre através da atuação sobre os padrões energéticos que são responsáveis pela direção da expressão física da vida. Para esse autor, a consciência participa da ininterrupta criação da saúde e da doença, pois um dia iremos descobrir que a própria consciência é um tipo de energia que está totalmente interligada com a expressão celular do corpo físico.

Voltado para as respostas dos pacientes diante dos acontecimentos da vida, o tratamento nas “medicinas alternativas”, conforme explica Luz (2005), tende a proporcionar um conhecimento maior do indivíduo em relação a si mesmo, a seu corpo e a seu psiquismo, com uma conseqüente busca de maior autonomia diante de seu processo de adoecimento, de modo a facilitar um processo de (re)construção de sua saúde. A centralidade das categorias vida, saúde e equilíbrio (ou harmonia) está presente na dimensão terapêutica das práticas alternativas de saúde, como também nas dimensões da diagnose, da doutrina médica, da dinâmica vital e da própria morfologia humana. O papel dessa medicina é o de promotora e recuperadora da saúde, de auxiliar da vida, e não meramente de investigadora e combatente de entidades nosológicas/patológicas.

Nesse sentido, Bach (2006) considera a existência da doença como algo benéfico, pois aponta para o caminho da compreensão do que está acontecendo e o que deve ser feito. É através da mentalidade do paciente que se pode descobrir o erro que ele está cometendo e a falha em sua personalidade, ou seja, pode-se descobrir como o paciente está afetado pela doença.

Com esses dados sobre o paciente, Bach (2006) defende que se pode escolher o remédio indicado para os estados interiores dos sujeitos. Os remédios vão atuar no lado positivo do padrão energético desequilibrado, ou seja, ocorrerá uma supressão do estado de desequilíbrio através do aprimoramento da virtude, a qual é capaz de destruir a causa do desequilíbrio. Dessa forma, não se combate diretamente o erro, mas se desenvolve a virtude oposta a este erro. Perceber onde se está cometendo o erro e um esforço real para corrigi-lo causará uma vida de alegria e paz, assim como de saúde.

A doença para Bach, como apresenta Venâncio (1995), é o resultado de um conflito que tem seu início no momento em que a personalidade se recusa a obedecer aos ditames da alma, o que leva a uma desarmonia entre o Eu Espiritual e a personalidade inferior (a forma pela qual nos conhecemos). A doença aponta que há algo de errado, que algo na personalidade está em desacordo com o Eu Espiritual, sendo este um ato de natureza benéfica, já que aponta para o caminho da compreensão.

As falhas na natureza das pessoas são expressas por doze estados diferentes, para cada um dos quais há uma flor correspondente (que originou um remédio) capaz de devolver a saúde. Esses estados são: a fraqueza, o desespero, o medo, a tortura, a indecisão, o desinteresse, a agitação, a falta de confiança em si próprio, o desânimo, o entusiasmo, a impaciência e a indiferença. Quando a personalidade está sem conflitos, está também imune à enfermidade. *As doenças reais e básicas do homem são certos defeitos como o orgulho, a crueldade, o ódio, o egoísmo, a ignorância, a instabilidade e a ambição* (BACH, p.26, 2006). Quando a doença chega ao estágio que conhecemos, no físico, já é o produto final no corpo de causas existentes há muito tempo.

Os remédios florais constituem um método simples e natural de tratar o estado emocional das pessoas, ou seja, as desordens da personalidade do doente, e não sua doença física (BARNARD, 1995). Mais especificamente, a intervenção com essências florais pode ser utilizada tanto para potencializar o processo de autodesenvolvimento do sujeito doente, quanto para situações específicas de sofrimento, quando se busca como resultado a consciência do processo que se está vivendo (BENKO, 1999). Dessa forma, pode-se dizer que suprimir a morbidez significa ressignificar o sintoma através de sua inserção num sistema explicativo mais abrangente e não eliminar tecnicamente um sintoma (MONTEIRO, 1985).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender alguma coisa, é preciso romper com a concepção de que o saber deve ser purificado e isolado de seu caráter de irracionalidade. Ao invés disso, como aponta Delaporte (1994), é preciso estar vigilante em relação ao seu núcleo *positivo*, de forma a mostrar que as coisas fazem parte da história da formação do saber. Tentando desvencilhar dessas concepções de saber purificado, de saber dominante, abri surgiu este trabalho na minha vida, a fim de pensar outras possibilidades de proporcionar saúde às pessoas. E foi através de aspectos históricos, seja do percurso da ciência, do surgimento da medicina ocidental moderna com base nessa ciência e da história da medicina no Brasil e da medicina floral, que foi possível refletir sobre o complexo tema da saúde, da doença e da cura, que são tão importantes e condicionantes da vida humana.

Percebeu-se que talvez seja muito difícil se pensar, dentro da medicina, em formas complementares de tratamento, enquanto a realidade da saúde convive diariamente com novas e velhas patologias em números de casos e de diversidade elevados. Isso talvez seja uma das justificativas do por que da biomedicina se voltar normalmente para as questões materiais, físicas, que são marcantes na história da medicina, questões estas urgentes de serem tratadas. Mais uma vez, salienta-se que o papel aqui não é de julgar ou de tentar resolver a questão, e sim de discutir essas e outras formas de cuidado da vida que estão em voga (no caso, a medicina floral) e perceber quais os pontos que levaram alguns médicos a verem de outro modo o que é saúde e o que é viver.

Outro motivo que parece ser motivador de não se pensar em formas complementares de saúde e, conseqüentemente, em outras racionalidades de saúde, é o paradigma da ciência ocidental que sustenta a biomedicina. No entanto, este mesmo paradigma parece estar abrindo uma lacuna no pensamento científico através da física quântica. No Brasil, por exemplo, algumas Universidades, já há alguns anos, têm desenvolvido estudos e criado centros de pesquisa nessa área, como ocorre na Universidade de São Paulo (USP) e na Universidade de Brasília (UNB). Além disso, alguns cursos têm feito essa abertura, como o de física e, na área da saúde, o de enfermagem, que tem se voltado a pesquisas com florais, por exemplo.

Pode-se observar que, assim como o paradigma dominante, o da ciência ocidental, teve (e ainda tem) grande influência sobre a constituição e constante renovação (principalmente no nível tecnológico) da medicina ocidental, os problemas dessa ciência também respingam nessa medicina, causando diferentes reações por parte dos médicos e

também dos usuários. Por mais que seja fácil entrar no discurso da ciência e da medicina (como citou a entrevistada Helena), parece que esse discurso passa a ser colocado em xeque quando é deparado com situações as quais não responde e não dá conta, ou mesmo com as questões de vida de cada entrevistado, que envolvem os aspectos da subjetividade (ou seja, aspectos particulares, intuitivos, comumente chamados de irracionais) de cada pessoa. Tal discurso não é confrontado no sentido dos saberes da ciência e da medicina ocidental serem desvalorizados e desqualificados, mas sim no modo de não serem vistos como os únicos, os mais importantes, os que podem responder a tudo.

Nesse sentido, em relação à ciência, enquanto Santos (1997) se refere ao surgimento de um paradigma emergente, que vai dominar e excluir o paradigma dominante, esse estudo prefere posicionar-se como Capra (1992), defensor de que os paradigmas surgem com base em dois tipos de conhecimento, o intuitivo e o racional. Parece que tais paradigmas se alternam no decorrer da história, buscando sempre o equilíbrio. Ocorre, porém que os paradigmas atuam em intensidades diferentes, variando a “dominação” de cada um conforme a evolução social e histórica de cada lugar. No atual período em que vivemos, parece que há uma revalorização dos paradigmas ligados ao conhecimento intuitivo, por isso a existência do grande *boom* das terapias complementares, com aponta Luz (1996b), dentre as quais está o floral.

As terapêuticas complementares estão sendo (re)valorizadas, tanto diante da população quanto pelo meio médico, ou melhor, em parte do meio médico. Enquanto isso, a biomedicina está sendo questionada e, de certa forma, perdendo um pouco da sua legitimidade. Luz (2005) refere o surgimento de um novo paradigma, que emerge das concepções das medicinas alternativas. Talvez isso ocorra, mas parece difícil, pelos argumentos já discutidos, que surja um paradigma em medicina que prevaleça, de forma preponderante, sobre o atual paradigma dominante.

Além dos médicos entrevistados neste estudo (que utilizam algum sistema de terapia floral e, em alguns casos, além desta outro tipo de medicina complementar), outros médicos inseridos no sistema médico ocidental apontam, como afirma Luz (1996b), a tendência atual de incluir em seu “arsenal terapêutico” técnicas e terapêuticas das medicinas orientais (como a acupuntura), ou práticas dos exercícios de meditação ou das artes marciais. Para a autora, essa inclusão é, na maior parte dos casos, uma simples apropriação pela medicina ocidental de aspectos terapêuticos que são parte de outro sistema coerente e integrado. Nesse caso, verifica-se uma descontextualização dessas outras racionalidades médicas; um desprezo pelo

seu significado filosófico e médico; uma homogeneização da biomedicina sobre as outras racionalidades médicas (principalmente no setor da saúde pública).

A partir do discurso da autora, pode-se inferir que a legitimação de terapias originárias de paradigmas diferentes daquele que fundamenta a ciência ocidental e, conseqüentemente, a biomedicina, pode trazer distorções na sua aplicação, nas situações em que o uso da técnica não respeitar o paradigma originário. E, além disso, se os florais forem legalizados, poderá haver uma dificuldade de acesso a esses medicamentos, como é a preocupação de uma das entrevistadas que gostaria que o floral:

Não fosse vendido para laboratório. Porque esse laboratório vai pegar como dele, só ele poderá usar ou [...] a pessoa vai ter que pagar pra usar. Vai se torna uma coisa comercial, não é isso que ele⁶⁰ queria (Carina).

A questão da dominação e do poder na área da saúde é complexa, principalmente quando envolve racionalidades médicas de sistemas médicos complexos e de terapias ou métodos de diagnósticos isolados ou fragmentados (como diz Luz (2005), referindo-se aos sistemas de terapias alternativas que não possuem todos os aspectos de uma racionalidade médica, conforme descrito anteriormente). A legitimação dessas terapias faz com que estas corram o risco de sofrer uma recodificação em seus princípios, uma sujeição ao sistema médico dominante no ocidente e também com a formação de uma unidade que pode vir a ser dominante. Por outro lado, isso poderia gerar, com o tempo, uma abertura na medicina ocidental a outras racionalidades, ou seja, algumas modificações na prática médica.

A abertura para essas medicinas mostra-se significativa, pois possibilita o uso e a comprovação da eficácia desses tratamentos (que antes era percebida apenas pela população) pela própria biomedicina e, por conseguinte, pela ciência ocidental contemporânea, como é o caso das pesquisas na homeopatia, na acupuntura, na fitoterapia e na própria terapia floral. O que proporciona, por exemplo, a abertura de espaço para a criação de fenômenos antes impensados, como o funcionamento de uma sala de atendimento de Reiki (uma das medicinas alternativas com base na cura pela energia, através da imposição das mãos sobre pontos energéticos importantes nas pessoas – denominados de chakras), criada pela medicina do trabalhador no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para atendimento dos funcionários interessados.

No entanto, a inserção das medicinas florais, segundo a análise das entrevistas com os médicos, aponta outros aspectos, entrando nos casos que, talvez, foram raros nos estudos de

⁶⁰ A expressão “ele” se refere ao criador da Terapia Floral, o médico Edward Bach.

Luz. Essas pessoas não passaram a utilizar a medicina floral sem considerá-la e estudá-la, sem entender e respeitar seu significado médico e filosófico, ou de forma a homogeneizá-la em relação à medicina. Isso não significa que os médicos entrevistados aceitaram todos os aspectos da racionalidade da medicina floral, pelo contrário, eles apresentam dúvidas e, por vezes, algumas divergências teóricas ou práticas em relação aos florais. Mas, se não fosse assim, o floral poderia se tornar um dogma em suas vidas. Mesmo com as desconfianças, ficou claro, como foi apontado durante os capítulos anteriores, que os médicos confirmaram em grande medida a literatura colocada em xeque nas entrevistas realizadas.

Cabe pontuar que foram fatores pessoais e particulares de cada médico entrevistado (como a experiência vivenciada do tratamento consigo e com os outros, convicções e questões pessoais, a formação acadêmica diferenciada, a busca de conhecimento sobre o tratamento usado, a curiosidade, etc) que os levaram a utilizar a medicina floral como mais uma forma de tratamento em saúde. E foi com o conhecimento e o uso dos florais que disseram passar a respeitar esse paradigma de saúde que foi aliado ou não na atuação com a medicina ocidental (já que em alguns casos houve o abandono do uso da alopatia, mas sem dispensar o encaminhamento para médicos alopatas sempre que necessário, ou seja, sempre que a existência de uma doença física seja um quadro possível na vida dos pacientes). Além disso, a medicina floral aliada a outras técnicas utilizadas por esses médicos e a sua história de vida possibilitou que passassem a ver o sujeito antes do diagnóstico, ou seja, olhar para o sujeito como um todo e para suas relações pessoais para então fazer a análise da doença e do tratamento a ser empregado.

Durante as entrevistas e no processo de análise, não houve como negar nem afastar minha formação acadêmica em psicologia, o que talvez tenha sido útil, pois na formação em psicologia somos treinados para observar os sujeitos, ler suas expressões corporais ínfimas e analisar se esses traços estão de acordo com a fala, ou seja, se há coerência. É a partir desse olhar de dúvida e observação que foi possível perceber médicos envolvidos com sua clínica, que analisam, olham, observam os sujeitos à sua frente (talvez de forma parecida como foi o processo de observação nas entrevistas realizadas com os médicos), querendo descobrir o que está por trás de cada fala, de cada gesto, de cada silêncio, para só então direcionar sua técnica. Para se chegar a essa forma de olhar o paciente, os florais foram engrenagem de mudança, ou apenas mais uma das técnicas para direcionar e aperfeiçoar esse olhar.

Foi possível notar ainda, através da observação e na análise das falas dos médicos, que esses se mostraram conscientes e críticos em relação à sociedade, à medicina ocidental e à medicina floral e às relações de poder que atuam sobre as medicinas e a sociedade, buscando

atuar na sua profissão de forma a se manter mais afastados do sentido materialista que envolve as teias dessa relação. Vi, além disso, emoção e brilho nos olhos de cada um ao falar de sua atuação profissional, ao contar sobre os resultados com o uso dos florais, da medicina hegemônica ou de outras práticas em saúde. Enfim, observou-se sujeitos que se apropriaram corporalmente de seu discurso, ou seja, o seu discurso mostrou-se em perfeita consonância com a análise corporal.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução: Laureano Pelegrin. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

ANDANDA, P. **Ética na Pesquisa**. Letras Livres: Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.udo-schuklenk.org/files/resethx.htm>. Acesso em: 14 Maio 2009.

BACH, E. **Os Remédios Florais do Dr. Bach. Incluindo Cura-te a Ti Mesmo, Uma Explicação sobre a Causa Real e a Cura das Doenças e Os Doze Remédios**. Tradução: Alípio Correia de Franca Neto. 19ª ed. São Paulo: Pensamento, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4ª ed. Portugal - Lisboa: Edições 70, Ltda., 2010.

BARNARD, J. **Um guia para os remédios florais do Dr. Bach**. São Paulo: Pensamento LTDA, 1995.

BARROS, J. A. C. Ampliando espaço para a “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S. E HELLMANN, F. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: universidade editora Unisul, p. 36-48, 2010.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Tradução: Plínio Dentzien. Jorge Zahar Editor, 2001.

BENKO et al. Padrões vibracionais em uma fase de transição: estudo com graduandos de enfermagem. In: SILVIA, M. J. P. e GIMENES O. M. P. V. (Coor.) **Florais: alternativa saudável**. Pesquisas revelam tratamentos e resultados dessa terapia. São Paulo: Editora Gente, 1999.

BENEDICT, R. The individual and the patterns of culture. **In: Anthropology in Theory**. MOORE, H. e SANDERS, T. (org.). Oxford: Blackwell publishing, p. 77-86, 2006.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. Tradução de Pe. Bruno Giuliani. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1987 (Coleção Saúde em Debate).

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora Ática, 1998.

CAMARGO JR, K. R. A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S. E HELLMANN, F. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: universidade editora Unisul, p. 36-48, 2010.

CAMARGO JR, K. R. **Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO JR, K. R. **Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea**. Rio de Janeiro: Gráfica da UERJ, 1996. (Série: estudos em saúde coletiva, N 65, 1ª reimpressão).

CAMARGO JR, K. R. The thought style of physicians: strategies for keeping up whit medical knowledge. **Social Studies of Science**, 32, n 6, p.827-855, 2002.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. 3ª ed. revisada e aumentada. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. (Coleção campo teórico).

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, ciência e saúde – Manguinhos**, v.IV, n.2, p.287-307, jul.-out., 1997.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. 14ª ed. São Paulo: Cultrix, 1992.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.4, p.679-684, Out-Dez, 2006.

CHALHOUB, S. et. al. **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

COMISSÃO CALOUSTE GULBENKIAN: para reestruturação das ciências sociais. **Para abrir as ciências sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Resolução n. 010/05, de 21 de julho de 2005. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/cod_etica_novo.pdf>. Acesso em 04 Maio 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 2006. **Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996.

MATTA, R. da. **Crônicas da vida e da morte**. Rio de Janeiro: Racco, 2009.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. Tradução: Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DELAPORTE, F. A história das ciências segundo G. Canguilhem. Tradução de Gilda Gomes Carneiro. In: PORTOCARRERO, V. (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

DESCARTES, R. **Discurso do Método**. Tradução: M. Ermantina Galvão Gomes Pereira. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

DE-SOUZA, M. M. et. col. Avaliação dos efeitos centrais dos florais de Bach em camundongos através de modelos farmacológicos específicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.16 n.3: 365-371, julho/setembro, 2006.

DIURKHEIM, E. **Sociologia e filosofia**. Tradução: J. M. de Toledo Camargo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1970.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

FOLLARI, R. A. Um discurso sobre as ciências: a abertura aos tempos. In: SANTOS, B.S. [Org.]. **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as Ciências revisado**. São Paulo: Cortez, 2004.

FOUCAULT, M. **As Palavras e as Coisas: uma Arqueologia das Ciências Humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

GERBER, R. M. D. **Medicina Vibracional: uma Medicina para o Futuro**. Tradução: Paulo Cessar de Oliveira. São Paulo: Cultrix, 1988.

GIMENES, O. M. P.; DA SILVA, M. J. P.; BENKO, M. A. Essências florais: intervenção vibracional de possibilidades diagnósticas e terapêuticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.4: p.386-395, 2004.

GOELLNER, S. V. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G. L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S. V. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, p. 28-40, 2005.

GOLDEMBERG, R; OTUTUMI, C. Análise de conteúdo segundo Bardin: procedimento metodológico utilizado na pesquisa sobre a situação atual da Percepção Musical nos cursos de graduação em música do Brasil. **Anais do SIMCAM4 – IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais** — mai. 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

LATOUR, B. Relativism. In: **Antropology in theory**. MOORE, H.; SANDERS, T. (Org.). Oxford: Blackwell publishing, p. 598-605, 2006.

LAPLANTINE, F; RABEYRON, P. **Medicinas Paralelas**. Tradução: Ramom Américo Vasques. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

LÉVI- STRAUSS, Claude. A ciência do concreto. In: LÉVI- STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. Tradução: Tânia Pellegrini. 7ª ed. Campinas, SP: Papirus Editora, 2007.

LUZ, M. T. **A Arte de Curar Versus a Ciência das Doenças: história social da homeopatia no Brasil**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996a.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no final do século XX. In: **Phisis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(suplementos): p. 145-176, 2005.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde. In: LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

LUZ, M. T. Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde. VI seminário do projeto racionalidades médicas. **Série: Estudos em saúde coletiva**, n 140, 47 p. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1996b.

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social** – razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Série: Estudos em saúde coletiva**, n 62, 2 p. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1996c.

MARTINS, P. H. **Contra a Desumanização da Medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA. **MDT** – Estrutura e apresentações de monografias, dissertações e teses. 7ª ed. revisada e atualizada. RS: Santa Maria, 2010. Disponível em: http://www.cesnors.ufsm.br/pos-graduacao/gestao-de-organizacao-publica-em-saude/MDT_2010%20UFMS.pdf Acesso em: 22 de janeiro de 2011.

MELLO FILHO, Júlio. **Concepção psicossomática**: visão atual. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.

MENEZES, L. A. M. Michel Foucault e Roy Porter: acerca da luta biopolítica contra a mortalidade. **VI Jornada de Pesquisa em filosofia**. p. 112-117. Universidade Católica de Goiás, 02 a 06/junho/2008. Disponível em: <HTTP://www.grupodemocracia.com/artigos/livros%202/pdfs/MENEZES,LeandroAM.pdf> Acesso em: 22/12/2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1995.

MONTERO, P. **Da doença a desordem**: a magia na umbanda. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Revista Ciência e Educação**, vol.9, n.2, p.191-211, 2003.

NUNES, J. A. Um discurso sobre as ciências 16 anos depois. In: SANTOS, B.S. [Org.]. **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as Ciências revisado**. São Paulo: Cortez, 2004.

OLIVA, A. Cabe ainda invocar o método científico universal. In: SOUZA, A. N. e PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

OLIVA, A. **Filosofia da ciência**.. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda., 2003. (Coleção Passo a Passo).

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. In: **Revista Interface – comunicação, saúde e educação**, V.6, n.10: p. 63-74, 2002.

OSHO. **Tao: O Portal Dourado**. Porto Alegre: Shanti Editora, 1995.

WEBER, M. **Economia e Sociedade**. Brasília: UNB, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999.

PERURENA, F. C. V. **O Amor Fazendo Gênero**. 1999. 329f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais - Sociologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

PERURENA, F. C. V. **Existe transição paradigmática?** Diálogo com Boaventura de Souza Santos à luz de *O amor fazendo gênero*. Coimbra: publicação seriada do CES – Oficina do Centro de Estudos Sociais. N. 159. Abril, 2001.

PIRES, M. R. G. M. Ciência e reconstrução em saúde: disrupção e provisoriade como possibilidades emancipatórias. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.469-478, 2004.

PORTER, R. **Das tripas coração: uma breve história da medicina**. Tradução: Vera Riberiro. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PORTER, R. **História da medicina**. Tradução de Geraldo Magela Gomes da Cruz. Rio de Janeiro: Livraria e editora REVINTER Ltda., 2008

PUTTINI, R, F.; PEREIRA JUNIOR, A. Além do mecanismo e do vitalismo: “a normatividade da vida” em Georges Canguilhem. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(3):451-464, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n3/v17n3a03.pdf> Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim...** Inventário da saúde pública 1880-1930. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: método e técnica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROMERO, M. **Medicalização da saúde e exclusão social**. SP, Bauru: EDUSC, 2002. (Coleção Saúde & Sociedade).

ROSENFELD, D. L. Vida e obra. In: DESCARTES, R. **Discurso do Método**. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

SAYD, D. J. **Mediar, medicar, remediar**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 9ª ed. Editora Afrontamento, 1997.

SIMMEL, Georg. **Filosofia do Amor**. Tradução: Eduardo Brandão. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

TEIXEIRA, M. Z. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.55, n. 1, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000100008&lng=pt&nrm=iso Acesso em 26 de abril de 2010.

TELALORRI JUNIOR, R. **Epidemias no Brasil**: uma abordagem biológica e social. Coleção desafios. 5ª ed. São Paulo: Moderna, 1997.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidade médicas e integralidade. **Revista Ciência & Saúde coletiva**, v.13, n.1, 195-206, 2008.

TOLEDO, N. N.; CHAVES, E. C.; BENKO, M. A. Essências florais e o trabalho noturno em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). In: SILVIA, M. J. P e GIMENES, O. M. P. V. (Coord.) **Florais**: uma alternativa saudável. Pesquisas revelam tratamentos e resultados dessa terapia São Paulo: Editora Gente, 1999.

VENÂNCIO, D. (org). **A Terapia Floral / Escritos Selecionados de Edward Bach**. Sua filosofia, pesquisas, remédios, vida e obra. Tradução: Silvia Branco Sarzana. 5ª ed. São Paulo: Ground, 1995.

ANEXO

Anexo A - Questões norteadoras - Entrevista semi-estruturada

Dados demográficos dos terapeutas florais

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Período de atuação profissional:

Quais os setores de atuação à saúde nos quais você já atuou ou atua:

Quais tuas especialidades:

Com que sistema floral você trabalha:

- Como você teve o primeiro contato com a medicina floral?
- Quanto tempo depois de atuar como médico você começou a trabalhar com medicina floral?
- O que te levou a trabalhar com terapia floral?
- Como você via a demanda para esse mercado no período de formação? E hoje?
- Qual o papel da medicina floral no teu trabalho terapêutico?
- Que mudanças o trabalho com terapia floral trouxe para a tua atuação clínica? E na tua vida, houve alguma influência? Qual?
- Como é o processo diagnóstico da terapia floral?
- O que você define como doença? (como ela surge)
- O que é estar com saúde?
- Cura existe? O que é a cura? (como se dá esse processo)
- Como se dá o tratamento?
- Existem dificuldades em realizar o tratamento com terapia floral? Quais são? Como tu lidas com estas dificuldades do tratamento?
- O que tu acreditas que possa auxiliar a melhorar um estado de doença?
- Você acredita que existe algo que possa auxiliá-lo a lidar melhor com a doença? O que?

- O que te deixa feliz na tua profissão de médico?
- O que mais te atrai na medicina? O que não te atrai?
- O que te atrai na medicina floral? O que não te atrai?
- Como você define a medicina?
- Como você define terapia floral?

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

<p>Universidade Federal de Santa Maria – UFSM</p> <p>Centro de Ciências e Sociais e Humanas</p> <p>Programa de Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado Ciências Sociais</p>	
--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo conhecer os motivos que levaram os médicos a utilizarem, também, terapia floral em sua terapêutica. Para tanto será realizada uma entrevista com questões que abordarão o porquê da escolha pela terapia floral; as concepções de doença, saúde e diagnóstico e sobre a dinâmica do tratamento. Esse estudo está sendo realizado no município de Santa Maria/RS, assim como em Porto Alegre/RS. A entrevista será gravada, quando os entrevistados assim permitirem, sendo apagadas após sua transcrição. Não estão previstos riscos físicos ou psicológicos para os participantes do estudo, assim como não estão previstos benefícios, além da publicação do estudo. As informações obtidas na entrevista serão utilizadas somente para fins de pesquisa, sem identificação dos participantes.

Os pesquisadores responsáveis por este projeto são a Prof^ª. Dra. Fátima Cristina Vieira Perurena e a acadêmica Graciele Dotto Castro; maiores contatos para esclarecimentos de dúvidas acerca dos objetivos ou procedimentos do estudo podem ser feitos através dos telefones (55) 9624-3249 ou 3220-9231, junto ao departamento do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFSM.

Atenciosamente

Pesquisadora:
Graciele Dotto Castro

Orientadora:
Prof^ª. Dra. Fátima Cristina Vieira Perurena

Concordo em participar deste projeto e informo que estou ciente dos objetivos deste estudo, assim como da confidencialidade acerca das identidades minha e da minha família. Estou ciente que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a esta pesquisa. Entendo também que serei livre para retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do trabalho sem que isso acarrete prejuízo de qualquer ordem. Em caso de eventuais desconfortos trazidos pela participação nessa pesquisa, quando caracterizada a necessidade de atendimento psicológico, tenho clareza de que o pesquisador responsabilizar-se-á por meu encaminhamento a um serviço de atendimento psicológico gratuito. Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo, para fins de pesquisa e de divulgação científica, a utilização de anotações e gravações utilizadas comigo.

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM. Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Anexo C – Termo de Confidencialidade

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Centro de Ciências e Sociais e Humanas

Programa de Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado Ciências Sociais



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto da Dissertação: “Entre as interfaces das racionalidades da saúde: por que terapia floral? ”

Pesquisadores responsáveis: Graciele Dotto Castro e Fátima Cristina Vieira Perurena

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Departamento de Ciências Sociais - Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Ciências Sociais

Telefone para contato: (55) 96243249

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos médicos que serão entrevistados. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Ciências Sociais - Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Ciências Sociais por um período de 5 anos, sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Sra. Fátima Cristina Vieira Perurena. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 13/04/2010, com o número do CAAE 0313.0.243.000-09.

Santa Maria, 13 de 04 de 2010

Responsável: Fátima Cristina Vieira Perurena, SIAPE: 0382092

Pesquisadora: Graciele Dotto Castro, CI: 1082218569