UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série

Nº 181

Estudos em Saúde Coletiva

SEMINÁRIO DE CULTURA, HISTÓRIA E POLÍTICA

Questões de Pesquisa e Política Institucional

MADEL T. LUZ *COORDENADORA*

ISSN 1413-7909

DEZEMBRO 1998

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REITOR
ANTONIO CELSO ALVES PEREIRA

VICE-REITORA
NILCÉA FREIRE

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

DIRETOR
RICARDO ANTONIO WANDERLEY TAVARES

VICE-DIRETOR
MARIO ROBERTO DAL POZ

Série
Estudos em Saúde Coletiva . **ISSN 1413-7909**
É UMA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS PARA DISCUSSÃO DO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO,
DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.

EDITOR
GEORGE E. M. KORNIS

PRODUTORA EXECUTIVA
DEANE CASTELLIANO

ASSISTENTE EDITORIAL
MARCUS MACHADO

COPIDESQUE E REVISÃO
ANA SILVIA GESTEIRA

DESIGNERS
SILVIA STEINBERG
MARCELLUS SCHNELL

PRODUÇÃO GRÁFICA E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA
DANIELLE TAVARES

CONSELHO EDITORIAL
CID MANSO DE MELLO VIANNA *Depto. de Planejamento e Administração em Saúde*
LUIZ ANTÔNIO DE CASTRO SANTOS *Depto. de Políticas e Instituições de Saúde*
ROSELY SICHIERI *Depto. de Epidemiologia*

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/SISBI/SERPROT

S485 Moura, Maria Martha Duque de.
Doença crônica na infância: "remédios", análise de alguns recursos terapêuticos / Maria Martha Duque de Moura, Flávia Taddei Conte, Madel T. Luz - Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998.
19p. - (Série estudos em saúde coletiva; n. 181)

Trabalho apresentado no Seminário de Cultura, História e Política: questões de pesquisa e política institucional.

Bibliografia

ISSN 1413-7909

1. Doentes crônicos (crianças). 2. Medico e paciente. I. Conte, Flávia Taddei II. Luz, Madel T. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título. V. Série.

CDU 616-058

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série *Estudos em Saúde Coletiva*

SEMINÁRIO DE CULTURA, HISTÓRIA E POLÍTICA

Questões de Pesquisa e Política Institucional

MADEL T. LUZ *COORDENADORA*

ISSN 1413-7909

DEZEMBRO 1998 Nº **181**

DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA: "REMÉDIOS". ANÁLISE DE ALGUNS RECURSOS TERAPÊUTICOS **03**

Resumo/Abstract 03
Introdução 04
Morte: monstruosidade e doença 05
Doença e cultura 06
"Remédios" 09
Recursos terapêuticos – como tratar? 11
Considerações finais 14
Referências bibliográficas 16

Doença crônica na infância: "remédios" Análise de alguns recursos terapêuticos

Maria Martha Duque de Moura
Flávia Taddei Conte
Madel T. Luz

Resumo

Este artigo pretende discutir o potencial, pouco explorado, de práticas e relações médico-sociais, no tratamento de crianças com doenças crônicas graves e, freqüentemente, fatais. Ressalta a qualidade da relação médico/cliente (paciente-pais), a busca de sentido, a percepção da doença pelo paciente, sua família e a equipe de saúde do hospital, a fé na cura e a solidariedade. Visamos observar aproximações e distanciamentos entre a demanda da família e as possibilidades de oferta do serviço de saúde. Estas reflexões se baseiam na experiência profissional no Instituto Fernandes Figueira, hospital materno-infantil, público, terciário, da FIOCRUZ/ Ministério da Saúde.

Abstract

This paper purpose to discuss the little explored potential of practices and medical — social relations in the treatment of children with chronic grave and, frequently, lethal diseases. It calls special attention to the quality of the physician — client (patient-parents) relations, the search for meaning, illness perception by patients, their families and the hospital staff, faith in the cure and over-all solidarity. Wee seek to observe approximation and distance of family demands and the possible offers of hospital services. This reflection are based on professional experience at a Public Materno-infatile Institute of the Brazilian Ministery of Health (IFF/FIOCRUZ).

Maria Martha Duque de Moura Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social - UERJ, Pesquisadora do Projeto Racionalidades Médicas, médica no Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.
martha@iff.fiocruz.br
Flávia Taddei Conte Bolsista do CNPQ
Madel T. Luz Doutora em Ciências Sociais/Política – USP, Professora Titular do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ e Coordenadora do Projeto de Racionalidades Médicas.

Introdução

Após o impacto da teoria microbiana e do grande sucesso dos antibióticos nas últimas décadas, assistimos ao embaçamento deste sucesso diante das doenças crônicas e incuráveis.

No hospital, pagamos, hoje, um alto preço financeiro e emocional para vencer a morte em casos extremos, como os de prematuros com menos de 700 gramas e de crianças neuropatas graves ou com síndromes genéticas incuráveis. A "carreira hospitalar" destas crianças e de suas famílias é prolongada (muitas nunca foram para casa até seis meses de idade, outras tiveram reinternações tão freqüentes, que, após um ano de vida, não passaram mais que dez dias em casa). A vida lá fora parada, os outros irmãos, o emprego da mãe perdido,... ampliam as perdas.

O problema não é apenas de eficiência, mas da qualidade dos resultados obtidos. Apesar de todo emprego da tecnologia, a falta de suporte econômico, social e psicológico para estas famílias reduz a efetividade dos resultados. Ao invés da integração do doente no contexto familiar, o doente leva à deformação das relações familiares, desintegra um núcleo funcional necessário para a sobrevivência da família como um todo; assim, ao invés da família, junto à assistência médica (ocasionalmente hospitalar), assistirem o "doente", este adoece a família. A cronificação dos casos se reflete, freqüentemente, na cronificação dos aspectos conflituosos e culposos das relações família-paciente-equipe de saúde.

Na atual emergência das doenças crônicas, uma atitude médico-paciente que privilegie a participação mútua, o maior envolvimento paciente/família no seu processo de cura e maior conhecimento, pela equipe de saúde, de aspectos sócio-culturais, relacionados ao adoecer, possibilitará o melhor enfrentamento destas circunstâncias, elevando o potencial terapêutico das ações. Em situações dramáticas, de verdadeiros dilemas éticos, a participação das famílias nas decisões é fundamental, tornando-se imprescindível mesmo, devido à amplitude da repercussão das decisões para o conjunto da família; o que implica, necessariamente, a avaliação de suas possibilidades de opção.

Evitar o modelo monocausal de doença enriquece nossa capacidade de abordar o processo de adoecimento e amplia, enormemente, os recursos terapêuticos disponíveis à equipe de saúde e ao próprio paciente, revitalizando-os na busca solidária de soluções individuais criativas. Pois, à questão "por que ficamos doentes?" não existe uma resposta fácil, simples.

Para discutir os recursos terapêuticos nas doenças crônicas graves e incuráveis importa abordar o limite, a morte, a doença e a monstruosidade. A morte é o limite máximo da vida; assim como a doença, o limite da saúde. Ambas significam perda de controle e são, na nossa cultura, escamoteadas. Agimos como se os limites da vida não existissem e os revestimos de conotação negativa na sociedade moderna. A morte vista como fenômeno natural, a vida como uma seqüência de momentos de felicidade, sofrimento, perdas, ganhos, dor, esperança, como sístoles-diástoles necessários ao pulsar da existência humana é negada na sua diversidade.

A tecnologia possibilitou-nos o conhecimento microscópico da vida e a genética, os clones; porém nos fez acreditar que poderíamos vencer a morte, ou melhor, construir

artificialmente a vida. Ao longo da história recente, procuramos a "*cura*" do homem, verdadeira e definitiva, sua transformação em imortal. O remédio, inclusive, guarda o significado, na mitologia grega, de néctar do Olimpo; na esperança da superação da morte, este é revestido de enorme expectativa. (SAYD, 1995)

Morte – Monstruosidade e Doença

Philippe Ariès, historiador francês, pesquisou durante dez anos (1966 a 1975) o tema da morte, na tentativa de decifrar, como ele argumenta, a "historicidade da expressão inconsciente de uma sensibilidade coletiva" (ARIÈS, 1977). Relata que, a partir de um estudo anterior, sobre o sentimento de família, percebeu que sentimentos que julgamos muito antigos eram, na realidade, recentes (séculos XIX e XX), de uma época em que os progressos científicos têm a capacidade de criar verdadeiros mitos do "sempre foi assim".

Este autor percebe, no homem do século XX, um sentimento de fracasso, característico das sociedades industriais, experimentado nos fracassos familiares e profissionais, por exemplo; sentimento que é estendido à morte, à decomposição do corpo, como se não fossem parte do destino certo do homem.

Numa sociedade que admite ser a vida sempre feliz ou dever sempre parecer assim, não há lugar para o sofrimento, tristeza, doença e morte. Estes aspectos da vida deveriam ser escondidos, camuflados, pois representam o feio que não toleramos. Assim, exemplificando, multiplicam-se as práticas de *toillete* do morto que prometem torná-lo um quase-vivo.

Na segunda metade do século XIX, ocorre um *apagamento da morte em face da obstinação na cura da doença*. Esta substituição aparece, não tanto pelas conquistas reais da medicina, mas porque ela substituiu, na consciência do homem atingido, a morte pela doença.

Nesta passagem, a medicina sofreu um outro deslocamento de seu fim maior, ou seja, de arte de curar doentes para o conhecimento cada vez mais pormenorizado das doenças; uma ciência das doenças, mais capaz de conhecê-las do que remediá-las. (LUZ, 1988)

No século XX, finalmente, aparece a negação da morte. Esta se transformou num tabu, em algo que não se pode nomear.

Nas sociedades industriais contemporâneas, *a morte é, habitualmente, medicalizada, hospitalizada*. Já não se morre em casa, no meio dos seus; morre-se no hospital, e só. Morre-se aí porque o hospital proporciona cuidados que já não são viáveis em casa. Aquele que era, noutros tempos, o asilo dos miseráveis e indesejáveis da sociedade, converte-se num centro médico onde se luta contra a doença e a morte.

A crise contemporânea diante da morte faz com que a família do doente conspire para privá-lo da informação e da liberdade. O doente é tratado como um menor, como uma criança ou um débil mental, que o esposo ou os pais tomam a seu cargo e separam do mundo. Fica privado dos seus direitos e, particularmente, do direito, outrora essencial, de conhecer a sua morte, de prepará-la, de organizá-la. (ARIÈS, 1977)

A equipe de saúde no hospital, por receio de se ver envolvida numa cadeia de reações sentimentais que a fará perder, tal como o doente e a família, o controle da situação e de si própria, adia este contato e compactua, muitas vezes, com essa atitude silenciadora. Os progressos tecnológicos da medicina e a pressão do sentimento familiar escamoteiam a morte.

CANGUILHEN (1966) desenvolveu consistente discussão sobre o normal, o patológico e a anomalia, abordando estes dois últimos não como ausência de norma, mas uma norma diferente. Em obra posterior, CANGUILHEN (1975) afirma ser o monstro também uma ordem, mesmo que uma ordem menos provável.

Mas o monstro é o vivo de valor negativo. Aquilo que dá valor ao ser vivo, ou mais exatamente, aquilo que faz do ser vivo ser valorizado em relação à forma de ser de seu meio físico é sua consistência específica frente às vicissitudes do ambiente material, consistência que se exprime pela resistência à deformação.

Para Canguilhen é a monstruosidade, e não a morte, o contra-valor vital. A morte é uma ameaça permanente e incondicional de decomposição do organismo, é a limitação pelo exterior, a negação do ser vivo pelo não-vivo. Mas a monstruosidade é uma ameaça acidental e condicional de distorção na formação da forma, é a limitação pelo interior, a negação do ser vivo pelo não viável.

Se o Oriente diviniza os monstros, Grécia e Roma os sacrificam e a monstruosidade é percebida como uma tentativa deliberada de infração à ordem das coisas.

O monstruoso, conceito inicialmente jurídico, é progressivamente constituído como categoria da imaginação. Os objetos percebidos pela mãe repercutem na criança durante a gravidez. As paixões, os desejos e os desvios da imaginação ocasionam efeitos visíveis. A imaginação teria o poder de imprimir, nos seres vivos em gestação, os traços do objeto percebido.

A mesma época histórica que, segundo Foucault, naturalizou a loucura, ocupou-se de naturalizar o monstro. No século XIX, o louco é colocado no asilo onde serve para ensinar a razão, e o monstro no laboratório do embriologista, onde serve para ensinar a norma. É no meio do século XIX que se elabora uma explicação científica do monstro que, ao se tornar um conceito biológico, classificado e construído experimentalmente, é naturalizado e domesticado. A teratologia nascida no encontro da anatomia comparada e da embriologia explica certas monstruosidades simples por uma parada do desenvolvimento num estado anterior. É a sobrevida de uma forma embrionária transitória. (CANGUILHEM, 1975)

Os artistas da Idade Média representavam monstros imaginários. O cientista do século XIX pretende fabricar monstros reais, inicialmente no laboratório e, no século XX, naqueles hospitais, com o uso de tecnologia massiva, ao manter, muitas vezes artificialmente, a vida de crianças antes consideradas inviáveis .

Doença e Cultura

É fato social um preconceito marcante em relação à doença, à morte e à monstruosidade. Médicos, terapeutas e doentes, numa visão polarizada de mundo, empreendemos uma verdadeira cruzada contra o vilão: a DOENÇA, algo que lembra a luta do bem contra o mal, da vida contra a morte.

As doenças são definidas socialmente. Elas são diferentes em cada época e segundo as diferentes culturas e condições sociais. Existe uma historicidade das doenças impregnada do imaginário coletivo nas diferentes sociedades. Cada sociedade reveste de importância maior este ou aquele órgão. Nas sociedades ocidentais, por exemplo, o coração é revestido de significações particulares, enquanto no Japão é o abdômen (hara) que recebe a maior atenção. (ADAM e HERZLICH, 1994)

A enfermidade é subjetivamente dotada de sentido, na medida em que é afirmada como real para os membros ordinários da sociedade. É real porque é justamente originada no mundo do senso comum. É importante lembrar que todo significado só é lógico para o indivíduo porque é sócio-culturalmente legitimado pelos seus semelhantes.

Mas o ponto de partida para a compreensão da enfermidade é que ela está necessariamente presa a uma experiência. É a experiência de sentir-se mal que, por um lado, origina as representações da doença e, por outro , põe em movimento a nossa capacidade de transformar esta experiência em um conhecimento. Só quando transformada em sintomas, em impressões sensíveis, é que a doença torna-se uma enfermidade e o papel de enfermo é assumido socialmente "*sick role*". (PARSONS, 1951)

Assumindo a sua condição de doente, isto é, adotando este papel, o indivíduo passa a não ser mais considerado responsável pelo seu estado e fica legitimamente isento das obrigações sociais normais, desde que procure ajuda competente e coopere com o tratamento indicado. A enfermidade, portanto, não é meramente um estado de sofrimento, mas também uma situação social. Torna-se necessário circunscrever as reações corporais em sistemas significantes para o indivíduo, de forma particular e, num nível mais geral, para sua coletividade. (ALVES, 1993)

Herzlich, assim como Camaroff (1982), ressaltam as forças sociais que determinam o conhecimento, as crenças e a escolha de tratamento da enfermidade.

A medicina interpreta os sintomas expressos pelo paciente e os retraduz no interior das categorias do saber médico fundadas em noções biológicas. O doente, por sua parte, possui seu próprio ponto de vista e constrói, de forma individual, mas enraigado em uma cultura, um "modelo explicativo" de sua doença. Designando e nomeando a disfunção corporal, o médico contribui para a criação da realidade social da doença, dando forma e conteúdo a ela, através da sua investigação, diagnóstico e tratamento.

Assim, a trajetória de construção de um sentido para a enfermidade se faz a partir do sentido inicialmente dado pelo paciente e seus familiares; é geralmente seguida pelo sentido dado pelo médico (doutrina médica) e também pelo sentido dado pelo padre, pastor, mãe de santo, pela religião (doutrina religiosa) para, ao longo do tempo, resultar na construção conjunta destes sentidos, passando pela confrontação de versões, contemplando, inclusive, a ambigüidade própria do ser humano, numa contínua negociação dos significados. Esta não é certamente uma negociação simples, pois o objetivo a se atingir não é passível de ser predeterminado, e o acordo obtido, em cada momento, nunca é definitivo. É importante a influência que exercem as doutrinas médicas e religiosas no sentido dado à enfermidade, o que tem como conseqüência uma maior ou menor adesão ao tratamento proposto.

Nas sociedades industriais, por exemplo, existe uma associação estrita entre saúde e capacidade de trabalho, entre doença e incapacidade, pois estar doente é "parar", ou seja, interromper seu trabalho.

A doença é vivida como destrutiva quando se acompanha da destruição dos elos com os outros e de diferentes perdas de capacidade, de identidade e de integração social. Provoca segregação no trabalho, na escola, tornando-se um entrave, um impedimento ao contato com o meio social (contágio, o feio que deve ser escondido), além de manifestar a impossibilidade de manter as atividades habituais. Por outro lado, com o advento da seguridade social, a doença pode ser vivida como "libertadora", se o doente percebe nela a oportunidade de escapar de um papel social que o priva de sua individualidade, ou o esgota física e mentalmente, fato este observado pela medicina do trabalho. Durante séculos, as epidemias foram, devido a sua importância social e política, as doenças predominantes. A peste, a lepra, a varíola, a sífilis, a malária, etc. provocaram baixas demográficas (populações inteiras eram dizimadas) e a medicina era impotente para lidar com esse fenômeno coletivo. As doenças eram, freqüentemente, associadas a um castigo divino ou à oportunidade de redenção, pelo menos no ocidente cristão. (ADAM e HERZLICH, 1994)

A diminuição das epidemias aconteceu, a partir da segunda metade do século XIX, por um conjunto de fatores: espontaneamente devido a um tipo de competição entre os diferentes microorganismos responsáveis pelas doenças; pelas medidas de higiene a partir do século XIX; pelo uso de antibióticos; mas, sobretudo, devido às mudanças econômicas, às melhorias de técnicas agrícolas e de transporte que diminuíram os ciclos da fome, da epidemia e do desequilíbrio demográfico, a partir do século XVIII. (ROSEN, 1980)

Nas sociedades já industrializadas, no século XX, com a diminuição das epidemias, prevalecem as doenças crônicas e degenerativas com suas crises agudas. Os progressos terapêuticos foram capazes de controlar muitas destas doenças antes incuráveis, aumentando a sobrevida dos pacientes. Retarda-se a morte, pelo menos. Hoje até mesmo as doenças incuráveis têm vida longa: não se consegue prever, com exatidão, a morte.

Com isso, novos desafios foram criados, como o das crianças prematuras extremas, com doenças congênitas, anteriormente tidas como incompatíveis à vida e que, hoje, sobrevivem em condições precárias devido a inúmeras seqüelas, fazendo verdadeiras "carreiras hospitalares" (internações freqüentes e prolongadas) que acarretam importantes questões éticas para os profissionais e para a própria família do paciente.*

Deste modo, se a doença não é só lesão orgânica, então, o remédio não pode se restringir à pílula. Pretendo, a seguir, explorar alguns recursos terapêuticos potenciais, ações e condutas possíveis de se constituírem em "remédios" no enfrentamento da doença.

* "MRM nasceu prematuramente, com 25 semanas de gravidez e 780g. Seus pais disseram ao neonatologista que não queriam esforços para a manutenção da vida, se o bebê nascesse naquele estágio extremo de imaturidade. O médico assistente, que acreditava que o bebê tinha chances, ressuscitou-o e iniciou o suporte respiratório mecânico. Ao ver aquilo, o pai solicitou que o respirador fosse removido, confirmando seu desejo anterior. O neonatologista não concordou... O pai solicitou ficar sozinho com seu filho. O neonatologista concordou. O pai, então, removeu a criança da ventilação mecânica e levou seu filho até a mãe para que ela o acolhesse durante seu processo de morte. O bebê morreu em seguida. Dois meses depois, o Dr. M, pai do bebê, foi processado." (FREED e HAGEMAN, 1996)

"Remédios"

O modelo de conhecimento da medicina contemporânea é mecânico-causal, centrado na busca da causa, do mecanismo fisiopatológico e da sede da lesão da doença. Combate os sintomas das doenças e para isso conta com a associação da indústria químico-farmacêutica e da medicina de laboratório, baseadas no mecanismo de ação do medicamento. Esta associação não privilegia a farmacologia clínica, utilizando apenas testes clínicos para verificação toxicológica e de efeitos colaterais das substâncias. Trata-se de um modelo inserido num processo político e econômico que faz gerar ciência e ideologia. (CAMARGO, 1995; ALMEIDA, 1996)

É curioso notar como a doença, com a microbiologia, foi definitivamente colocada, em termos de origem, na natureza externa ao organismo, ficando o tratamento restrito ao combate que se segue à invasão do corpo humano por microorganismos vindos do ambiente externo.

Porém, a experimentação não foi capaz de "depurar" a doença de todos os elementos (variáveis) que a compõem ou que interferem na sua evolução. Não sem criar um comportamento artificial, construído no laboratório, diferente da doença do paciente.

Dentro desta lógica de construção, a imaginação, por exemplo, não é uma variável "cientificamente" aceita, porque o experimentador não é capaz de controlar as variações constantes que ela induz no sujeito doente e não pode, por exemplo, dizer ao sujeito aquilo que ele deve imaginar, impedindo-o de incorporar elementos "parasitas" que transformem o sentido da situação experimental.

Do ponto de vista experimental, a questão da imaginação corresponde a um obstáculo epistemológico, porque se constitui em um contra-poder que se opõe ao experimentador. Este contra-poder que manifesta a presença irredutível da subjetividade, no processo de adoecimento/cura, deveria, se possível, inclusive ser eliminado, independente dos possíveis resultados favoráveis no processo de cura. É por isso que os médicos são tantas vezes tentados a chamar tais variáveis de irracionalidade, de "efeito placebo". (STENGERS, 1995)

Na verdade, sob a denominação de "efeito placebo", o poder curativo da confiança, da esperança, da **fé que cura**, é reconhecido pela medicina moderna enquanto efeito parasita, que implica risco de representar obstáculo ao progresso científico, caso não seja levado em conta. Para este pensamento, este efeito placebo deveria, se possível, desaparecer, pois traduz o caráter puramente empírico da pesquisa em farmacologia. (STENGERS, 1995)

Por outro lado, a saúde pode ser compreendida como "equilíbrio", o que corresponde à possibilidade de um indivíduo gerenciar, do melhor modo possível, as pressões e demandas da vida social. Esta noção de saúde enquanto equilíbrio corresponde perfeitamente à análise de *Canguillen,* segundo a qual a saúde é uma noção normativa que ultrapassa o estado corporal. A doença é uma tentativa do organismo em restabelecer o equilíbrio perdido. Segundo este autor:

> "a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo

equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio. A terapêutica deve, em primeiro lugar, tolerar e, se necessário, até reforçar essas reações hedônicas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural". (CANGUILHEN, 1978)

Partindo do pressuposto de que o equilíbrio da totalidade gera saúde, e sua perda, a doença, partimos para a questão de *combater x transmutar a doença*. Poderia a própria doença ser um caminho pelo qual o ser humano pode seguir rumo à cura, a uma norma vital superior ?

Para a *medicina psicossomática,* por exemplo, a doença é mensageira de algum desequilíbrio emocional interno. Ela é um sinal de advertência, pois interrompe, muitas vezes, a continuidade do caminho de vida, indicando que alguma coisa não está em ordem. É importante estar atento aos aspectos metafísicos do adoecer. Desse ponto de vista, os sintomas podem ser considerados a forma física de expressão dos conflitos e, através do seu simbolismo, ter a capacidade de mostrar aos pacientes em que consistem seus problemas. (GRODDECK, 1966; DETHLEFSEN e DAHLER, 1983)

Ainda numa visão dinâmica, na *teoria sistêmica aplicada à psicologia*, a doença de uma criança, por exemplo, pode ser o sintoma de apresentação dos pais, ou seja, a causa da doença pode residir nas relações familiares, e aquele que chega doente, ser o paciente referido, mas que denuncia um meio ambiente familiar adoecido. Neste sentido, as respostas do clínico às ofertas do paciente, ou ao sintoma de apresentação, são um fator contribuinte altamente importante para as vicissitudes da doença em desenvolvimento. (BALINT, 1984; GOLDRICK e CARTER, 1995)

Na psicanálise, também, a doença pode ser vista como sinônimo de resistência. Algumas pessoas, por algum motivo próprio de sua subjetividade, acham difícil lidar com os problemas de suas vidas e apelam, inconscientemente, para o recurso do adoecer. Por outro lado, a variedade de doenças disponíveis para qualquer pessoa é limitada pela sua constituição, educação, posição social, medos conscientes ou inconscientes e fantasias acerca das doenças, etc. (BALINT, 1984)

Mas lutar contra a doença parece ser uma conduta de sempre, porém a história da medicina é rica de exemplos em que se procurou tratar a doença com a própria doença. O movimento isopático (ISOPATIA) parece ser o representante mais significativo desta visão que influenciou não só a homeopatia, no próprio remédio e nos nosódios, mas também a medicina convencional — a terapêutica da febre, as vacinas, os soros, a auto-hemoterapia e sua correspondente moderna — a plasmaferese, por exemplo. Trata-se da busca do remédio na própria doença, através de seus sintomas. (ALMEIDA, 1996)

Este uso parece apoiado na esperança de estimular o organismo a reagir. Assim, a febre terapêutica da medicina hipocrática e de Hahnemann é exemplo dessa visão, em que através do sintoma, o organismo seria despertado para desencadear o processo de cura. Hoje, inclusive, este sintoma é freqüentemente visto, pela clínica, com certa complacência, uma vez que significa que o organismo está reagindo.

Para a *homeopatia,* o adoecimento é anterior à manifestação clínica, anatomopatológica. Sintomas mentais ou alterações sensoriais a antecedem, sendo, em sua totalidade, fruto de um desequilíbrio da energia vital do indivíduo. A medicação é

capaz de provocar uma doença artificial semelhante à natural, substituindo esta última por outra de menor intensidade. (HAHNEMANN, 1921)

Assim, durante o tratamento homeopático bem sucedido, o retorno de sintomas antigos ou problemas mais superficiais podem ocorrer. Ou seja, quando o paciente toma o remédio correto, pode-se prever, em muitos casos, como parte do processo de cura e de confirmação terapêutica, que ele apresente, por exemplo, problemas mais leves e/ou sintomas antigos da sua história patológica pregressa. Por isso, as doenças de pele são, freqüentemente, poupadas de intervenções e mesmo positivamente valorizadas, pois representam a superficialização do desequilíbrio e poupam do adoecimento órgãos mais profundos e de hierarquia superior.

Trata-se também da importância da crise durante o tratamento da doença crônica. Pois, para a homeopatia, curar somente o sintoma físico de uma doença, numa abordagem focal, é atingir apenas a causa próxima e, para a homeopatia, agravar a verdadeira doença.

Nesta racionalidade médica, são ainda consideradas benéficas certas eliminações do organismo, os quadros de diarréias, resfriados e viroses comuns da infância.

Repensarmos nosso relacionamento com a doença e com o doente. Seria este um passo necessário a todos nós? Refletirmos sobre nossos preconceitos, interessarmo-nos mais pelos aspectos emocionais, sociais e culturais do processo do adoecimento humano?

Recursos Terapêuticos — como tratar?

No momento do ato médico, do agir terapêutico da arte de curar, diferentes agentes fazem sinergismo, ou não, para o restabelecimento da saúde do indivíduo doente. A "pílula" (o medicamento) não é o único recurso (artefato) que representa ou sintetiza a arte de tratar; as condições em que a prescrição se realiza são essenciais. Aqui cabem mais as singularidades que a generalização deste momento.

O remédio concretiza uma "vontade de socorro", uma busca de alívio do sofrimento do doente ou, se possível, sua cura. A prescrição anuncia o resultado, sobretudo, da ***relação médico-paciente***, o que promove ou não uma mudança do relacionamento deste último com o seu mundo.

Esta relação médico-paciente segue alguns modelos no que se refere ao papel de cada um dos interlocutores. Seguimos, aproximadamente, os modelos propostos por PARSONS (1951), sobretudo na idéia de reciprocidade na relação (*Ativo-passivo, Cooperação guiada e Participação mútua)* posteriormente desenvolvida por SZASZ e HOLLANDER (1956).

Em todas as doenças, mas especialmente nas crônicas e sobretudo, atualmente, quando a sobrevida é longa, é possível pensar e prever uma evolução temporal, diferente da apresentada por estes autores, que vai da relação passivo-ativo à cooperação guiada e a uma maior participação do paciente. Isso porque, com o decorrer do tempo, o paciente se apropria mais do conhecimento sobre sua doença, sobre os termos médicos utilizados para descrevê-la, sobre os limites e possibilidades da medicina e sobre a evolução particular daquela doença em si mesmo. Aqui o papel do médico é ajudar o paciente a exercer o cuidado de si mesmo.

Fundamental, em situações dramáticas (muitas vezes, permanentes), quando surgem verdadeiros dilemas éticos, é a participação efetiva dos familiares buscando, juntamente com a equipe médica, as opções possíveis para cada caso, já que qualquer decisão é sempre impactante para toda a família.

Porém, muitas vezes, o contato do doente com o médico é conduzido por este profissional, com o fim de escutar somente aquilo que ele considera pertinente aos fins clínico-terapêuticos. Isso não só cria insatisfação no paciente, mas é também uma forma autoritária e parcial de enfrentar a questão, desconsiderando-se a palavra do outro, numa abordagem em que o paciente é o mal necessário que se interpõe entre o médico e a enfermidade. Neste sentido, cresce a necessidade de exames complementares e da tecnologia que, por vezes, pretendem substituir a relação médico-paciente.

Por outro lado, os recursos terapêuticos podem ser buscados, caso a caso, com o paciente, a partir do acolhimento daquele que sofre e de uma maior escuta que valorize os recursos do paciente, de sua família e de sua rede de solidariedade. Levantar tais recursos junto ao paciente, num desenho terapêutico singularizado e exclusivo, representa, a nosso ver, importante progresso terapêutico.

Distinguir a "prática da influência" de "sugestão", "imaginação" ou "efeito placebo", talvez seja importante, uma vez que, mesmo que estes três últimos termos não sejam usados de forma pejorativa, designam ingredientes tidos como "naturais", "psicológicos" e não uma técnica susceptível de guardar ensinamentos específicos em relação à arte de curar, uma ação que implica um "expert". (STENGERS, 1995)

É importante ressaltar que o médico, enquanto parte desta relação, também é alguém singular, inserido sócio-culturalmente e que pode buscar a sua identidade própria, única, ao exercer a arte de curar, utilizando-se daquelas qualidades que o tornam um agente de cura.

Por outro lado, parece que a família, os amigos, a prática de alguma religião, bem como o pertencimento a grupos, são fontes importantes de suporte social no processo saúde/adoecimento.

Compartilhar as ansiedades, a troca de experiências, o reconhecimento do sofrimento do outro, a ajuda e disponibilidade de ouvir, a possibilidade de falar dos sentimentos de culpa ligados à doença (doença como castigo) são recursos terapêuticos essenciais. As experiências culturais próximas, as concepções de mundo, saúde e doença, o compartilhar de aproximadas representações sociais de doença, saúde e vida ajudam o paciente a enfrentar o desafio do adoecimento. O outro poderá ser um familiar ou amigo próximo, um outro paciente, o médico, enfermeiro, psicólogo, um membro da escola de samba, do time de futebol, da igreja,...

No nível hospitalar ou ambulatorial, por exemplo, estes momentos são constituídos espontaneamente ou através de grupos terapêuticos. No caso de doenças crônicas, as associações de aidéticos, de hemofílicos, de diabéticos, ... procuram dar um cunho coletivo a essas doenças e, assim, também uma oportunidade de apoio mútuo.

O sucesso da terapêutica depende, também, em grande parte, da **fé na cura** que, por sua vez, é determinada, sobretudo pela qualidade da relação médico-paciente. Esta fé determinará se o paciente irá seguir ou não a prescrição (se acredita na

possibilidade de que aquele profissional irá ajudá-lo a resolver seu problema — possibilidade de entrega). Aqui a religiosidade pode ampliar a esperança e empenho do paciente e de seu médico.

É ainda esta fé que faz com que indivíduos saudáveis façam verdadeiras "poupanças vitais", aprimorando seu relacionamento com o mundo físico, no sentido de garantir vida longa e saudável, tendo um papel mais ativo na construção ou manutenção de sua saúde, através das regras de vida, de higiene (hábitos, regimes alimentares e de vida, exercícios, arte, jogos, etc).

Trata-se de perceber a capacidade de enfrentamento do paciente face ao processo de adoecimento, reforçando e valorizando os recursos deste paciente no seu esforço de cura. Para a criança, por exemplo, ***brincar*** ajuda-a a suportar, a elaborar a internação; é uma oportunidade de se reorganizar, de expressar seus sentimentos o que faz com que as crianças fiquem mais cooperativas, menos deprimidas. (SANTAROZA, 1993)

Entretanto, muitas vezes, a biomedicina, ao atribuir à imaginação, ou à **fé que cura**, a melhora de um paciente, não faz mais do que desqualificar estas práticas, por não compreendê-las.

Por sua vez, as diferentes religiões reinterpretam a experiência da doença e modificam a maneira pela qual doente e comunidade percebem o problema, ordenando, assim, uma experiência que pode se apresentar caótica para o paciente e sua família. Portanto, para que os símbolos religiosos funcionem, isto é, produzam cura, é preciso que sejam compartilhados por curador, doente e sua comunidade de referência. (LEVI-STRAUSS, 1967)

Diferentemente dos médicos, os terapeutas religiosos, em geral, não apenas afirmam dividir responsabilidade com a medicina moderna, como julgam intervir onde esta revela-se incapaz.

COX (1995), pastor protestante, progressista, professor na faculdade de Teologia de Harvey, argumenta que, na maioria das culturas, sempre existiu uma complementaridade entre religião e cura ligadas entre si, com o intervalo de exceção (1690-1990) de 300 anos, principalmente no Ocidente, quando as duas foram divorciadas em nome da "ciência". Gradualmente, a visão da doença como um problema estritamente físico, reafirmada pelos métodos de diagnóstico e tratamento, forçou as dimensões espirituais da cura a tomarem mais e mais a periferia.

Mas a idéia de que a fé deve ter algo com a cura das doenças físicas reemergiu como importante elemento, sobretudo na última década. Uma produção recente de pesquisas começou a aparecer nos jornais de divulgação científica, falando do "efeito placebo". Pesquisas dos anos 90 apontam para a possibilidade de certos rituais contribuírem efetivamente para alterações positivas dos sistemas endócrinos e imunes, bem como a percepção do paciente de ser amado e cuidado para o seu restabelecimento. A capacidade de enfrentamento (*coping behaviors*) se refere aos esforços individuais para controlar situações de *stress* e reduzir as repercussões negativas consecutivas à situação. (ADAM e HERZLICH, 1994)

As igrejas pentecostais, por exemplo, pelos rituais de "catarse", pelo contato direto de cada membro com Deus, pelos bens e serviços trocados entre seus membros,

pelo acolhimento (migração, industrialização) principalmente de pobres, negros e excluídos produzem um "*empowerment*" pessoal positivo no enfrentamento das doenças.

Para esta igreja, o diabo é o foco do processo de adoecimento; a doença é o resultado da presença do diabo alojado no corpo (invasão de entidades do mal). No espiritismo, são os obsessores que causam a doença, são espíritos menos desenvolvidos, para cujo progresso espiritual os médiuns podem contribuir. A cura é essencialmente uma tarefa pedagógica pela qual espíritos menos desenvolvidos são conduzidos a estágios superiores de existência. A atitude do Centro frente aos espíritos responsáveis pela doença é marcada pela tolerância e pela compaixão. No candomblé, por outro lado, a doença resulta da ação prejudicial de outros homens e/ou de entidades sobrenaturais. A cura envolve essencialmente dinâmica de negociação, visando fortalecer o indivíduo, através de alianças com poderes sagrados. (RABELO, 1993)

A compaixão parece o potente recurso terapêutico que permeia o suporte social, a **rede de solidariedade** do paciente. Com a recente divulgação do budismo tibetano no mundo, posterior à invasão do Tibete pela China, muitos dos valores há muito cultivados pelo budismo têm sido redescobertos. O Tibete, assim como a Birmânia, foi por muito tempo um Estado teológico (chefe espiritual = chefe de Estado). No budismo tibetano existem duas correntes: Pequeno veículo (Hinayana) — liberação do indivíduo e o Grande veículo (Mahayana) — ideal de iluminação (despertar de todos os seres, baseado de forma importante na compaixão). A compaixão se expressa numa ética mínima onde não há nada que justifique causar o sofrimento ao outro. Só se pode ter boa vida em comunidade, tenho de ter um outro para me preocupar. Existe uma tolerância notável quanto às falhas humanas. (REVEL e MATTHIEU, 1998)

O budismo tibetano tem quatro linhagens e, dentre elas, a linhagem Nyingma, através do Kun Nye, propõe, inclusive, exercícios com o intuito de desenvolver compaixão. A questão da impermanência e da necessidade de desapego do eu são questões centrais no budismo.

Considerações Finais

As reflexões expostas neste artigo fazem parte de uma pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da UERJ (quadro metodológico resumido em anexo). Este projeto será operacionalizado, através de um estudo de caso, no Instituto Fernandes Figueira (IFF)/FIOCRUZ/Ministério da Saúde, que é um hospital materno-infantil terciário, de referência no Sistema Único de Saúde. Este hospital conta com um dos poucos CTI (Centros de Tratamentos Intensivos) públicos neonatais e de crianças maiores, com cirurgia infantil, neurocirurgia, genética, com serviço de referência nacional para mucoviscidose e AIDS, entre outros. A população atendida é, predominantemente, de baixa renda.

No IFF, as doenças crônicas graves e fatais prevalecem e a equipe de saúde, treinada em sua formação para curar e aliviar a dor de seus pacientes, freqüentemente não cura, nem tem a possibilidade de aliviar o sofrimento de seus pacientes. Freqüentemente, resta apenas oferecer o prolongamento da vida destes doentes, muitas vezes em condições extremamente precárias. Estes fatos geram, cotidianamente, sentimentos de impotência e fracasso diante da atualidade que aguarda novas respostas às suas demandas.

Uma "pergunta" essencial neste trabalho é: O que fazemos, quando não há, aparentemente, nada a fazer? Como reagimos ao limite da medicina como sistema de intervenção?

Supomos que o médico tende a desinvestir no seu paciente, depois do diagnóstico de doença crônica, grave e incurável. Tende a reagir "tecnologizando" a terapêutica, não suportando assim sua impotência, escondendo-se numa crescente intervenção tecnológica e afastando-se do seu doente.

Por outro lado, o cliente com doença crônica tende a regredir emocionalmente na relação com o médico e a instituição, necessita se sentir cuidado e aceita um papel, eventualmente, bastante passivo. Existe aí uma ambigüidade, pois, com o tempo, o paciente e sua família também conhecem melhor a própria doença, seus remédios e os limites da medicina.

Com as internações prolongadas, a sociedade afasta o "monstro" (desviante) do seu convívio e penaliza a mãe, uma vez que a internação da criança é conjunta à mãe, segundo determinações do *Estatuto da Criança*. Esta mãe, permanecendo no hospital por meses ou anos, dormindo diariamente numa cadeira, perde o emprego, não dá atenção aos outros filhos, ao marido e à sua casa. O doente, assim, adoece toda a família.

Cabe lembrar que muitas das dificuldades citadas neste artigo são, na verdade, limites da própria medicina contemporânea acrescidas, evidentemente, da precária rede de suporte social e assistencial característica de nosso país atualmente. Esta situação é particularmente dramática, quando consideramos o difícil acesso à tecnologia, a medicamentos extremamente caros, a cadeiras de roda, ou a escolas especiais destinadas aos pacientes com necessidades especiais.

A intenção desta pesquisa é contribuir para o enriquecimento da nossa capacidade de abordar o processo de adoecimento, ampliando os recursos terapêuticos disponíveis à equipe de saúde e ao próprio paciente, revitalizando-os na busca solidária de soluções criativas. Tais recursos terapêuticos serão encontrados, a nosso ver, com o paciente, a partir de uma maior escuta que valorize os recursos deste paciente, de sua família e de sua rede de solidariedade. A meta, então, desloca-se do puro combate à doença para a compreensão do processo do adoecimento e para o seu enfrentamento a partir da construção de um desenho terapêutico singularizado.

Referências Bibliográficas

ACKERKNECHT. *A history of therapeutics* . New York, Hafner Press, 1973.

_____. *A short history of medicine.* Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1982.

ALMEIDA, Eduardo. *As razões da terapêutica.* Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, IMS – UERJ, Rio de Janeiro, 1996.

ALVES, Paulo Cesar. *A experiência da enfermidade: Considerações teóricas.* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3), jul/set, 1993.

ADAM, Philippe e HERZLICH, Claudine. *Sociologie de la maladie et de la mèdecine.* Paris, Éditions Natan, 1994.

ARIÈS, Philippe. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du moyen age à nous jours*, coll. "Points Histoire". Paris, Éditions du Seuil, 1975.

_____. *L'homme devant la mort.* 2 vol, coll. "Points Histoire". Paris, Éditions du Seuil, 1985.

AZIZA, Shuster. *Le médecin de soi-même.* Paris, PUF, 1972.

BALINT, Michael. *O médico, seu paciente e a doença.* Rio de Janeiro : Livraria Atheneu, 1984.

BION. *Experiências com grupos.* Rio de Janeiro : Imago, 1970.

BRIM, Orville Gilbert et al. *The dying patient.* USA, Transaction Books Inc,1982.

BOURDIEU, Pierre. *Bourdieu* . Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo : Ática ed.

BYOCK, Ira. *Dying will : Peace and possibilites at the end of life.* New York, River Head Books, 1997.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*, 2 ed. Rio de Janeiro : Forense-Universitária ed., 1966.

_____. *La connaissance de la vie.* 2 ed. Paris, J. Vin ed, 1975.

_____. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida* . São Paulo : Ed. 70, 1977.

_____. *Une pèdagogie de la guerison est-elle possible?* In: Nouvellle Revue de Psychanalyse, Paris, Ed. Gallimard, 1978.

COX, Harvey. *Fire from heaven : The rise of petencostal spirituality and reshaping of religion in the twenty-first century.* New York, Addison Wesley Publish Company, 1995.

DETHLEFSEN, Thorwald e DAHLKE, Rüdiger. *A doença como caminho.* São Paulo : Ed. Cultrix, 1995.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1980.

_____ . *As palavras e as coisas* . São Paulo : Martins Fontes, 1990.

FREED, Gary e HAGEMAN, Joseph. Ethical dilemmas in the prenatal, perinatal and neonatal periods, *Clinics in Perinatology*, vol. 23 n. 3, September, 1996.

FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VI. 2 ed. Rio de Janeiro : Imago, 1986.

GINZBURG, C. *Mitos, emblemas, sinais* . São Paulo : Cia das Letras, 1989a.

GLASER, B.G. e STRAUSS, A.L. *Time for dying*. Chicago, Aldine ed, 1968.

GOUVÊA, Veronica. O paciente terminal - A ameaça ao discurso como objeto do desejo. Tese de Mestrado em Psiquiatria da UFRJ, 1996.

GRODDECK, Georg. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática* . São Paulo : Perspectiva, 1966.

_____. *O homem e seu isso* . São Paulo : Perspectiva, 1970.

GUARESHI, Pedrinho e JOVCHELOVITCH, Sandra (Org). *Textos em representações sociais*. 2 ed. São Paulo : Ed. Vozes, 1995.

GUILLÉN, Diego Gracia; ENTRALGO, Pedro L. et al. *História do medicamento* . Barcelona, Espanha : Ediciones Doyma, 1987.

HAGGERTY, Robert (Org). *Chronic disease in children* . The pediatric clinics of North America, Vol. 31, n. 1, february, 1984.

HAHNEMANN, Samuel. *Organon of Medicine*. sexta ed, 1921.

HENNEZEL, Marie. *La mort intime*. Paris, Ed. Robert Laffont, 1995.

HERZLICH, Claudine. *Santé et maladie: Analyse d'une représentation sociale*. Paris, Éc, Prat. H. Ét., 1969.

_____. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: De la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot ed, 1984.

_____. *Os encargos da morte* . RJ : UERJ, 1993. (Estudos em Saúde Coletiva n. 052)

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde Nêmisis da medicina . Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1975.

JACOB, François. A lógica da vida - História da hereditariedade. Rio de Janeiro : Graal, 1983.

KALINSKY, Beatriz e ARRUÉ, Wille. Claves antropológicos de la salud. El conocimiento en una realidade intercultural. Buenos Aires. Miño e Dávila Editores SRL, 1996.

LEVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia estrutural* . 2 ed. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1985.

LEPARGNEUR, Hubert. *O doente, a doença e a morte*. Campinas, São Paulo : Papirus, 1987.

LUZ, Daniel. *Racionalidades médicas: Medicina tradicional chinesa* . Rio de Janeiro : UERJ,1993. (Série: Estudos em Saúde Coletiva n. 72)

LUZ, Madel. Natural, racional, social : Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro : Campus, 1988.

MACHADO, Roberto. *Ciência e saber*. Rio de Janeiro : Graal, 1982.

MALDONADO, Maria Thereza e CANELLA, Paulo. *A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia* . 2 ed. São Paulo : Roca, 1988.

MCGOLDRICK, Monica e CARTER, Betty. *Mudanças no ciclo de vida familiar*. 2 ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

MINAYO, Maria C. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. SP/RJ : Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria C. et al. *Pesquisa social – Teoria, método e criatividade*. 5 ed. Rio de Janeiro : Vozes de Petrópolis, 1996.

PERRIN, J. e MACLEAN, William. *Children with chronic illness* . The Prevention of Dysfunction in the Pediatric Clinics of North America, vol. 35, n. 6, December, 1988.

PORTOCARRERO, Vera (Org). *Filosofia, história e sociologia das ciências: Abordagens Contemporâneas*. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994.

RABELO, Miriam Cristina. *Religião e cura: Algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas*. In: Cadernos de Saúde Pública. Número Temático: Abordagens in Antropologia em Saúde. Vol. 9 n. 3, p. 318-325, jul/set, 1993.

RAIMBAULT, Ginette. *A criança e a morte*. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1979.

REVEL, Jean-François e MATTHIEU, Ricard. *O monge e o filósofo – O budismo hoje*. São Paulo : Mandarim, 1998.

RIVIÈRE, Pichon. *O processo grupal*. 39 ed. São Paulo : Martins Fontes, 1988.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro : Graal, 1979.

SACKS, Oliver. *Um Antropólogo em Marte* . São Paulo : Schwarcz, 1997.

SAGESSE, Edson G. *Projeto Brincar* . J. Bras. Psiq., 44(4): 185-187, 1995.

SANTAROZA, Eliza. Quando brincar é dizer: Uma experiência psicanalítica na infância. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1993.

SAYD, Jane D. Mediar, Medicar, Remediar : Terapêutica na Medicina Contemporânea – O Pensamento Médico Brasileiro.Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social – UERJ, 1995.

SIEGEL, Bernie S. *Love, medicine and miracles*. New York, Harper & Row Publishers, 1986.

SPINK, Mary J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial . In Cad. Saúde Pública. RJ, 9 (3), jul/set, 1993.

_____. *Representações Especiais : Questionando o Estado da Arte.* In Psicologia & Sociedade, vol. 8, n.2, : A.B.P.S.,1996.

_____. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Superando os Horrores Metodológicos.* (memo) IV Congresso Latinoamericano de Ciências Sociais e Medicina, México, 1997.

STENGERS, Isabelle e NATHAN, Tobie. Médecin et sorciers. Collection Les Empêcheurs de Penser en Rond. Paris, Synthélabo ed., 1995.

SZASZ T. & HOLLANDER M. *Contribution to the philosophy of medicine.* Archs. Intern. Med., 1956; 97: 585-592.

THURMAN Robert. O Livro Tibetano dos Mortos.

THOMPSON, Richard. *Documenting the Value of Play for Hospitalized Children: The Challenge in Playing the Game.* The Acch advocate, vol. 2, n. 1, 1995.

VALLA, Victor e STOLTS, Eduardo. *Participação Popular, Educação e Saúde. Teoria e Prática.* Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1993b.

VESSEY, Judith A. e MAHON, Margaret M. *Therapeutic Play and the Hospitalized Child.* Journal of Pediatric Nursing, vol. 5, nº 5, 1990.

WINNICOTT, Donald. *O Brincar a Realidade.* Rio de Janeiro : Imago, 1972.

ENVIO DE ARTIGOS, VENDAS E PERMUTAS
SÉRIE: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - UERJ
RUA SÃO FRANCISCO XAVIER, 524 - 7º ANDAR - BL. D
MARACANÃ - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 20.559-900
TEL.: (021) 587-7303 / 587-7572 / 284-8249
FAX.: (021) 264-1142
E-MAIL: SERIEIMS@UERJ.BR

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
GRÁFICA DA UERJ

SÉRIE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS

1. APRESENTAÇÃO DE TEXTOS

Os textos, quando entregues ao Depto. de Publicações do Instituto de Medicina Social da UERJ, devem atender às seguintes exigências:

1.1. estar escritos na língua portuguesa e tratar de temas ligados, preferencialmente, à saúde e políticas públicas e sociais;

1.2. ser apresentados em disquetes 3½, acompanhados de 3 (três) cópias em papel, tendo sido digitados em *Word for Windows;*

1.3. constar de no mínimo 20 e no máximo 70 laudas (30 linhas com 70 toques por linha); casos excepcionais serão julgados pela Editoria da Série;

1.4. estar acompanhados de sumário e de resumos em português e em inglês, com 100 a 200 palavras cada, e apresentarem um mínimo de três palavras-chave descritoras do conteúdo, também em português e em inglês;

1.5. estar acompanhados de apresentação dos autores (qualificação profissional e vínculos institucionais);

1.6. as NOTAS deverão ser apresentadas no pé das páginas e as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS deverão ser apresentadas ao final do artigo, em páginas específicas destinadas a este fim;

1.7. as NOTAS deverão ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos;

1.8. os GRÁFICOS e TABELAS deverão ser numerados consecutivamente, em algarismos romanos;

1.9. poderão ser feitas citações no texto, somente indicando o último sobrenome do autor citado, o ano de publicação e página (quando for o caso), entre parênteses. Ex.: (Litton, 1983, p.75);

1.10. as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS devem ter as indicações necessárias à perfeita identificação das obras, de acordo com as normas da ABNT. Exemplos:

Para livros

DIAS, Gonçalves. *Gonçalves Dias*: poesia. Organizada por Manuel Bandeira; revisão crítica por Maximiano de Carvalho e Silva. 11 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1983. 87 p. (Nossos Clássicos, 18)

Para artigos

MOURA, Alexandrina Sobreira de. Direito de habitação às classes de baixa renda. *Ciência e Trópico*, Recife, v. 11, n.1, p. 71-78, jan./jun. 1983.

Para capítulos de livros

LAYTON, E. Conditions of technological development. In: SPIEGEL, Ina, PRICE, Derek de Solla. *Science technology and society*; a cross-disciplinary perspective. California, Sage, 1977. p. 197-222.

Para trabalhos publicados em Anais

CORDEIRO, Rosa Inês de N. Descrição e representação de fotografias de cenas e fotogramas de filmes: um esquema de indexação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO, 16. 1991. *Anais*... Salvador: APBEB, 1991. v. 2, p. 1008-1022.

2. INDICAÇÃO E PARECER EDITORIAL

2.1. os textos, quando de autoria de alunos, deverão estar acompanhados de indicação para publicação, por escrito, emitida por professor do IMS;

2.2. todos os textos apresentados para publicação serão submetidos a parecer de pelo menos um membro do Conselho Editorial ou de consultor que a Editoria da Série considere oportuno convidar, de acordo com suas especificidades. A indicação apontada no item 2.1) não exclui a emissão do parecer aqui referido.

3. REVISÃO E AJUSTES DOS TEXTOS

3.1. nos casos de aprovação com ressalvas, os textos serão devolvidos aos autores para revisão e alteração, a serem realizadas no prazo máximo de 10 (dez) dias;

3.2. após aprovação para publicação, os textos serão submetidos a profissional qualificado para dar procedimento ao copidesque, que deverá ser revisto pelos autores no prazo máximo de 5 (cinco) dias;

3.3. os textos alterados ou revisados, devolvidos pelos autores em prazos superiores aos determinados nos itens 3.1 e 3.2, serão publicados de acordo com novo cronograma de produção a ser definido pela Editoria da Série.

4. PRIORIDADE

Será prioritária a publicação de textos de autoria de professores e alunos do Instituto de Medicina Social da UERJ.

5. EXEMPLARES PARA OS AUTORES

Os autores terão direito a 10 (dez) exemplares gratuitos dos números da Série em que constem seus textos.

6. CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão analisados pelo Editor da Série.

Textos Publicados em 1998

160. **VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Tradicional Chinesa**
Madel T. Luz - coordenadora

161. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Cotia (SP)**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores

162. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Baturité**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores

163. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Barbacena**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores

164. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Cocal do Sul**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores

165. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Olinda e Trindade**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores

166. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; Informe Final**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores

167. **Comparação de representações de corpo, saúde e doença e tratamento em pacientes e terapeutas de Homeopatia, Acupuntura e Biomedicina**
Madel T. Luz

168. **VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Biomedicina**
Madel T. Luz - coordenadora

169. **Educação em Saúde e Qualidade de Vida: para Além dos Modelos, a Busca da Comunicação**
Mônica de Assis

170. **Série Didática - Medicina, Médicos, Doenças e Terapêutica: Exame Crítico de Alguns Conceitos**
Kenneth Rochel de Camargo Jr.

171. **Alguns Elementos Teóricos para a Análise da Reabilitação da Pessoa Portadors de Defieciência Física**
Israel Cruz Velandia e Jane Dutra Sayd

172. **Dois Tópicos para uma Discussão sobre Medicina e Ciência**
Kenneth Rochel de Camargo Jr. e Maria Inês Nogueira

173. **Origens da Medicina Contemporânea: uma breve resenha**
Jane Dutra Sayd

174. **O Medicamento na Visão da Imprensa Escrita**
Marilene C. do Nascimento, Daniela S. Martinez e Madel T. Luz

175. **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde no Brasil e a Renovação da Proposta "Saúde para Todos"**
Jairnilson Silva Paim

176. **Ouvindo a Natureza: uma Crítica ao Fisicalismo Reducionista**
Alexandre A. Ribeiro Wanderley

177. **Seminário de Cultura, História e Política - Questões de Pesquisa e Política Institucional**
Influências da Biometria na Crise de Atenção à Saúde: a Dicotomia entre a Doença do Médico e a Doença do Doente
Charles D. Tesser, Madel T. Luz e Gastão W. S. Campos

178. **Seminário de Cultura, História e Política - Questões de Pesquisa e Política Institucional**
A Estrutura do Campo Médico Homeopático do Rio de Janeiro: Reflexões sobre a Produção do Conhecimento Homeopático como Elemento Básico de Estruturação Institucional Sistêmica do Campo
Carla Romilda Lucas e Madel T. Luz

179. **Seminário de Cultura, História e Política - Questões de Pesquisa e Política Institucional**
A Medicina Homeopática na Rede Pública: o Caso do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
Gissia Gomes Galvão e Madel T. Luz

180. **Seminário de Cultura, História e Política - Questões de Pesquisa e Política Institucional**
A Intuição na Prática Médica: Contribuições da Filosofia ao Campo da Saúde
Maria Beatriz L. Guimarães, Marcelo Peloggie e Madel T. Luz