

WANIA MARIA PAPILE GALHARDI

**A OFERTA DA HOMEOPATIA NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE SÃO PAULO:
diferentes atores e distintas institucionalizações**

CAMPINAS

Unicamp

2010

WANIA MARIA PAPILE GALHARDI

**A OFERTA DA HOMEOPATIA NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE SÃO PAULO:
diferentes atores e distintas institucionalizações**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS

CAMPINAS

Unicamp

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

G132o Galhardi, Wania Maria Papile
A oferta da homeopatia no Sistema Único de Saúde dos municípios de São Paulo: diferentes atores e distintas institucionalizações / Wania Maria Papile Galhardi. Campinas, SP: [s.n.], 2010.

Orientador : Nelson Filice de Barros
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Homeopatia. 2. Saúde Pública. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Humanização na Saúde. 6. Programa Saúde da Família. I. Barros, Nelson Filice de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The offering of homeopathy in São Paulo's municipalities: the different agents and different institutions in the single health system

- Keywords:**
- Homeopathy
 - Public Health
 - Healthy Primary Attention
 - Single Health System (Brasil)
 - Humanization in Health
 - Family Health Program

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva
Banca examinadora:

Prof^o. Dr^o. Nelson Filice de Barros
Prof^o. Dr^o. Rosana Teresa Onocko Campos
Prof^o. Dr^o. Helenice Bosco de Oliveira
Prof^o. Dr^o. Gilberto dos Anjos Luppi
Prof^o. Dr^o. Silvia Irene Waisse de Priven

Data da defesa: 20-12-2010

Banca examinadora de Tese de Doutorado

Aluno(a): Wania Maria Papile Galhardi

Orientador: **Prof.(a). Dr.(a).** Nelson Filice de Barros



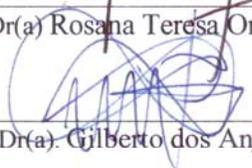
Prof.(a). Dr.(a) Nelson Filice de Barros



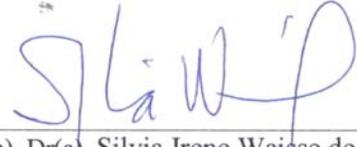
Prof.(a). Dr(a) Rosana Teresa Onocko Campos



Prof.(a). Dr(a). Helenice Bosco de Oliveira



Prof.(a). Dr(a). Gilberto dos Anjos Luppi



Prof.(a). Dr(a). Silvia Irene Waisse de Priven

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/12/2010

DEDICATÓRIA

Ao Antonio Cesar, meu companheiro.

Às minhas amadas filhas, Ilana, Marina e Livia.

E, ao mais novo da família, meu neto Gabriel.

Aos meus queridos pais, Mauro e Inês.

*Àqueles que acreditam que um dia a homeopatia estará
ao alcance de todos!*

AGRADECIMENTOS

Aos professores da Pós Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp pela atenção e disposição em transmitir o saber.

Aos meus colegas de aula pela colaboração com meu aprendizado.

Ao meu orientador Prof. Nelson F. de Barros por me acolher nos momentos mais difíceis, inseguros e me mostrar um caminho a seguir.

Aos Professores Helenice B. de Oliveira e Everardo D. Nunes, componentes da banca de qualificação, pelas sugestões oferecidas.

Aos gestores dos serviços públicos que se empenham para manter e implementar a homeopatia para a atenção à saúde das pessoas.

Aos gestores dos serviços públicos que me atenderam e com disposição relataram sobre a atenção em homeopatia nos seus municípios, e assim colaboram para a construção desse trabalho.

À Maisa, secretária da Pós-Graduação, pela presteza nas informações e auxílio com a documentação.

À minha família pela compreensão e cuidado em que me envolveram durante os anos em que me dediquei a esse estudo.

Aos meus colegas professores da Faculdade de Medicina de Jundiaí por me ouvirem e me entenderem nos momentos de sobrecarga.

*“Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis.”*

Bertolt Brecht

RESUMO

Partindo-se do desafio da integralidade na atenção à saúde, como configuração funcional e estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS), e da impotência reconhecida na resolução dos determinantes sociais no processo saúde-doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs as Medicinas Alternativas e Complementares para comporem as políticas de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, contando com a visão holística do indivíduo. No Brasil em maio de 2006 foi publicada a Portaria nº 971, a qual traça as diretrizes para a incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) nos três níveis de atenção à saúde. Esta pesquisa analisa o comportamento da oferta da atenção em homeopatia por municípios do Estado de São Paulo, com o objetivo de entender os fatores políticos, sociais e culturais, regionais-locais envolvidos como motivadores da implantação, continuidade e descontinuidade da atenção nos municípios. A metodologia da pesquisa cumpriu duas fases: primeiramente, análise quantitativa da produção de consultas em homeopatia registradas no DATASUS, no período de 2000 a 2007; posteriormente, aplicação de questionário semi-estruturado para os gestores dos municípios que ofertaram atendimento em homeopatia no período citado. Como resultados, na primeira fase da pesquisa os municípios foram classificados em tipologias de acordo com o comportamento da oferta de consultas homeopáticas no período estudado. O primeiro tipo foi denominado de “*Constantes*”, iniciaram e mantiveram o atendimento homeopático de maneira contínua no período estudado; o segundo, “*Descontínuos*”, iniciaram e interromperam o atendimento homeopático durante no período; e o terceiro grupo dos “*Tardios*”, que iniciaram o atendimento homeopático em algum momento após 2001 e o mantiveram até 2007. Foram constatadas duas tendências na produção de consultas nesses municípios, de crescimento e de redução, esta última no período de 2006-2007 após a publicação da PNPIC. Na segunda fase da pesquisa foi subdividida em dois temas, o primeiro trata da implementação da homeopatia nos municípios e das percepções dos gestores municipais quanto à oferta da atenção no que se refere aos aspectos facilitadores, dificultadores para a implementação e manutenção da atenção em homeopatia, aos fatores necessários para a reorganização da atenção, a influência da PNPIC para a implementação da homeopatia e criação de uma legislação municipal, e a influência da iniciativa do médico homeopata e do gestor para a implementação e atenção em homeopatia e o controle social. No segundo tema foi estudada a organização da atenção em homeopatia nos municípios de acordo com os níveis de

atenção, demanda, características das consultas homeopáticas – linhas e modelos de agendamento – e os fatores que influenciaram na evolução da produção das consultas. Conclui-se que a incorporação de práticas não convencionais, com novas concepções do processo saúde-doença e cura, são absorvidas pelas instituições dependendo da conjuntura política, dos governos centrais ou locais, da demanda social e da pressão política em seu favor.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) has proposed Complementary and Alternative Medicine to integrate health policies, especially when it comes to countries under development, starting with the challenge of devoting full attention to health. In May 2006, Brazil published the Directive #971 as part of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC, in the original acronym), which encourages the inclusion of Homeopathy, among other practices, into the Single Health System (SUS). The present research analyzes the offering of homeopathy in municipalities within the state of São Paulo from 2000 to 2007, with the purpose of understanding the processes of setting up, implementing and interrupting the homeopathic care in these towns. Its methodology covers two phases: the first one of them accomplishes a statistical analysis of the homeopathy consultations registered at DATASUS from 2000 to 2007, whereas the second phase involves semi-structured telephonic interviews with the managers responsible for the towns that offered homeopathic care during the same period. The results from the first phase enabled a typology of the towns involved in the study, according to the offering of homeopathic consultations. The first type of municipality was called *constant* type, referring to the towns that maintained a continuous attendance along the period; the second type was called *discontinuous*, referring to towns that interrupted the offering of homeopathy during the period and the third type was called *late*, referring to towns that started to offer homeopathy at some moment between 2001 and 2007. There were trends of increase and decrease in the amount of the homeopathic consultations accomplished; the second trend was observed in the period from 2000 to 2007, after the publication of the PNPIC. The second stage of this research analyses the municipal managers' perceptions on both facilitators and hinders for the implementation and maintenance of homeopathy care, as well as on the necessary factors for organizing such care. It also examines the influence of the PNPIC on the process of inserting homeopathy into the public health system and on the drafting of municipal laws, plus the influence of both the homeopathy practitioner and municipal manager on the homeopathy implementation and social control. Another subject investigated during the second phase of this research was the organization of homeopathy care in the towns where it was being offered, according to: care levels, demand, features of the homeopathic consultations, homeopathy school, models of schedules and factors that favored the increase on the accomplishment of consultations. As a conclusion, this study

remarks that when municipalities incorporate non-conventional practices which do not share the allopathic conceptions of health-disease-healing, they are ruled by political affairs and social demand as much as by the knowledge and interest of their local managers, led by political pressure.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABCDH	Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Homeopatas
ABFH	Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas
AMB	Associação Médica Brasileira
AME	Ambulatório Médicas de Especialidades
AMHB	Associação Médica Homeopática Brasileira
APH	Associação Paulista de Homeopatia
Caps	Centro de Apoio Psico-social
CEF	Conselho de Entidades Formadoras
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHB	Instituto Hahnemanniano do Brasil
LMHI	Liga Médica Homeopática Internacional
MAC	Medicina alternativa e Complementar
MT	Medicina Tradicional
NASF	Núcleos de Assistência à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamentais
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Integrativas e Complementares

PNMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa de Saúde da Família
SEAD	Sistema Estadual de Análise de dados
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informação de Ambulatorial – SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1- Percentual de respostas positivas por tópico por regiões (WHO, 2005).....	95
Tabela 2- Consultas de homeopatia em municípios de São Paulo (2000-2007).....	109
Tabela 3- Consultas dos municípios de pequeno porte de São Paulo (2000-2007).....	113
Tabela 4- Consultas dos municípios de médio porte de São Paulo (2000-2007).....	114
Tabela 5- Consultas dos municípios de grande porte de São Paulo (2000-2007).....	115
Tabela 6- Porte dos municípios por tipologia.....	119
Tabela 7- Municípios que compõem o tipo <i>Constantes</i>	120
Tabela 8- Municípios de pequeno porte dos <i>Constantes</i>	121
Tabela 9- Municípios de médio porte dos <i>Constantes</i>	121
Tabela 10- Municípios de grande porte dos <i>Constantes</i>	121
Tabela 11- Variação do crescimento da atenção nos <i>Constantes</i> (2006-2007).....	126
Tabela 12- Municípios do tipo <i>Descontínuos</i>	128
Tabela 13- Municípios do tipo <i>Tardios</i>	129
Tabela 14- Variação do crescimento da atenção nos <i>Tardios</i> (2006-2007).....	130

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1- Evolução da produção total de consultas por ano nos municípios de São Paulo (2000-2007).....	111
Figura 2- Evolução das consultas por ano dos municípios de pequeno porte de São Paulo (2000-2007).....	116
Figura 3- Evolução das consultas por ano dos municípios de médio porte de São Paulo (2000-2007).....	116
Figura 4- Evolução das consultas por ano dos municípios de grande porte de São Paulo (2000-2007).....	117
Figura 5- Tipologia dos municípios por oferta de homeopatia.....	119
Figura 6- Evolução da produção de consultas nos <i>Constantes</i> (2000 – 2007)..	122
Figura 7- Evolução da produção de consultas nos municípios <i>Constantes</i> de pequeno porte (2000 – 2007).....	123
Figura 8- Evolução da produção de consultas nos municípios <i>Constantes</i> de médio porte (2000 – 2007).....	123
Figura 9- Evolução da produção de consultas nos municípios <i>Constantes</i> de grande porte (2000 – 2007).....	124
Figura 10- Municípios que implementaram homeopatia por tipologia.....	137
Figura 11- Implementação da homeopatia por tipologia (<i>Constantes, Descontínuos e Tardios</i>).....	138
Figura 12- Legislação municipal por tipologia (<i>Constantes, Descontínuos e Tardios</i>).....	161
Figura 13- Gestores e conhecimento da PNPIC.....	164
Figura 14- <i>Constantes</i> e conhecimentos sobre a PNPIC.....	165

Figura 15-	<i>Descontínuos</i> e conhecimentos sobre a PNPIC.....	169
Figura 16-	<i>Tardios</i> e conhecimentos sobre a PNPIC.....	170
Figura 17-	<i>Constantes</i> e a influência da PNPIC para a implementação e atenção em homeopatia.....	172
Figura 18-	<i>Descontínuos</i> e a influência da PNPIC para a implementação e atenção em homeopatia.....	173
Figura 19-	<i>Tardios</i> e a influência da PNPIC para a implementação e atenção em homeopatia.....	173
Figura 20-	Iniciativa da atenção em homeopatia.....	177
Figura 21-	Iniciativa do homeopata na tipologia <i>Constantes</i>	178
Figura 22-	Iniciativa do homeopata apoiada pelo gestor nos <i>Constantes</i>	182
Figura 23-	Iniciativa do gestor nos <i>Constantes</i>	184
Figura 24-	Iniciativa do homeopata nos <i>Descontínuos</i>	185
Figura 25-	Iniciativa do homeopata apoiada pelo gestor nos <i>Descontínuos</i>	186
Figura 26-	Iniciativa do homeopata nos <i>Tardios</i>	188
Figura 27-	Iniciativa do homeopata apoiada pelo gestor nos <i>Tardios</i>	189
Figura 28-	Iniciativa do gestor nos <i>Tardios</i>	191
Figura 29-	Iniciativa dos homeopatas e desdobramentos.....	192
Figura 30-	Iniciativa do homeopata apoiado pelo gestor e desdobramentos.....	193
Figura 31-	Iniciativa do gestor e desdobramentos.....	193
Figura 32-	Desdobramentos dos não respondentes.....	194
Figura 33-	Desdobramento iniciativa do Estado.....	194
Figura 34-	Níveis de atenção nos <i>Constantes</i>	201

Figura 35-	Nível primário de atenção, número de profissionais e demanda nos <i>Constantes</i>	202
Figura 36-	Atenção primária e movimento da demanda para as especialidades nos <i>Constantes</i>	203
Figura 37-	Nível secundário de atenção, número de profissionais e demanda nos <i>Constantes</i>	204
Figura 38-	Atenção secundária e movimento da demanda para as especialidades nos <i>Constantes</i>	205
Figura 39-	Nível primário e secundário de atenção, número de profissionais e demanda nos <i>Constantes</i>	206
Figura 40-	Atenção primária e secundária; movimento da demanda para as especialidades nos <i>Constantes</i>	207
Figura 41-	Níveis de atenção nos <i>Descontínuos</i>	208
Figura 42-	Movimento da demanda para as especialidades nos <i>Descontínuos</i> ...	209
Figura 43-	Níveis de atenção nos <i>Tardios</i>	210
Figura 44-	Nível secundário de atenção, número de profissionais e demanda para os <i>Tardios</i>	211
Figura 45-	Atenção secundária e movimentação da demanda para a especialidade nos <i>Tardios</i>	212
Figura 46-	Atenção primária e modelos de agendamento nos <i>Constantes</i>	215
Figura 47-	Atenção primária, modelo de agenda e agendamento nos <i>Constantes</i>	216
Figura 48-	Atenção secundária e modelos de agendamento nos <i>Constantes</i>	217
Figura 49-	Atenção secundária, modelo de agenda e agendamento nos <i>Constantes</i>	218

Figura 50-	Atenção primária e secundária; modelos de agendamento nos <i>Constantes</i>	219
Figura 51-	Atenção primária e secundária, modelo de agenda e agendamento nos <i>Constantes</i>	219
Figura 52-	Atenção secundária e modelos de agendamento nos <i>Descontínuos</i>	220
Figura 53-	Atenção secundária e modelos de agendamento nos <i>Tardios</i>	221
Figura 54-	Atenção secundária, modelo de agenda e agendamento nos <i>Tardios</i>	222

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1- Lista de questões da entrevista semi-estruturada.....	50
Quadro 2- Percentual dos municípios por porte (SEADE, 2007).....	112
Quadro 3- Código de identificação dos municípios.....	136
Quadro 4- Comparação entre as Racionalidades Médicas ((LUZ, 1993).....	199
Quadro 5- Organização da atenção em homeopatia.....	200

	PÁG.
RESUMO	<i>xii</i>
ABSTRACT	<i>xvii</i>
INTRODUÇÃO	43
PARTE I- HOMEOPATIA: HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO	53
I- A crise no modelo biomédico e a homeopatia	55
II- A integralidade e a homeopatia	61
III- Princípios da racionalidade médica homeopática	64
IV- Homeopatia no Brasil	70
V- A homeopatia e o Sistema Único de Saúde	87
VI- A homeopatia e o marco para sua legalização	90
VII- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	103
PARTE II- A PESQUISA COM DADOS SECUNDÁRIOS E A CRIAÇÃO DAS TIPOLOGIAS	105
I- Estudo do comportamento da produção de consultas nos municípios de São Paulo	107
II- Estudo do comportamento da produção de consultas nos municípios do tipo dos Constantes	119
III- Estudo do comportamento da produção de consultas nos municípios do tipo dos Descontínuos	127
IV- Estudo do comportamento da produção de consultas nos municípios do tipo dos Tardios	128
Considerações sobre a pesquisa com dados quantitativos secundários	130
PARTE III- PERCEPÇÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS QUANTO À OFERTA DA HOMEOPATIA	133

CAPÍTULO I- A IMPLANTAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E A MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO EM HOMEOPATIA NOS MUNICÍPIOS.....	137
I- Aspectos facilitadores para a implantação, implementação e manutenção da atenção da homeopatia nos municípios Constantes, Descontínuos e Tardios.....	138
Municípios do tipo dos Constantes.....	138
Municípios do tipo dos Descontínuos.....	142
Município do tipo dos Tardios.....	144
Discussão parcial.....	147
II- Aspectos dificultadores para a implantação, implementação e manutenção.....	151
Municípios do tipo dos Constantes.....	151
Municípios do tipo dos Descontínuos.....	155
Municípios do tipo dos Tardios.....	155
Discussão parcial.....	157
III- Aspectos da reorganização da homeopatia nos municípios Constantes, Descontínuos e Tardios.....	159
IV- A legislação específica sobre a homeopatia nos municípios Constantes, Descontínuos e Tardios.....	161
V- O conhecimento e a influência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na oferta da homeopatia.....	163
O conhecimento e a influência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares entre os gestores dos municípios do tipo dos <i>Constantes</i>	165
O conhecimento e a influência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares entre os municípios do tipo dos <i>Descontínuos</i>	168

O conhecimento e a influência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares entre os gestores dos municípios do tipo dos <i>Tardios</i>	170
Discussão parcial.....	172
VI- Implantação, Implementação e o Controle Social na oferta da homeopatia.....	175
Discussão Parcial.....	192
CAPÍTULO II- A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM HOMEOPATIA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 2000-2007.....	197
As racionalidades médicas e a integralidade da atenção.....	197
I- Níveis de atendimento, oferta de profissionais e a demanda nos municípios do tipo dos Constantes, Descontínuos e Tardios.....	200
II- Características da consulta homeopática: linhas homeopáticas e modelo de agenda, nos municípios do tipo dos Constantes, Descontínuos e Tardios.....	213
III- Fatores que influenciaram na evolução da produção das consultas homeopáticas.....	222
Discussão Parcial.....	224
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	229
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	241
APÊNDICES.....	255
Apêndice 1- Questionário semi-estruturado.....	257
Apêndice 2- Planilha Excel.....	261
Apêndice 3- Mapa do Estado de São Paulo.....	264

INTRODUÇÃO

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos!"

Fernando Pessoa

A história da medicina mostra as influências da cultura, da economia, da epidemiologia e da política na construção do saber-fazer do cuidado em saúde. Da “arte de curar”, passando pelo desenvolvimento anatomopatológico e pelo crescimento do uso da tecnologia, até a construção da hegemonia da biociência, observa-se então, a perda do cuidado com a saúde e a fragmentação do saber médico. A medicina contemporânea de modelo biomédico, que se desenvolveu no século XX, prioriza a tecnificação dos atos diagnóstico e terapêutico, a superespecialização e o hospitalocentrismo. A tecnologia médica materializada nos instrumentais diagnósticos e cirúrgicos passou a ser auxiliar da clínica. É a interposição de uma *tekné* já constituída entre o médico e o corpo do doente, o que leva ao alheamento entre o terapeuta e o paciente (Ibáñez e Marsiglia, 2000; Luz, 1993).

A biomedicina tornou-se hegemônica, fortaleceu-se com o poder e o apoio das grandes empresas médico-diagnósticos e das indústrias farmacêuticas, que atuam diretamente nos consultórios médicos, no “corpo a corpo”, divulgando conhecimentos atualizados sobre exames e métodos diagnósticos e informes técnicos sobre medicamentos. Atuam também como potentes financiadoras dos congressos médicos e são as responsáveis por determinarem a obsolescência de métodos diagnósticos e terapêuticos. Dominam, dessa forma, o mercado médico e a saúde é transformada em “mercadoria”.

Em decorrência de tal cenário, desvalorizou-se o cuidado médico, a ação médica na individualização do sujeito e a relação médico-paciente. Desconsiderou-se a humanização¹; perdeu-se a concepção totalizante do homem como corpo, espírito, relações afetivas e condições de vida e de trabalho.

Como diz Queiroz (2006), depreciou-se o indivíduo e sua subjetividade; perdeu-se a dimensão simbólica e profunda do fenômeno doença e, especialmente, do fenômeno saúde. Assim, a crise do modelo médico positivista se expressa pela impossibilidade de se sustentarem as necessidades de saúde da população, no que se refere à adaptação aos conhecimentos especializados, às situações de saúde apresentadas e ao financiamento do sistema de saúde centrado na alta tecnologia farmacêutica e hospitalar.

Não é possível negar os benefícios do desenvolvimento científico ao possibilitarem esclarecimentos diagnósticos e tratamentos sempre mais eficazes, cujo propósito é prolongar a vida. Muitos indivíduos, no entanto, buscam outras opções terapêuticas, tentando minimizar os efeitos adversos dessa medicina, devido à fragmentação do atendimento e à dependência da tecnologia.

Já na década de 1960, sujeitos sociais reagiram contra o modelo biomédico dominante. A medicina alternativa foi, então, a solução encontrada para o resgate da dimensão humanista, generalista e integradora no modo de cuidar. Em seguida, em 1978, ocorreu a Conferência Mundial de Ministros da Saúde de Alma-Ata, cujo tema foi “Saúde para Todos no ano 2000”. Ao final dos trabalhos, conclui-se que, por meio de prática integradora e de programas intersetoriais, seria possível não só proporcionar a melhoria dos níveis de saúde da população como também estabelecer medidas que intensificassem as ações nos cuidados primários da saúde e auxiliassem enfrentar o aumento progressivo do custeio da biomedicina.

Desde então, a Organização Mundial da Saúde discute a necessidade da prática integral no cuidado à saúde, incluindo as práticas não biomédicas. Finalmente a Organização propôs que, até 2005, os países deveriam instituir, em seus Serviços de Saúde

¹ Humanizar: humanar, tornar humano, tornar benévolo, tornar afável, dar condição de homem (Michaelis – Moderno Dic. da Língua Portuguesa – acesso 27/05/2008).

Pública, a Medicina Tradicional e as Medicinas Alternativas e Complementares, de forma que, eles pudessem oferecer ao indivíduo atenção integral e de dimensão capaz de atingir a qualidade de vida.

Nesse momento da história em que se privilegiaram a saúde e a qualidade de vida, incentivou-se a institucionalização da homeopatia, como racionalidade médica capaz de contemplar a integralidade na atenção à saúde do indivíduo. Resgatou-se a “arte de curar”, em padrão de custeio e benefício acessível aos países em desenvolvimento.

No Brasil, em maio de 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que propôs a implementação, no Sistema Único de Saúde (SUS), dessas práticas, dentre elas a homeopatia.

Passados quatro anos da criação da PNPIC, sabe-se pouco sobre a oferta da homeopatia nos municípios do Estado de São Paulo. Maior população do Brasil, com mais de 40 milhões de habitantes, distribuídos em 645 municípios, São Paulo abriga o maior parque industrial e a maior produção econômica do país. De acordo com dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE² - e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE³- de 2007, é responsável por aproximadamente 27% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, produz alta tecnologia, além de se destacar em agricultura, pecuária e serviços. Também é o centro de maior fluxo de imigrantes, com quase três milhões de pessoas de 70 diferentes nacionalidades.

Embora por essas características São Paulo seja reconhecido como fundamental para a vida socioeconômica e cultural do país, não estão no Estado as experiências mais inovadoras e bem-sucedidas do SUS. Ainda não foi elaborada, por exemplo, uma Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares como em outros Estados e as experiências existentes nos municípios são práticas isoladas de profissionais ou de gestores da saúde (Brasil, 2009; Tesser, 2009).

² (www.seade.gov.br, acesso em 2010)

³ (www.ibge.gov.br, acesso em 2010)

Salles (2008) constatou em sua pesquisa que, até o ano de 2005, consultas médicas homeopáticas foram registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS de apenas 109 municípios e sete unidades da federação. No ano de 2003, 100 municípios, concentrados no sudeste, e 20 estados informaram ter realizado consultas homeopáticas. Assim, tais dados tornam evidente a pequena oferta da homeopatia aos usuários do Sistema Público de Saúde brasileiro. A cultura hegemônica da biomedicina e o complexo médico-industrial são obstáculos que se apresentam à homeopatia. Como São Paulo concentra a maior parte dos núcleos formadores e produtores de tecnologia biomédica, entende-se como significativa essa pressão contra o desenvolvimento de Práticas Integrativas e Complementares, o que justifica a análise da oferta da atenção em homeopatia no SUS dos municípios do Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a oferta da atenção em homeopatia no SUS nos municípios do Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007. E, como objetivos específicos analisar: os fatores facilitadores para a implantação, implementação e manutenção do atendimento homeopático nos serviços de saúde pública; os fatores dificultadores⁴ para a implementação e a atenção em homeopatia; a influência da PNPIC para a implantação, implementação e evolução da atenção em homeopatia; a influência do médico homeopata e do gestor e o controle social para a implantação, implementação e manutenção da atenção em homeopatia; os modelos da atenção em homeopatia implementados nos municípios nos níveis primário, secundário e terciário da atenção à saúde.

Para se alcançarem os objetivos propostos neste estudo, utilizou-se a metodologia quanti-qualitativa em duas fases. A 1ª fase compreende levantamento e análise de dados quantitativos. A 2ª fase, fase quanti-qualitativa, inicia-se com o estudo descritivo que compreende as especificações dos dados populacionais e das características dos municípios entrevistados, seguido do agrupamento das “falas” dos entrevistados de acordo com temas específicos. Desse modo, conforme conceitua Sampieri (2006), o estudo se torna explicativo, já que ele se explica, quando os depoimentos respondem as causas dos acontecimentos, ou, porque duas ou mais variáveis estão relacionadas.

⁴ "Dificultador" é um neologismo que não consta dos dicionários. (<http://educacao.uol.com.br/bancoderedacoes/redacao/ult4657u122.jhtm> – Acesso, setembro de 2010)

Esta pesquisa está alicerçada, portanto, na primeira análise de dados quantitativos da produção ambulatorial de consultas em homeopatia realizadas no SUS, em municípios do Estado de São Paulo, com registro no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, a partir do ano de 2000, uma vez que o código para consultas homeopáticas foi criado em 1999.

Coletaram-se esses dados introdutórios, em fevereiro de 2008, no site do Ministério da Saúde⁵, que contém informações sobre as ações de saúde realizadas nos ambulatórios de especialidade dos municípios. A partir dessa fonte e utilizando planilha eletrônica, catalogaram-se todos os municípios do Estado de São Paulo que realizaram consultas em homeopatia e registraram o código correspondente no site do Ministério da Saúde, ano a ano, durante o período de 2000-2007. Aplicando-se a análise quantitativa nos dados secundários encontrados, buscou-se compreender a oferta do atendimento homeopático nos municípios e sua respectiva evolução no período.

Na segunda fase do estudo, realizou-se a análise quanti-qualitativa dos resultados das entrevistas realizadas com os gestores municipais que ofertaram atendimento em homeopatia, a partir da aplicação de instrumento semi-estruturado (Apêndice 1), cujas questões estão listadas no Quadro 1.

⁵ www.datasus.gov.br

Quadro 1- Lista de questões para a entrevista semi-estruturada

IMPLEMENTAÇÃO	Quais fatores facilitaram e quais dificultaram a implementação da atenção em homeopatia?
HOMEOPATIA	O que foi a implementação? Por que não implementou? De quem foi a iniciativa? Os médicos homeopatas foram contratados mediante concurso público?
POLÍTICA NAC. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	Conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?
	O que conhece da política?
	A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares teve influência na atenção em homeopatia?
LEGISLAÇÃO	Existe legislação própria no município que se relacione à homeopatia?
	Qual a influência dos outros níveis do governo – Federal /Estadual-, na atenção/implementação em homeopatia no município?
AÇÕES POPULARES/CONSELHOS SAÚDE	A população participou da resolução sobre a implementação da atenção em homeopatia no município?
	Como atua o Conselho Municipal de Saúde em relação à atenção em homeopatia no SUS?
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO/HOMEOPATIA	Quais fatores influenciaram na evolução do atendimento (produção ambulatorial) em homeopatia?
	Em que nível de atenção se desenvolve o atendimento homeopático?
	Como ocorre a relação demanda/oferta na atenção em homeopatia?
	Como são agendadas as consultas? Como os usuários buscam a homeopatia?
	Qual é o período de tempo disponível para as consultas de homeopatia?
	Quais são as “linhas” da terapêutica homeopática usadas no serviço?
	O código da consulta em homeopatia é anotado no Sistema de Informação para a Saúde/SUS? Desde quando?
	Os médicos homeopatas são cadastrados no Sistema de Informação Ambulatorial-SUS?

Realizaram-se as entrevistas de novembro de 2008 a julho de 2009 e os gestores de saúde dos municípios, ocupantes dos cargos de coordenação, gerência, diretoria de serviços e secretaria de saúde foram os sujeitos da pesquisa. A maioria das entrevistas foi realizada por telefone. No início, tentou-se gravar em “viva voz”, mas a má qualidade da gravação dificultava a audição posterior do material gravado, optou-se, então, por escrever as “falas” dos gestores durante as entrevistas. Dos 47 gestores contatados, 12 preferiram responder por escrito. Os sujeitos foco da pesquisa foram os Secretários Municipais de Saúde. Primeiro eram explicados os objetivos da pesquisa e apresentada a fase quantitativa já realizada; em seguida, eles eram convidados a participar da entrevista, durante a qual a situação da produção de consultas homeopáticas do seu próprio município era relatada. Entretanto, quando o secretário não se sentia suficientemente seguro, delegava a outros profissionais da equipe, às vezes ao próprio médico homeopata do serviço, a função de entrevistado.

Destaca-se que, diante do método utilizado nessa 2ª fase, não seria possível a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que foi compreendido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que aprovou o projeto, segundo Protocolo de Nº 811/2008.

Após cada entrevista, realizou-se a digitação das respostas em planilha eletrônica de maneira sucinta e seletiva, de forma que se utilizasse o filtro da planilha, para a análise quantitativa dos dados coletados (Apêndice 2).

Para apreender a totalidade do objeto estudado, foi necessário levar em conta o contexto em que se situava o problema, compreender o que era singular e, em seguida, tratar os temas apontados. Procuraram-se, por meio da análise dos resultados da pesquisa, os elementos para a compreensão do atendimento homeopático instalado e as respostas às indagações de um fato em movimento, uma vez que os serviços de saúde sofrem modificações constantes e possibilitam a produção de conhecimentos, de sugestões e a promoção de mudanças. Compreende-se, portanto, o conhecimento como algo não acabado, mas em construção.

Os dados das entrevistas realizadas na 2ª fase da pesquisa foram tratados de acordo com publicações de Bardin (2004) e Minayo (2004), pela análise de conteúdo, a fim de identificar, nos discursos, as atitudes, as escolhas e as resoluções dos sujeitos. Ao se agruparem as diferentes atitudes, obtêm-se grupos de categorias e, então, torna-se possível valorizar ou desvalorizar as representações e as qualidades apresentadas pelos sujeitos individuais. Trata-se de procurar “conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (Bardin 2004, p. 24) e conseguir explicar e sistematizar o conteúdo e o significado de mensagens.

Ainda ao se considerar a relevância da pesquisa qualitativa no campo da saúde e das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), remete-se a Barros et al (2005) que afirma que o método qualitativo permite a exploração do campo onde a prática está inserida e a compreensão das forças culturais e sociais envolvidas na trajetória da implementação das práticas de saúde.

As “falas” foram categorizadas de acordo com os temas abordados nas questões contidas no questionário, de maneira que se compreendessem cada um deles em particular, para, posteriormente, relacioná-los e entender posições e opiniões.

Para melhor análise, os municípios foram classificados conforme a perspectiva populacional, com dados extraídos do IBGE (2007), SEADE⁶, em abril de 2008, e foram agrupados segundo o porte populacional: **pequeno porte: municípios até 100.000 habitantes, médio porte de 100.000 a 500.000 habitantes, e grande porte acima de 500.000 habitantes.**

⁶ www.seade.gov.br

PARTE I
HOMEOPATIA:
HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO

“Contemplando as formas existentes no céu, pode-se compreender o tempo e suas diferentes exigências. Contemplando as formas existentes na sociedade humana, pode-se estruturar o mundo”.

I Ching

I- A crise no modelo biomédico e a homeopatia

O surgimento de novos paradigmas em medicina está relacionado a situações e condicionamentos complexos de natureza socioeconômica, cultural e epidemiológica. De acordo com Luz (1997), diversos acontecimentos, dentre eles o crescimento das desigualdades sociais, o aumento das doenças infecciosas, especialmente as sexualmente transmissíveis e as crônicas não transmissíveis, poderiam ter como consequência uma “crise na saúde”. Assim, a crise da biomedicina está associada à crise na saúde, mas de maneira um tanto diversa, relacionando-se muito mais aos planos ético, político, pedagógico e social do que à produção do conhecimento.

A crise na saúde no Brasil teve início na década 1970, marcada pela situação econômico-financeira vigente e pelo término do milagre econômico. Nessa época, têm início, de forma progressiva, questionamentos sobre a política social do governo e os efeitos na saúde do modelo econômico, que levava à política discriminatória e de desigualdades no acesso qualitativo e quantitativo aos serviços. O modelo médico hegemônico vigente no país era assistencial-privatista e, diante desse cenário, alicerçou-se política e ideologicamente o movimento da Reforma Sanitária (Almeida et al, 2001).

Ao analisar o modelo assistencial biomédico, identifica-se que a crise na saúde se relaciona às limitações do paradigma da biomedicina, e a tecnologia médica materializada nos instrumentais diagnósticos e cirúrgicos leva não só à alienação do doente diante de seu próprio corpo, como à fetichização do equipamento médico. No século XX, viu-se a tripla cisão na medicina contemporânea: a cisão entre a ciência das doenças e a arte de curar (*epistemé*); a cisão na prática médica do combate às doenças (*práxis*) entre diagnose e terapêutica; a cisão do agir clínico (*tekné*) da unidade relacional terapêutica

médico-paciente, pela interposição de tecnologias “frias” (Luz, 1993; Ibáñez e Marsiglia, 2000; Machado, 1997).

Como consequência, a medicina com toda a inovação tecnológica e seu modelo empresarial perde a humanização, resultando em atuação mais ligada a estabelecer tratamentos que a realizar cuidados propriamente ditos. A instituição privada atende de acordo com a oferta e a demanda de serviços, numa ligação vital com a produção. Ela se organiza conforme o modelo lucrativo que prevê a racionalização das ações médicas ao mesmo tempo em que pressiona os médicos para o atendimento da demanda. A instituição pública, no entanto, tem a atenção centrada em ações prioritárias organizadas de acordo com os riscos, a demanda e a oferta de serviços, com consultas e exames insuficientes.

O poder hegemônico das indústrias farmacêuticas, das empresas de tecnologia diagnósticas e do corporativismo médico convencional leva à correlação de forças que se alteram historicamente frente às respostas do setor socialmente subordinado. Na tríade indivíduo, médico e instituição existem diferenças conceituais, sociais e culturais, influenciando, de maneira decisiva, na relação demanda-oferta e nas necessidades de saúde, as quais não são satisfeitas pelos serviços e não correspondem à necessidade da população, mas sim da instituição. A hegemonia leva ao prejuízo da Saúde Coletiva e colabora para o desenvolvimento de uma crise, que representa crise sanitária e médica e envolve culturalmente as relações entre a medicina, a sociedade e as instituições (Luz, 1986; Luz e Pinheiro, 2007).

Da insatisfação com o modelo médico dominante, marcado pelas terapêuticas invasivas e iatrogênicas, no período de 1970 a 1990, desenvolveu-se o interesse crescente pelas demais racionalidades médicas. Tal fato se deu, pois, enquanto a medicina científica opera buscando os fatores causais e os contra fatores para a anulação dessas causas, cresce a medicina alternativa e complementar com prioridade sobre as doenças crônico-degenerativas, a fim de garantir o cuidado e a sobrevivência com maior qualidade (Schraiber, 2001; Barros, 2000).

Na década de 1980, conforme destacado por Almeida et al. (2001), o país enfrentou grave crise econômica, houve movimentações em torno da política social e da saúde, ao mesmo tempo que ocorreu o processo de redemocratização. A sociedade civil organizada ansiava pelo direito de cidadania. Desse movimento, resultou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, considerada um dos eventos político-sanitários mais importantes da história da saúde pública brasileira, pelo seu caráter democrático. Nessa época, também foram realizadas as Conferências Municipais e as Estaduais de Saúde, que levaram todos os níveis da sociedade a debaterem sobre a saúde, com o objetivo comum de democratização e estabelecimento das metas para alcançar a “Saúde para todos no ano 2000”, como estabelecido na Conferência de Alma - Ata, em 1978.

A constituição do Projeto de Reforma Sanitária do país foi o principal resultado da VIII CNS, por apregoar o conceito abrangente de saúde. Em 1988, foi publicada a Constituição Federal, que traz avanços nas questões sociais e, particularmente, na saúde, com a criação do Sistema Único da Saúde (SUS) orientado pela política de “Saúde como direito de todos e dever do Estado”.

De acordo com o texto constitucional, ao Estado cabe a tarefa de garantir a saúde para todos, por meio de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doenças e outros agravos”, quanto para o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

O cenário, no entanto, que se desenha na construção da gestão do SUS requer novos padrões de relacionamento entre serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários. Isso ocorre, sobretudo, porque ocorre aumento da demanda por atenção médica decorrente de problemas de saúde abrangentes que incluem os aspectos psicossociais, o desequilíbrio de demanda-oferta de serviços públicos de saúde e a baixa resolubilidade do modelo biomédico.

Assim, os princípios de *universalidade, integralidade e equidade* norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõem considerar-se: direito de atenção à saúde com acesso universal; escolha do tipo de terapêutica preferida pelo usuário dos serviços;

atendimento integral, desde a prevenção até o mais complexo tratamento ou agravo e de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

A situação política do final da década de 1980, juntamente com a crise fiscal, a institucional e a política do governo marcaram o contexto histórico da construção do SUS e trazem à compreensão as dificuldades de se alcançar pleno êxito, mesmo que o Sistema esteja previsto na Constituição Federal.

Frente a essa realidade, o oferecimento de especialidades médicas alternativas ou complementares é importante. Elas mostram possibilidades terapêuticas contrárias ao modelo assistencial desenvolvido, sob a lógica da clínica centrada no biológico e assentada no ato prescritivo e nos procedimentos que utilizam máquinas, instrumentos e medicamentos, como principais recursos diagnósticos e terapêuticos. Isso colaborou para a busca da homeopatia primeiramente por estudantes de medicina, posteriormente por pesquisadores e políticos progressistas impregnados pela visão da homeopatia como *contracultura*. Foi no final da década de 1970, que se iniciaram os Encontros Nacionais de Estudantes Interessados em Homeopatia, os quais tiveram papel de destaque para o crescimento da homeopatia no Brasil.

A homeopatia foi introduzida no Brasil pelo médico francês Benoit-Jules Mure, em 1840. Ele era socialista utópico e veio, inicialmente, introduzir uma sociedade cooperativa ligada ao socialismo, na região de Santa Catarina. Há, entre muitos, dois aspectos a serem destacados no tratamento homeopático: o primeiro está relacionado com o tratamento integral, com o alcance mais largo que o da medicina científica e o segundo, com a dimensão interacional.

A homeopatia foi criada no século XIX, na contracorrente da tendência dominante do pensamento médico daquela época, e afirmou a supremacia da “arte de curar” sobre a teoria das doenças. Ela propugnou a ciência da terapêutica, isto é, da clínica (arte de curar) “verdadeiramente experimental”. O projeto da medicina homeopática de estabelecimento da ciência terapêutica foi cientificamente marginalizado, num contexto de valorização progressiva da diagnose como elemento fundamental da ciência das doenças.

Os médicos tendiam a tornar-se *homens da ciência* e não mais *artesãos da cura* (Luz, 1993).

Ao definir a saúde como equilíbrio do princípio ou força vital, Luz (1993) considera que a homeopatia trabalha com a concepção positiva de saúde e tem sua abordagem voltada para estimular a autonomia dos sujeitos. Para Hahnemann (1984), quando qualquer agente hostil à vida, externo ou interno, atinge o indivíduo, tal princípio de harmonia é influenciado pelo dinamismo do agente hostil e é nesse caso que a energia vital se altera, mudando seu ponto de equilíbrio, produzindo no organismo sensações desagradáveis e processos de adoecimento. Assim, para o homeopata, restabelecer a saúde é restabelecer a harmonia no dinamismo da vida.

De acordo com as conclusões do 1º Fórum Nacional de Homeopatia, ocorrido em 2004, a homeopatia fortalece os princípios do SUS, pois, alicerçada no controle social visa consolidar, como parâmetro de qualidade de sua prática: a *integralidade* – compreendendo o sujeito enquanto unidade indivisível, que não deve ser submetido a limitações de recortes patológicos; a *equidade* – dimensionando a atenção às necessidades de saúde da população, respeitando as diferenças individuais; a *universalidade* – na garantia democrática do acesso a essa racionalidade, enquanto direito de exercício de cidadania (Comissão de Saúde Pública, 2004).

No exercício da clínica homeopática, estimula-se a fala, usa-se da escuta para o diagnóstico, o que contribui para a humanização e o aumento da resolubilidade na rede de atenção à saúde. Segundo Rosenbaum (2000), a homeopatia é considerada medicina do sujeito, e esse é construído em função de seu processo histórico, unidade e força vital que o anima. Acrescenta Rosenbaum que:

O sujeito é para Hahnemann retrospectivo e prospectivo. Retrospectivo porque a cada uma das vivências pelas quais passou configura e delimita sensibilidades e susceptibilidades especiais, dignas de ser usadas de duas formas: enquanto categoria medicamentosa para escrutinar semiologicamente os sintomas e enquanto instrumento propedêutico para fazer, quando for necessário, uma pedagogia, ou seja, interferir nos hábitos que, de

alguma forma, podem produzir danos clínicos para o paciente. Prospectivo porque tais vivências serão usadas também para saber das 'potências prospectivas' dos sujeitos, de suas aspirações, de sua imaginação, enfim de seu estar no mundo 'poeticamente', criativamente. (Rosenbaum, 2000, p.126)

Por ser uma medicina do sujeito, a relação médico-paciente é um dos determinantes da resolução dos problemas de saúde e parte da sua eficácia médica resulta da satisfação dos pacientes, durante o processo do tratamento. Essa satisfação não se limita ao aspecto técnico científico da medicina, mas inclui também a qualidade dos vínculos entre médicos e usuários, a comunicação interpessoal e o modo como se estabelecem essas relações (Luz, 1997).

Quando o indivíduo relata sua doença, deixa de lado os fatores causais concretos e valoriza os fatores situacionais, que não são explicados cientificamente. Por isso a homeopatia constrói um olhar para o sujeito por inteiro e resgata, assim, o sujeito e a sua singularidade. A integralidade da prática clínica defende o resgate do sujeito, independentemente da linha terapêutica que cada médico ou agente da saúde adota (Luz e Rosenbaum, 2006).

Em outras palavras, a homeopatia está baseada na valorização do indivíduo enquanto totalidade e não somente em sintomas e doenças específicas, centrando-se na terapêutica e não na diagnose e usando a narrativa do paciente como instrumento fundamental da consulta. Tal contexto, segundo Lacerda e Valla (2007), torna a relação médico-paciente importante e valorizada como recurso terapêutico que ajuda a compreender a singularidade do sujeito doente e a curar ou aliviar o sofrimento. Estabelecem-se, dessa forma, vínculos interpessoais de confiança entre profissional e paciente. Por esse motivo, a homeopatia é uma opção terapêutica que contribui para a humanização dos serviços de saúde, orientando as práticas de integralidade da atenção no cuidado e na promoção da saúde.

II- A integralidade e a homeopatia

No Brasil, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, primeiramente, com a própria luta pela redemocratização do país e assume, no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década.

O Estado deve englobar aspectos intrínsecos da dinâmica da sociedade e manter relação com a dimensão político-ideológica numa visão ampliada do processo saúde-doença. Além disso, deve assumir a integralidade como eixo norteador, uma nova forma de agir social em saúde, uma nova gestão de cuidados nas instituições de saúde (Luz e Pinheiro, 2007).

A questão da integralidade representa hoje o maior desafio nas práticas em saúde. Romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição é desafio cultural. Integralidade é o termo utilizado para designar uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição de 1988 e expressa um dos eixos de luta do movimento sanitário. No texto da Constituição, Brasil (1996), integralidade é definida como “conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema”. Entretanto, ultimamente, esse conceito é considerado polissêmico, adquirindo outras nuances e ampliando seu significado a partir da reflexão de pesquisadores da saúde.

O agir cotidiano nas instituições de saúde busca a construção de novas formas de agir social nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e organização de serviço. A integralidade em saúde, no sentido ampliado de sua definição, é entendida como “uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde” (Pinheiro e Luz, 2007, p. 19). Nesse sentido,

[...] as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e de produzir a integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, dirigentes e usuários) (Pinheiro e Luz, 2007, p. 20).

Existem pelo menos três sentidos para o termo integralidade, no contexto da reforma sanitária brasileira. O primeiro se refere a atributos das práticas, o segundo sentido está relacionado aos aspectos da organização dos serviços e o terceiro, voltado para características de políticas ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Os beneficiários das ações de saúde têm sempre um conjunto muito grande de necessidades em relação ao serviço, e uma das características das práticas de saúde pautadas na integralidade é a escuta ampliada das necessidades de qualquer sujeito (Mattos, 2003).

A integralidade como princípio orientador das práticas, sejam elas da organização do trabalho sejam elas da organização das políticas, implica recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez afirmação da abertura para o diálogo.

Conforme Pinheiro (2001), a integralidade é assumida como ação social resultante da permanente interação dos atores, na relação demanda-oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – no qual se constrói a integralidade no ato da atenção individual; plano sistêmico – no qual se garante a integralidade das ações na rede de serviços), cujos aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Mattos (2004) diz que defender a integralidade é defender a intersubjetividade nas práticas de saúde do SUS, de modo que os profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos. Essas práticas envolveriam o diálogo, por meio do qual os profissionais de saúde poderiam identificar as necessidades de ações e serviços de cada sujeito com o qual se relacionam.

Lacerda e Valla (2007) acreditam que somente a escuta pode trazer a compreensão do sentimento, dos temores dos sujeitos e validar seu sofrimento. E Machado et al (2004) identificam que a busca pela homeopatia está associada à humanização, pois ela utiliza, como referência de tratamento, a busca do equilíbrio. Para tal, os usuários devem transformar suas atitudes frente à vida e se tornarem mais

conscientes e autônomos. Esse caráter emancipador da homeopatia pode ser focado sob o ponto de vista do cuidado individual, que está relacionado com a vida individual, privada, e sob o do cuidado coletivo, que se relaciona com as questões do agir social e valores associados à solidariedade, ao amor e à fé.

A homeopatia, para Machado et al (2004), é orientada para a percepção do próximo, constrói o agir social unido ao agir positivamente, como ações de solidariedade; o autor considera que fazer bem ao outro significa fazer bem a si mesmo. Tal perspectiva é pautada no amor ao próximo, inúmeras vezes influenciada pela fé em Deus. Aspecto esse, que mostra a integração de fatores culturais e éticos nas concepções e práticas de saúde vividas por meio da homeopatia.

O modelo saúde-doença-cuidado presente na homeopatia amplia a compreensão do processo saúde-doença e sofrimento, indo além da visão biologicista, ampliando a percepção dos sujeitos, tornando-os mais conscientes e autônomos em relação à vida (Lacerda e Valla, 2007).

Lacerda e Valla (2007) também deixam claro que os pacientes com queixas inespecíficas acabam por ir e vir de diversos serviços de saúde pública, a especialistas e realizam inúmeros exames médicos com a intenção de esclarecer o diagnóstico. Contudo, os profissionais de saúde identificam tais queixas como problemas relacionados com os determinantes psicossomáticos e econômicos e, na prática, não têm muito a oferecer a esses pacientes a não ser tratamentos sintomáticos como os psicofármacos.

Percebe-se que existe limite na racionalidade da biomedicina, para lidar com a complexidade do adoecimento e do sofrimento humano. De um lado, conforme a OMS (2001) visualiza, tem-se o modelo hegemônico de assistência que não consegue resolver os agravos psicossociais e, de outro, pacientes com maior número de queixas voltadas para esse agravo, procurando os serviços de saúde, para alívio desse sofrimento. Assim, compreende-se o desequilíbrio entre o que é demandado e o que é ofertado nos serviços de saúde.

A homeopatia, por ser centrada na terapêutica e não na diagnose, utiliza a narrativa do paciente como instrumento fundamental da consulta, exigindo que o médico se aperfeiçoe na arte de interrogar. Dessa forma, a relação médico-paciente é valorizada como recurso terapêutico, permitindo que o paciente, durante a anamnese homeopática, fale sobre suas dores e angústias, ampliando a compreensão de si mesmo (Luz, 1993).

Na homeopatia, então, a relação terapêutica resulta da necessária interação entre homeopata e paciente, sendo este último quem define a natureza do “encontro”, já que ele traz muito mais que suas queixas orgânicas. Importa, assim, ao profissional conhecer o sujeito, porque, somente dessa forma, far-se-á possível a análise do seu sofrimento que se apresenta como objeto final para o diagnóstico e para a escolha do medicamento.

Para o médico homeopata, é essencial conhecer o que faz o paciente sofrer, quais as conexões que ele faz da angústia com o corpo; em quais órgãos ou sistemas ele apresenta tendência de enfermar-se, quando o desequilíbrio se instaura; como é o seu sono; quais são os sonhos recorrentes; quais são os seus medos, as suas sensibilidades e as suas peculiaridades. Dessa forma, enquanto no paradigma biomédico o que caracteriza a doença ou a síndrome é o conjunto de sinais e sintomas comuns entre os indivíduos que a exprimem, para Hahnemann (1984), na homeopatia, ressalta-se o que é raro, estranho e peculiar, exatamente porque expressa a maneira particular de o paciente expressar seu sofrimento.

Portanto, o resgate da integralidade na assistência médica é a busca daquilo que a biomedicina deixou de fornecer, porque, ao se preocupar com a tecnociência, deixou de lado o contexto benévolo na relação médico-paciente, o valor da cura e do cuidar, encorajando expectativas positivas e solidariedade nos pacientes (Rosenbaum, acesso 2007).

III- Princípios da racionalidade médica homeopática

Para entender a história da homeopatia é necessário conhecer alguns fatos marcantes da vida de seu fundador, Cristian Federico Samuel Hahnemann.

Hahnemann nasceu na cidade de Meissen, Alemanha, em 10 de abril de 1755 e faleceu com 88 anos, em 2 de julho de 1843, em Paris. Com 20 anos, em 1775, ingressou nos estudos médicos na cidade de Leipzig, foi um dos mais brilhantes alunos, e graduou-se em 1779 na Universidade de Erlangen na Alemanha (Tétau, 2001).

Os professores daquela época eram absolutamente teóricos e os alunos não tinham contato com os pacientes. Muitos doentes, segundo Gramcko (2001)⁷, morriam em decorrência do tratamento médico. Dizia-se que sangrias e remédios heróicos, no final do século XVIII, apresentavam maior número de mortes do que todas as Guerras Napoleônicas juntas. Essa maneira de aprender a medicina e tratar os doentes trouxe para Hahnemann descontentamento com a prática médica e o estimulou à busca por outra maneira de prestar cuidados aos seus doentes.

Com espírito inquieto e brilhante, Hahnemann introduziu-se em todas as correntes de pensamento, a partir de Hipócrates, de Galeno e de outros filósofos que os sucederam. Em 1790, trabalhou como tradutor da *Matéria Médica*, de Cullen, que faz referência aos efeitos da quina (Chinchona) na cura de febres recorrentes. Hahnemann, com sua curiosidade peculiar e imbuído dos conhecimentos já adquiridos, experimentou em si mesmo esse novo princípio farmacêutico. Então reconheceu a Lei dos Semelhantes:

O córtex de quinina que é utilizado como remédio para a febre intermitente atua porque é capaz de produzir sintomas semelhantes aos da febre intermitente num homem de boa saúde (Hahnemann apud Tétau, 2001, p.53).

A doença é causada pelos semelhantes e é pela administração dos semelhantes que os doentes recobram a saúde, o que provoca estrangúria (inflamação da bexiga) cura a estrangúria (Hipócrates apud Tétau, 2001, p.53).

Naquele momento, o autor afastou-se definitivamente dos caminhos da medicina tradicional e continuou realizando suas auto-experimentações. Ao realizar experimentos com substâncias tóxicas como mercúrio e arsênico, recorreu à diluição e à

⁷ Original em inglês.

sucussão, assim descobrindo a dinamização das substâncias. Percebeu que, dessa forma, perdiam seus efeitos tóxicos, mas continuavam capazes de suscitar sintomas nos experimentadores. A partir de então, enfrentou uma luta contra o todo meio médico, mas as curas se sucediam e os nobres lhe deram apreço (Eizayaga, 1972⁸; Nassif, 1995; Tétau, 2001).

No ano de 1810, Hahnemann publicou a 1ª edição de o *Organon da arte de curar*, que logo seria ampliada e corrigida em mais quatro edições, durante a vida do autor. A 5ª edição, de 1833, foi a que se difundiu pelo mundo em todas as línguas civilizadas. Existe ainda a 6ª edição, que foi publicada, em alemão, em 1922, por seu melhor biógrafo, o Dr. Richard Haehl, e em francês, em 1952, pelo Dr. Pierre Schmidt (Eizayaga, 1972⁹; Tétau, 2001).

A homeopatia é sustentada por quatro pilares: a “Lei dos Semelhantes”, associada à “Experimentação no Homem São”, à utilização de “Medicamentos Diluídos e Dinamizados” e ao uso do “Medicamento Único”.

Sobre o primeiro princípio, a Lei dos Semelhantes, pode-se dizer que: “(...) uma afecção dinâmica mais fraca é extinta de modo permanente no organismo vivo por outra mais forte, quando esta última (embora de espécie diferente) seja semelhante à primeira em suas manifestações” (Hahnemann, 1842, 6ª edição, par. 26, p. 13). Nas palavras de Hahnemann,

O poder curativo dos medicamentos depende, portanto, de seus sintomas, semelhantes aos da doença, mas superiores em força (par. 12-26), de modo que cada caso individual de doença é mais certa, radical, rápida e permanentemente eliminado e removido apenas por um remédio capaz de produzir no organismo humano, da maneira mais completa e semelhante, a totalidade dos seus sintomas, que são, ao mesmo tempo, mais fortes que a doença (Hahnemann, 1984, p. 14).

⁸ Original em espanhol.

⁹ Original em espanhol.

Com o segundo princípio da Experimentação realizada em Indivíduos Sadios identificam-se as patogenesias, de forma que:

Não há, portanto, nenhum outro meio pela qual seja possível determinar com precisão os efeitos peculiares dos medicamentos na saúde dos indivíduos – não há maneira certa, mais natural de atingir este objetivo, que administrar experimentalmente os diversos medicamentos, em doses moderadas em pessoas sãs, a fim de determinar as mudanças, sintomas e sinais de sua influência que cada um, individualmente, produz na sua saúde física e mental; isto é, que elementos da saúde podem produzir e tendem a produzir, visto que como demonstramos (par. 24-27), todo o poder curativo dos medicamentos jaz neste poder que possuem, sendo revelado mediante a observação desse estado (Hahnemann, 1984, p. 65).

No terceiro princípio, após o da *semelhança* e o das *patogenesias*, Hahnemann identificou que quanto mais as substâncias (medicamentos) fossem diluídas e agitadas (dinamizadas), até atingir a doses *infinitesimais*, seu efeito tóxico era diminuído e seu efeito curativo era aumentado. O medicamento mostrou-se capaz de provocar alteração na energia vital do indivíduo, levando-o à cura. Afirma Hahnemann que:

Em curas homeopáticas a experiência nos ensina que as doses extraordinariamente pequenas de medicamentos (par. 275-287), necessárias nesse método de tratamento, que, pela semelhança de seus sintomas, são apenas suficientes para vencer e remover da sensação do princípio vital a moléstia natural semelhante, (...) e elevar seu estado de saúde ao ponto saudável (isto é a cura completa) (...) (Hahnemann, 1984, p. 41).

O quarto e último princípio é o do Medicamento Único, que, para Hahnemann,

(...) de todos os medicamentos, apenas um só merece invariavelmente a preferência em cada caso de enfermidade: aquele que corresponde mais exatamente em similitude à totalidade dos sintomas característicos e que não deve intervir preconceito mesquinho nesta escolha séria (Hahnemann, 1984, p. 129).

Em nenhum caso de tratamento é necessário e, por conseguinte, não é tolerável administrar a um doente mais de um medicamento único e simples de uma só vez (Hahnemann, 1984, p. 140).

Hahnemann (1984, par. 3, 4 e 5, p. 1-2) estabelece ligação entre a saúde individual e a causa mais provável da doença aguda, assim como os momentos mais significativos de toda a história clínica da doença crônica, a fim de descobrir sua causa fundamental. Orienta ter atenção a caráter, psiquismo e mente, ocupações, hábitos e modo de vida, relações sociais e domésticas, idade, funções orgânicas etc. Estabelece que o médico seja um conservador da saúde, que busca afastar os fatores reconhecidos como perturbadores, aqueles que provocam e sustentam as doenças.

Hahnemann teve vários contemporâneos que praticaram a homeopatia, escreveram, pesquisaram, desenvolveram suas próprias técnicas e difundiram suas práticas. Isso colaborou para o surgimento de diversas linhas na homeopatia: algumas escolas homeopáticas se estruturaram para o ensino *unicista* e outras para os *pluralistas ou complexistas*.

No século XX, a formação de escolas, em que o espírito de sistemas devia triunfar, deu ao problema técnico (das diferentes linhas unicista/pluralista), uma extraordinária importância e dividiu o mundo homeopático em “clãs” opostos e irredutíveis (Demarque apud Bergel, 1995, p.76).

Cairo (1987) afirma que os complexistas administram uma mistura de diversos medicamentos de ação patogenética conhecida. Os pluralistas ou alternistas alternam dois ou mais medicamentos para uma mesma patologia, em determinado intervalo de tempo. O método foi usado por Boenigghausen, Hering, Rummel, Hartmann, discípulos de Hahnemann.

A homeopatia está baseada na visão vitalista do indivíduo, a qual admite existir um princípio vital distinto da alma e do corpo, do qual as funções orgânicas são dependentes. Tal princípio é a força intermediária entre alma e organismo, que confere diferentes propriedades ao corpo animal e, ao mesmo tempo, responde pela sua integridade (Romanach, 1984).

Hahnemann (1984, p. 4 – 9) considera, de acordo com a visão vitalista, que a origem da doença é de natureza dinâmica e imaterial, causada pelo desequilíbrio da força vital que anima todo o ser. A força vital é o elemento que anima o corpo material e mantém todas as partes do organismo em funcionamento equilibrado e harmonioso, conservando a saúde.

Verifica-se, então, que os conceitos de saúde, doença e cura são diferentes para a homeopatia e a biomedicina. Enquanto a primeira entende o desequilíbrio da força vital como o desencadeador das alterações na saúde da mente e do corpo, a segunda entende a saúde como a ausência de doenças. Segundo Luz (2004), a homeopatia trabalha com a concepção positiva da saúde, “o que é importante no contexto atual da promoção de saúde, para se pensar na organização das práticas sanitárias”, conforme Lacerda e Valla (2007, p. 179). Esse fato vem justificar a necessidade de integrar outras racionalidades aos serviços de saúde.

Para a homeopatia, curar a doença significa curar o sujeito e não apenas suprimir os sintomas nosológicos, e, ao curar o sujeito, conseqüentemente, cura-se a patologia. Para tal, o médico homeopata deve investigar condições de vida, relacionamentos sociais, hábitos alimentares, natureza e peculiaridades nas queixas relatadas, bem como o conjunto dos sintomas físicos, mentais e emocionais de cada indivíduo. Essa individualização é muito importante para a escolha do medicamento único a ser ministrado, com a finalidade de restabelecer a saúde do doente. Ele só é conseguido, se o médico observar e escutar o paciente, sem julgamentos ou interpretações, e anotar os sintomas objetivos e subjetivos exatamente como relatados pelos pacientes ou seus acompanhantes (Hahnemann, 1984; Lacerda e Valla 2007).

Na biomedicina, cessar os sintomas é restabelecer a saúde e isso já representa eficácia. Conseqüentemente, depara-se com a crescente medicalização como única forma de terapêutica nos serviços de saúde pública. Ao se considerar, entretanto, que diversos problemas de saúde são de origem psicossocial, em muitos casos, o que se está medicando são os problemas da vida (Lacerda e Valla, 2007; Luz, 2004).

Na biomedicina, priorizam-se os sintomas objetivos e as alterações corporais, em detrimento da subjetividade do adoecimento, para diagnosticar uma doença. Assim,

As queixas emocionais, os sentimentos e a singularidade do processo de saúde-doença não são validados por alguns profissionais de saúde, que somente consideram os sujeitos doentes quando há uma patologia diagnosticada. (Lacerda e Valla, 2007, p. 179).

Considera-se que, ao diagnosticar e estabelecer uma denominação para a doença, traz-se a compreensão ao médico, mas, para o doente, o adoecer tem significado próprio e, muitas vezes, imperceptível para o médico.

IV- Homeopatia no Brasil

Logo no início do século XIX, ainda em 1810, quando Samuel Hahnemann estruturava as diretrizes da medicina homeopática, José Bonifácio de Andrada e Silva, o Patriarca da Independência, conheceu a teoria homeopática por meio de cartas de Hahnemann. José Bonifácio era naturalista dedicado, com destaque na mineralogia, e Hahnemann, um grande químico da época, que detinha vasto conhecimento naquela área, fato que os aproximou. Hahnemann usava suas cartas para apresentar a homeopatia a seus correspondentes, ansiando que esta ciência ganhasse o máximo de terreno possível no mundo (Associação Brasileira de Homeopatia, 2006/2008).

Um ano depois, em 1811, novas informações sobre a homeopatia aparecem no Brasil. O Prof. Dr. Antônio Ferreira França, que ministrava aulas na Faculdade de Medicina e Cirurgia da Bahia, fazia considerações descabidas e maledicentes sobre esta doutrina, desestimulando novos alunos a terem contato com o conhecimento homeopático. Somente na primeira metade do século XX, a homeopatia fazia progresso no Brasil, “naquele que Galhardo (1929) definiu como primeiro período do desenvolvimento da homeopatia no Brasil” (Associação Brasileira de Homeopatia, 2006/2008; Rosenbaum, 2000, p. 71).

Por volta de 1836, surgiram os primeiros fatos oficiais em relação à homeopatia. A Academia Imperial de Medicina publicou artigos que tratavam sobre a doutrina homeopática falseando e deturpando as colocações feitas por Samuel Hahnemann, no *Organon da Arte de Curar*, editado em 1826. Nessa época, alguns homeopatas estrangeiros se estabeleceram no Brasil, antes da chegada do francês Benoît Jules Mure. Um deles, Frederico Emílio Jahn, cidadão suíço imigrado em 1836, defendeu tese em medicina, no Rio de Janeiro, sobre a proposta Terapêutica de Hahnemann. Tal tese feita por um médico que não exerceu a Homeopatia serviu, posteriormente, de base para o aprendizado do primeiro médico homeopata do Brasil: o Dr. Duque-Estrada (Domingos de Azevedo Coutinho de Duque-Estrada). É ele quem divulga um panfleto, para ser distribuído no Rio de Janeiro e em São Paulo, sobre a pandemia de cólera e defende o tratamento da febre amarela com homeopatia. Outros importantes médicos homeopatas foram: Thomaz Cochrane, médico escocês formado pela Universidade de Londres, que chegou ao Rio de Janeiro em 1829, e o francês Emílio Germon, autor do *Manual Homeopático*, editado em 1843 (Associação Brasileira de Homeopatia, 2006/2008; Rosenbaum, 2000).

Segundo a divisão dos períodos históricos realizada por Luz (1996), o período de implantação da homeopatia no Brasil ocorre de 1840 a 1859 e conforme o estudo que Rosenbaum realizou em 2000 sobre Galhardo e a história da homeopatia, o segundo período da história ocorreu de 1840–1854.

Em 1840, aportou no Rio de Janeiro, no dia 21 de novembro, a barca francesa Eole, a bordo da qual estavam Benoît Jules Mure e mais de cem famílias francesas. O médico Mure, natural de Lyon (França), nasceu em 4 de maio de 1809 e faleceu em 4 de março de 1858, veio ao Brasil implantar uma colônia societária, para formar a base de uma comunidade industrial de máquinas a vapor, no Vale do Sahy – divisa do Paraná com Santa Catarina, no encontro dos rios São Francisco e Sahy-. A colônia, segundo as propostas sociais de Charles Fourier, empreende uma cruzada em favor do natural frente ao artificial; da multiplicidade e a diferença frente à estandardização da produção e o consumo; do polimorfismo do desejo frente à homogeneidade da ordem instituída (Lévay, 2004; Rosenbaum, 2000).

Em 1833, Mure recuperava-se de um quadro tuberculoso, quando foi assistido pelo Conde Sébastien des Guidi, que introduzira a Homeopatia em Lyon, após o tratamento anterior, do qual não se obteve êxito, realizado por um dos mais famosos médicos da França no início do século XIX, o clínico, Magendie. Os intensos ímpetus científicos de Mure, no entanto, vão além da gratidão pela medicina que o salvou de um quadro tuberculoso. Ele encontra a lógica, assim como o médico e naturalista alemão Constantine Hering já o havia feito, e faz da homeopatia a sua preferência (Rosenbaum, 2000).

Mure, médico homeopata, voltou-se completamente para a propagação da nova medicina, movido por fins humanitários. Conforme os registros de Galhardo, sabe-se que, em 18 de setembro de 1841, foram apresentados ao imperador os colonos societários franceses juntamente com Mure, o representante oficial da *Union Industrielle de Paris*, e que expôs seu plano de ação para o imperador: “Venho, em nome de todas as classes sofredoras que aspiram na França a mudar de posição, pedir a vossa majestade os meios de gozar, sob um governo tutelar, do fruto legítimo de seu trabalho” (Mure apud Galhardo, apud Rosenbaum, 2000, p. 73).

Em sua curta estada no Rio de Janeiro, mais propriamente na Lapa, o Dr. Mure clinicou e difundiu a homeopatia. Compreende-se, a partir dessa atitude militante de Mure, sua luta ulterior, quando incorporou a seu projeto de expansão da homeopatia o tratamento dos escravos e dos socialmente excluídos no Brasil Imperial. Nesse contexto, também estão as mobilizações políticas mais recentes, quando homeopatas engajaram-se nas lutas políticas e sociais do país. O médico francês era um utopista, um inconformado e, sobretudo, um sujeito dotado de grande tenacidade, daqueles que acreditam que o desenvolvimento científico só é evolução, quando há progresso ético simultâneo (Rosenbaum, 2000).

A homeopatia foi, durante todo período de escravidão, a única medicina usada pelos escravos, uma vez que reunia duas qualidades indispensáveis: baixo custo e eficiência. Nas propostas de Mure, segundo Rosenbaum (2000), o socialismo está sempre atrelado à passionalidade religiosa; ele se mobiliza para alcançar apoio para a homeopatia pressionando instituições, fazendo contatos políticos e buscando, por vários meios, estatuto

mais respeitável para o saber homeopático. E, por isso, Mure é tido como incansável, ideólogo obstinado e perspicaz.

Seu objetivo era conseguir um parecer favorável da academia médica para uma nova escola médica. Consegue o reconhecimento político, mas também recebe ataques e uma verdadeira guerra se estabelece nos grandes jornais da época, especialmente no *Diário do Comércio*. A homeopatia vira polêmica nacional. O senador Vasconcelos votou pela abolição da medicina oficial e ao médico deveria ser dada a liberdade para curar pelo sistema de sua escolha (Rosenbaum, 2000).

A colônia societária do Sahy não se desenvolveu e Mure se dedicou à difusão da homeopatia e a implantou em vários estados. Os seus colaboradores planejaram como expandir os conhecimentos sobre a homeopatia e seu método terapêutico a outros estados por meio de emissários e, em 1847, instala-se a Sociedade Homeopathica Bahiana, filial do Instituto Homeopático do Brasil (Luz, 1996).

Vários consultórios populares eram abertos tanto no Rio de Janeiro como em Salvador. Os recursos para tudo isso, ao menos inicialmente, parecem ter vindo da fortuna pessoal que Mure trouxe para o país como herança. Os consultórios gratuitos foram criados pelos homeopatas e, em 1843, diante do sucesso junto à população e o aumento da adesão popular ao tratamento homeopático, a Academia Imperial de Medicina também resolve abri-los em 1848. No final de 1847, inaugura-se o Hospital Homeopático, sob a presidência de Duque-Estrada (Luz, 1996).

Mure instalou o Instituto Homeopático do Sahy, em 1842, e a Escola Suplementar de Medicina, com o objetivo de preparar médicos já diplomados, na arte homeopática, sob a orientação do Dr. Thomaz da Silveira, médico militar, convertido à Homeopatia por ele. Quando, em meados de 1843, abandonou a colônia, dedicou-se a dar continuidade às atividades que iniciara, já em 1841, no Rio de Janeiro, como médico homeopata. Por meio do *Jornal do Comércio*, divulgava o projeto para a formação do *Instituto Escola Homeopático* (Luz, 1996).

Em dezembro de 1843, juntamente com Vicente José Lisboa, Mure fundou o *Instituto Homeopático do Brasil*, que mais tarde recebeu a denominação de *Instituto Hahnemanniano do Brasil* (IHB), no local do primeiro consultório homeopático na cidade do Rio de Janeiro. O objetivo era propagar a homeopatia em favor dos pobres. A solenidade de inauguração e a aprovação do estatuto do Instituto ocorreram em março do ano seguinte (1844), na residência de Bento Mure, onde existiam vários consultórios médicos destinados à propagação da nova ciência, por meio do atendimento a pacientes, além da preparação dos medicamentos homeopáticos (Luz, 1996).

Simultaneamente, ao se relacionarem com a política, os médicos ligaram a medicina oficial ao patriotismo e mostraram aos políticos a medicina enquanto propiciadora de saúde aos cidadãos, que, se saudáveis, engrandeceriam a pátria. Além disso, a medicina ofereceria orientação para formular os princípios das legislações, pois as leis são oriundas da ciência do homem. Conquanto a homeopatia recém introduzida no Brasil passasse a figurar como charlatanismo, para o movimento da medicina social, pois surgia como ameaça à medicina tida, à época, como moderna, ela fazia concorrência à ciência oficial introduzindo-se no campo de discussão sobre os princípios da teoria médica e sua eficácia terapêutica (Machado et al, 1978).

No período posterior a 1840, a homeopatia foi largamente discutida pela imprensa, principalmente no *Jornal do Comércio*. Sua imagem era desvalorizada por professores e grandes doutores em medicina da Bahia e do Rio de Janeiro e arduamente defendida pelo próprio editor do jornal, o Dr. José da Gama e Castro, que abria espaço, permanente, para as matérias polêmicas de João Vicente Martins e para os homeopatas da época (Luz, 1996).

Bento Mure, contudo, persistentemente, projetava levar a homeopatia, no Brasil, ao mesmo patamar em que era praticada no exterior. Para isso, o primeiro passo seria o da divulgação da nova ciência e, em seguida, o da criação de uma escola capaz de formar médicos homeopatas e formá-los dentro dos princípios Hahnemannianos puros. A escola deveria, ainda, proporcionar ensino teórico (história da homeopatia, cursos de terapêutica, posologia e farmacologia) e prático (experiências no homem são, prática à cabeceira dos leitos e preparo de remédios) (Luz, 1996).

Em 12 de janeiro de 1845, durante a reunião anual do Instituto Homeopático do Brasil, foi apresentado pelo Dr. João Vicente Martins o plano de criação da Academia de Medicina Homeopática e Cirurgia. Os estatutos foram redigidos e foi então fundada e inaugurada a Escola Homeopática do Brasil (primeira escola de formação homeopática), que funcionava com autorização do Governo Imperial e com a direção de Bento Mure, embora não permitisse aos seus diplomados o exercício da clínica (Luz, 1996).

Em seus primeiros anos de existência, o Instituto difundia a homeopatia, com a instalação de outros consultórios no interior das províncias do Rio de Janeiro e de São Paulo, tendo à frente dessa iniciativa Benoît Jules Mure e João Vicente Martins. Além dos consultórios, fundaram, também, a primeira farmácia homeopática, denominada Botica Homeopática Central, localizada no mesmo endereço do consultório central, e, na chácara do Marechal Sampaio, a Casa de Saúde Homeopática, fundada em fevereiro de 1846, por Bento Mure (Luz, 1996).

Amparada pelo aviso da Secretaria dos Negócios da Justiça, de 27 de março de 1846, e pela lei que estruturou o ensino no Brasil, de 3 de outubro de 1846, a Escola Homeopática do Brasil é autorizada pelo Governo Imperial a conferir certificados de estudo aos homeopatas que concluíssem seu curso, embora a associação médica lamentasse tal permissão ter sido outorgada (Luz, 1996; Machado et al, 1978).

Mure estava convicto, inclusive, de que a antiga medicina iria transformar-se pelo conhecimento da nova ciência e pelos resultados apresentados pela prática da homeopatia. Como tudo isso dependeria da aceitação do caráter científico da homeopatia, tratou de propor a criação do *Instituto Panecástico do Brasil*, o que se deu em 3 de maio de 1847. Para difundir os progressos da homeopatia no país, Mure e seus colaboradores fundaram a revista “*A Ciência*”, que começou a circular em 1847. Além da discussão teórica, a revista divulgava também dados interessantes sobre o movimento homeopático, que tomava impulso no país (Luz, 1996).

No mesmo consultório onde se faziam atendimentos homeopáticos, funcionava, desde 1845, a *Sociedade Hahnemanniana*, que teve os seus estatutos modificados em 1847. Era uma sociedade científica que visava a "exame e o aperfeiçoamento teórico e prático da

homeopatia" (*A Ciência*, out.1847), o que seria feito em duas sessões anuais, uma em 11 de janeiro e outra em 3 de julho (Luz, 1996).

Por essa época, houve o rompimento entre Mure e Duque-Estrada (1812-1900). Este último obtivera o diploma em medicina, em 1833, pela Faculdade de Medicina da Corte, e, em 1840, elegera-se deputado da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. Dizia ter rompido com a medicina tradicional, porém, para conservar as suas posições, praticava a alopatia. Enquanto Mure defendia a maior liberdade possível no exercício da homeopatia, o seu colega admitia que só pudesse praticar a nova ciência os diplomados em escolas regulares de medicina. O principal motivo da cisão foi que Duque-Estrada não podia admitir que “a nobre ciência médica” viesse a ser praticada pelo povo, pessoas sem conhecimento, mal preparadas para executar até mesmo as tarefas mecânicas às quais estavam habituadas (Luz, 1996).

Já com a saúde abalada, ao que parece devido à reativação de sua tuberculose pulmonar, e tendo já pedido a exoneração do cargo de diretor na Escola Homeopática do Brasil, Mure despede-se do país, de onde parte em abril de 1848. Vicente Martins assumiu a Escola Homeopática e a reestruturou dando-lhe corpo curricular mais arrojado (Luz, 1996).

No contexto social e histórico da primeira metade do século XIX, os homeopatas pioneiros fizeram da difusão da homeopatia, neste país, um trabalho excepcional, que tem importância tanto para o entendimento da situação político-institucional atual e pregressa da homeopatia brasileira, como para a própria prática clínica de hoje. Por exemplo, em Campinas (SP), no século XIX, ocorreu uma disputa entre homeopatas e médicos da ciência moderna. Gaspar Laroche praticava aí a homeopatia e se dizia formado pela Universidade de Paris, mas corriam notícias de que ele se portava de maneira grotesca e diversa daquela de um médico da época. Indignados, ficavam os médicos da medicina oficial, pois viam bacharéis e capitalistas o protegerem. Após abrir um curso ou uma escola de homeopatia em Campinas, foi denunciado e condenado como charlatão. Seus protetores, entretanto, tentaram modificar a sentença apelando a um juiz de direito, que, por ignorância ou patronato, protelou e não decidiu. Laroche solicitou apoio à

Câmara Municipal, que juntamente com o juiz de direito se portaram contra o médico acusador e processaram-no (Machado et al, 1978).

Entre novembro de 1848 e março de 1849, João Vicente Martins escreveu artigos nos jornais alertando a população para o perigo de epidemia de cólera e ofereceu medicamentos homeopáticos ao Imperador Pedro II, para tratamento da doença, na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Por ocasião da epidemia de febre amarela que afetou várias cidades do Brasil, em 1850, o Instituto atuou no Rio de Janeiro, oferecendo tratamento gratuito aos pobres recolhidos na enfermaria de São Vicente de Paulo, fundada e mantida pela Sociedade Portuguesa de Beneficência, e no Consultório Central (Luz, 1996).

A homeopatia difundia-se pelas províncias do Império e os médicos resistiram criando um projeto interno que visava punir os infratores da lei de saúde pública e também foi criada a polícia médica. Assim, colocavam a homeopatia como afronta às leis, contudo Cruz Jobim foi contrário à proposta e propôs substituí-la apenas por um conselho consultivo, que teria a função de zelar pela observância da lei (Machado et al, 1978).

Além disso, João Vicente Martins dirigiu-se à Câmara dos Deputados, em fevereiro de 1850, oferecendo medicamentos homeopáticos, para tratamento da febre, e propondo que fossem criados hospitais onde eles pudessem ser ministrados, deixando, a cargo do doente, a escolha pelo tratamento alopático ou homeopático. No mês seguinte, não tendo obtido resposta, encaminhou novo oferecimento, sendo então ameaçado de deportação, por sua insistência e crítica ao tratamento utilizado pela medicina alopática. Alguns anos depois, em 1859, por divergências com o Dr. Duque-Estrada e por divergências entre os companheiros que lhe eram afins, houve a ruptura e a formação de duas novas instituições: o Instituto Hahnemanniano do Brasil e a Congregação Médico-Homeopática Fluminense, que, enfraquecidas, sucumbiram (Luz, 1996).

Segundo Luz (1996), de 1859 a 1900, ocorreu o então chamado período de expansão, que foi seguido pelo de resistência à homeopatia. Com a interiorização e a aceitação pela população, a homeopatia se legitimou e conquistou certo grau de oficialização, por meio de dispensários, enfermarias, hospitais e Santas Casas – de ordem religiosa ou militar -. No período, os cursos de formação em homeopatia mantiveram-se

nos diversos Institutos Homeopáticos distribuídos pelo país, os cursos do Rio de Janeiro e de Salvador eram procurados cada vez mais por novos alunos.

Os homeopatas usaram como estratégias para a expansão e a legitimação social da homeopatia a divulgação de seus feitos de caráter científico, via *Jornal do Comércio*, revistas e anais (Luz, 1996).

No período de 1865 a 1870, ocorriam, no país, as epidemias de cólera e febre amarela. Devido à gravidade dos casos de febre amarela, foi autorizado o tratamento homeopático e criada a enfermaria de homeopatia na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, para atuar somente durante o surto. Concomitantemente, os homeopatas buscavam efetivar a construção de seus próprios espaços, como consultórios, farmácias e casas de saúde. Nesse período, funcionou durante alguns anos, a Casa de Saúde Homeopática de N. S. da Conceição, no Rio de Janeiro, que se destinava ao tratamento de moléstias dos olhos. Também havia a Casa de Saúde Alo-Homeopática de N. S. da Glória, que realizava tratamento alopático e homeopático e contava com alopatas e homeopatas em seu corpo clínico, caracterizando como o local que demonstrou a possibilidade de um *modus vivendi* entre eles (Luz, 1996).

Os homeopatas almejavam a efetivação de sua estratégia de legitimação político-institucional, ou seja, o reconhecimento na escola médica. Então, o IHB marcou o período de expansão da homeopatia, quando, aos 23 de agosto de 1881, enviou, ao Sistema Ministerial Imperial, requerimento no qual solicitava a criação de duas cadeiras para o ensino de Homeopatia, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 28 de outubro de 1882, foi publicado no Diário Oficial o parecer da comissão constituída pela Escola Médica contrário à inclusão das duas disciplinas. Quando questionada, a comissão assinalou o total desconhecimento, por parte dos alopatas, da medicina que criticavam (Luz, 1996).

Mais duas ações marcaram a atuação do IHB: a instalação, no dia 21 de maio de 1883, de uma enfermaria homeopática na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e o reconhecimento da legalidade das farmácias homeopáticas, segundo o Decreto nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886, do Regulamento do Serviço Sanitário do Império (Luz, 1996).

As relações de disputa por legitimidade, estabelecidas entre medicina alopática e homeopática, foram conflituosas e difíceis no início do século XX. Tão difíceis que a versão oficial procurou eliminar a homeopatia como área competitiva, negando sua existência. Mesmo dependendo da aprovação formal de outros médicos, muitos recebiam a adoção explícita da homeopatia (Luz, 1996).

Um período áureo, segundo Luz (1996), foi o de 1900 a 1930. O IHB foi favorecido com os serviços prestados pelos homeopatas no surto epidêmico da peste bubônica, apesar das represálias do Diretor de Saúde Pública, Dr. Nuno de Andrade. O não reconhecimento da homeopatia pelos sanitaristas, então detentores do poder público, significava o não reconhecimento de sua existência como medicina. Por essa razão, os homeopatas criavam estratégias de luta, em busca da legitimação de seu saber diante do Estado (Luz, 1996).

Nesse período, o avanço terapêutico da homeopatia deu-se, em primeiro lugar, com a criação de enfermaria homeopática no Hospital Central do Exército, a enfermaria Mallet, onde os trabalhos prosseguiram por alguns anos. Havia uma pequena percentagem de mortes e insignificante despesa com sua manutenção. Foram também criados os *dispensários homeopáticos*, espalhados em todo o Brasil, que visavam dar atendimento às crianças e aos pobres. O almirante Alexandrino de Alencar, ministro da Marinha, criou, em 1908, uma enfermaria de homeopatia no Hospital Central da Marinha (Luz, 1996).

Em 5 de abril de 1911, foi publicado no Brasil o decreto nº 8659, que se constituía na nova Lei Orgânica do ensino superior, a qual ficou conhecida como Lei Rivadávia Corrêa, e que beneficiava a liberdade do ensino. Aproveitando-se desse caráter liberal, o Dr. Domingos Marques, membro do IHB, fundou a Faculdade de Medicina Homeopática, que posteriormente denominou-se Faculdade Hahnemanniana. O espaço de reprodução do saber já estava estabelecido, mas era necessário outro espaço institucional para a prática médica, que suplantasse o simples consultório. Assim, em 1916, foi inaugurado o Hospital Hahnemanniano, que permaneceu em funcionamento até a década de 1930 (Luz, 1996).

Os médicos alopatas investiram contra a homeopatia e seu ensino, mesmo assim a Faculdade Hahnemanniana avançou em seus trabalhos e houve aumento do número de alunos. Mas os médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro argumentavam que os diplomas dos formados pela Faculdade Hahnemanniana validavam o exercício da homeopatia e não da medicina. Afirmavam que “um homeopata é um homeopata e não um médico” (Luz, 1996).

Os alopatas continuaram a perseguir a homeopatia até que conseguiram a criação do ensino de cadeiras da medicina alopática na própria Faculdade Hahnemanniana. Os homeopatas tiveram equiparação da sua Faculdade com as oficiais, entretanto, a cada sessão do Conselho Superior de Medicina, viam a ameaça de perderem essa igualdade, até que em 1924, os alopatas conseguiram que o Ministro da Justiça constituísse uma comissão de professores das escolas oficiais para proceder a um inquérito nos institutos oficiais de ensino. A comissão concluiu que a Faculdade Hahnemanniana e o Hospital eram “idôneos moralmente” e funcionavam em extremo grau de regularidade, embora o presidente da referida comissão tenha feito de tudo para encontrar irregularidades (Luz, 1996).

Nesse período “áureo”, a expansão da clientela e dos locais públicos de intervenção clínica fez com que a homeopatia começasse a se implantar institucionalmente em nível nacional. Seguindo-se a criação de instituições homeopáticas por todo o Brasil, cresceu a atuação de homeopatas em estados como Rio Grande do Sul, Paraná, Ceará, Maranhão e Bahia. Ainda, surgiram, nos centros espíritas, os médiuns receitistas, que prescreviam medicamentos homeopáticos. Era a medicina popular espiritualista, cuja apropriação da homeopatia, pelos espíritas e pelas classes populares, garantiu a amplitude de sua legitimação social (Luz, 1996).

As atividades do IHB se expandiram. O saber médico homeopático concluiu importante ciclo com três conquistas concomitantes: locais de produção e reprodução do saber; locais de intervenção de sua prática terapêutica; expansão de seu corpo social - receptor da atenção médica homeopática (Luz, 1996).

De 1930 a 1975, de acordo com Luz (1996), evidenciou-se o declínio acadêmico da homeopatia. O IHB entrou em letargia, a partir da década de 1930 e o curso de medicina da Faculdade Hahnemanniana, equiparado às faculdades federais desde 1921, agora perdia espaço no confronto com o currículo oficial obrigatório. O currículo oficial era composto de cadeiras, predominantemente, alopáticas com algumas homeopáticas, que mais tarde se tornaram optativas e desapareceram.

Entendia-se que no ensino da homeopatia ocorria a interpretação errônea do papel da fisiologia e da patologia. A abordagem fisiopatológica homeopática, com perspectiva holística, apresenta a visão vitalista e integral, oposta à visão analítica da medicina alopática. Também contribuíram para o declínio do ensino da homeopatia a diversidade de interpretação realizada pelos professores dos princípios básicos da doutrina homeopática e a localização das cadeiras homeopáticas no currículo que as desfavorecia em relação às alopáticas (Luz, 1996).

Em 1927, os homeopatas já haviam modificado os estatutos originais de sua faculdade, mudando-lhe o nome para Escola de Medicina e Cirurgia do IHB. Pelo novo estatuto, os alopatas poderiam se eleger diretor da faculdade. A deterioração do ensino homeopático, bem como a perda progressiva do comando do seu complexo hospitalar abalaram a luta homeopática no plano acadêmico. Aos poucos, o ensino das cadeiras de Homeopatia na Escola de Medicina e Cirurgia do IHB tornou-se facultativo, enquanto o da medicina alopática permaneceu obrigatório. Em 1948, o IHB concedeu autonomia à Escola de Medicina e Cirurgia, que passou a se chamar Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Foi federalizada em 1957 e tornou-se definitivamente alopática, com algumas cadeiras eletivas de homeopatia. Parte do Hospital Hahnemanniano já havia sido fechada, em 1945 (Luz, 1996).

O polo dinâmico da homeopatia se deslocou para São Paulo, com a fundação da Associação Paulista de Homeopatia (APH), em 1936, e para o Rio Grande do Sul, com a Liga Homeopática do Rio Grande do Sul, em 1941 (Luz, 1996).

A principal estratégia de legitimação da homeopatia, entre as décadas de 1940 e 1960, era estender a homeopatia como *medicina socializada* a todas as camadas desprovidas de atenção médica, nas cidades brasileiras. Assim se deram: a expansão nos

órgãos públicos, sobretudo os previdenciários; o reconhecimento oficial via poder legislativo e executivo; a identificação como *atenção médica social* aos trabalhadores e aos indigentes, aos desprovidos dos direitos previdenciários, sociais e de saúde (Luz, 1996).

A homeopatia se posicionou como medicina social, generalista e integral, isto é, atendendo ao homem como um todo. Era a medicina humanista, de ambulatórios e de enfermarias públicas, de postos de saúde em bairros pobres e favelas, de baixo custo, com alta eficácia no controle de epidemias e endemias e com medicamentos acessíveis, fabricados no Brasil (Luz, 1996).

Outra estratégia utilizada, na mesma época, com a intenção de institucionalizar a homeopatia foi adequá-la à racionalidade tecnológica da medicina moderna. Desse modo, o que se evidenciava nos boletins e nas revistas homeopáticas era o trabalho conjunto com as especialidades médicas e discutiam-se formas e técnicas de intervenção diagnóstica ou terapêutica, oriundas da alopatia, no sentido de saber até que ponto a homeopatia poderia empregá-las (Luz, 1996).

É importante realçar, nesse período, a simpatia de alguns militares pela homeopatia, o que possibilitou sua acolhida em enfermarias e dispensários da Marinha e do Exército. No regime militar pós 64, algumas iniciativas dos militares favoreceram a homeopatia: a primeira foi a regulamentação de farmácias e laboratórios homeopáticos, por meio do decreto nº 57.477, de 20 de dezembro de 1965; a segunda, a criação da farmacopéia homeopática, de acordo com a portaria de 21 de outubro de 1966, do Departamento Nacional de Saúde; a terceira, o parcial reconhecimento, pela Associação Médica Brasileira (AMB), da homeopatia como especialidade terapêutica da medicina, por meio da inclusão na lista de especialidades médicas, em dezembro de 1968. No entanto, até 1971, o assunto não havia sido ratificado pela direção da AMB, o que aconteceu somente no final de 1979 (Luz, 1996).

No final da década de 1960, encerrava-se a pretensão dos homeopatas de manterem, nas escolas médicas, o ensino de graduação em homeopatia. O IHB se empenhou na oficialização de seu curso de especialização em homeopatia, *lato sensu*, nos

termos da regulamentação da pós-graduação estabelecida para o país, conforme o parecer nº 77/69, de 6 de fevereiro de 1969, pelo Conselho Federal de Educação (Luz, 1996).

A retomada social da homeopatia aconteceu de 1970 a 1990. Foi a fase da homeopatia visualizada como *terapêutica alternativa* ao modelo médico dominante (Luz, 1996).

O movimento de contracultura que predominava no Brasil e no mundo, desde o final da década de 1960, favoreceu a oficialização da homeopatia no período de 1970 a 1980. Assim, surgiam os sistemas terapêuticos e práticas de medicação e cuidado que tinham em comum a posição antitecnológica em relação à saúde e, nessa perspectiva, com tendência ao naturismo (Luz, 1996).

O reconhecimento da homeopatia junto à corporação médica aconteceu em julho de 1980, com a resolução nº 1000/80 do CFM e a instalação de um departamento de Homeopatia (clínico e farmacêutico). Tal resolução foi fortemente influenciada pelos movimentos estudantis - XIII Congresso Brasileiro de Homeopatia e I Encontro Nacional de Estudantes Interessados em Homeopatia (I ENEIH), de 1977 -, que solicitavam o ensino de terapêuticas alternativas, tanto na graduação como na pós-graduação (curso de especialização). Também contribuiu o aumento da demanda por serviços médicos homeopáticos, no final da década de 1970 (Ribeiro, 2005; Luz, 1996).

A questão histórico-institucional do ensino da homeopatia pode ser analisada, segundo dois pontos de vista: o dos estudantes, isto é, dos candidatos a homeopatas e o das instituições formadoras de recursos humanos (Luz, 1996).

Esses estudantes com grande inclinação para clínica buscavam novos métodos terapêuticos, para a atenção médica e novas formas de relacionamento médico-paciente. Eles se preocupavam com a iatrogenia, com a descaracterização da relação terapêutica, com a perda da ética médica, pela mercantilização da medicina. Eram os que faziam parte do *movimento de contracultura*, da segunda metade da década de 1970 e participavam dos ENEIHs - o *braço alternativo* dentro do movimento estudantil- (Luz, 1996).

Concomitante à postura dos estudantes de medicina, observava-se ainda a crise do modelo médico hegemônico, a qual foi destacada na Conferência de 1978 de Alma-Ata, promovida pela OMS. Seu presidente declarou a falência do modelo médico vigente para resolver os problemas *básicos* de saúde da população, incitando o desenvolvimento de modelos alternativos de atenção médica, ao mesmo tempo mais simples, eficazes e acessíveis a toda essa população.

A partir de então, inúmeras formadoras de recursos humanos em homeopatia surgiram no Brasil, motivadas pela grande procura pelos cursos de homeopatia. Muitos cursos não se enquadravam nas diretrizes para cursos de pós-graduação *lato sensu* do Ministério da Educação e Cultura (MEC), não eram sistematizados nem tinham a estruturação exigida. As formadoras não se organizaram de acordo com a lógica da pós-graduação, até a primeira metade da década de 1980. A heterogeneidade dos cursos em termos quantitativos e qualitativos era considerável e eram mantidas as duas tendências seculares: a unicista e a pluralista, que disputavam seus espaços na hegemonia institucional, o que contribuía para a fragilização política da prática homeopática (Luz, 1996).

A Dra. Anna Kossak-Romanach, professora do IHB, analisou o ensino da homeopatia na década de 1980, nas áreas de graduação e pós-graduação, e encontrou, como justificativa para a aceitação do método de intervenção homeopático, a falta de informação sobre homeopatia, sobretudo dos médicos e estudantes de medicina (Luz, 1996).

A crescente demanda pelos cursos fez com que outros polos de educação fossem implantados, em São Paulo - a Associação Paulista de Homeopatia (APH) -, e no Paraná. Entretanto, para legitimar juridicamente a formação das diversas associações, foi criada, em 1988, a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), órgão corporativo nacional, ao estilo da AMB. A partir de então, os cursos de especialização se enquadraram nas regras oficiais do *lato sensu*, com carga horária próxima de 1200 horas, distribuídas em horas teóricas e horas de estágios, o que regulava o desenvolvimento quantitativo dos cursos, mas não garantia sua qualidade (Luz, 1996).

Em 2002, a homeopatia teve sua reafirmação como especialidade médica, por meio da Resolução CFM Nº 1634/02. Apesar da legitimação da especialidade, os cursos de especialização em homeopatia não são ministrados nas faculdades de medicina,

contrariamente ao que ocorre com todas as demais especialidades médicas. Desse modo, os homeopatas são formados em cursos de especialização oferecidos por associações regionais, grupos de estudo e institutos, distribuídos nos estados brasileiros. Somente em agosto de 2003, foi aprovado, pela Congregação da Faculdade de Medicina de Jundiaí, Estado de São Paulo, o primeiro curso de especialização vinculado à instituição de ensino superior, o qual teve início em fevereiro de 2004, na referida faculdade (Galhardi, 2005).

Em julho de 2003, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Residência Médica, a primeira Residência Médica em Homeopatia do país, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, que teve início, em fevereiro de 2004, com duas vagas (Freitas, 2005).

A AMHB regularizou o Título de Especialista, com a adoção de critérios semelhantes aos das demais especialidades médicas do país, com Prova de Habilitação para o Título. Para cumprir com seu maior objetivo - a organização do ensino da homeopatia no Brasil - a AMHB formou comissões internas, como: a Comissão Científica, a Comissão de Entidades Formadoras (CEF), a Comissão de Provas de Títulos e a Comissão de Saúde Pública.

A Comissão Científica foi criada em 1992, com a finalidade de regulamentar o ensino e normatizar a concessão do título de especialista. Em 1996, a Comissão propôs currículo mínimo como norma para o ensino formativo da especialidade, composto das disciplinas de Filosofia Homeopática, Semiologia Homeopática, Clínica e Terapêutica Homeopática, Matéria Médica Homeopática, Farmacotécnica Homeopática, Prática Ambulatorial, Metodologia e Investigação Científica, e dos tópicos básicos a serem considerados em cada disciplina. Também foi determinada a carga horária mínima de 1200 horas de aulas, incluídas 460 horas de prática e monografia (Luz, 1999).

Segundo Luz (1999), no biênio 1995/1996, o trabalho da Comissão Científica da AMHB não teve sucesso em tornar funcionantes as normas para aptidão à Prova do Título de Especialista. Em 1997, fundou-se o Conselho de Entidades Formadoras (CEF), órgão consultivo da AMHB para assuntos referentes ao ensino, tais como: o

estabelecimento das metas de ensino, a realização do intercâmbio entre as formadoras e o estímulo à pesquisa. O Conselho é composto por representantes da Comissão Científica da AMHB e das Entidades Formadoras, reúne-se três vezes no ano para deliberar sobre aqueles assuntos.

Na última reunião do CEF de 2003, foi aprovada a prova para título de especialista, de forma seriada, ou seja, os alunos poderiam candidatar-se e realizar a prova, em cada ano, durante o período de duração de seu curso, e após conclusão do mesmo. Na primeira reunião desse Conselho de 2004, foram estabelecidos os termos do contrato para a realização do Convênio das Entidades Formadoras e a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB). Foram identificados os deveres e direitos das partes, com objetivo de aprimorar os cursos de especialização, melhorar a qualidade da formação, normalizar e publicar as deliberações do CEF. Na mesma reunião, também ficou decidida a maneira da composição e da aplicação das provas de Título, bem como sua nomenclatura (Galhardi, 2005).

A prova com formato seriado não foi operacionalizada, mantendo-se a prova para título de especialista realizada nos Congressos Brasileiros de Homeopatia, que acontecem a cada 2 anos.

É interessante destacar que as características da década de 1980 são mantidas em todas as instituições formadoras, até a atualidade. Dessa forma, mantêm-se as diversidades do método ensinado: algumas enfatizam o unicismo, outras o pluralismo, algumas priorizam autores que foram discípulos de Hahnemann, e outras o próprio Hahnemann. Tais diferenças muitas vezes levam a divergências entre as formadoras, o que as desestabiliza, comprometendo o ensino e a institucionalização da homeopatia.

Outro acontecimento recente no Brasil é o fechamento de escolas formadoras de médicos homeopatas, destacando-se a Escola Paulista de Homeopatia, antigo Curso de Homeopatia da Associação Paulista de Homeopatia, uma das formadoras mais importantes do país, que chegou a ter mais de 150 alunos para o primeiro ano do curso e realizava prova seletiva para ingresso na década de 1980. Hoje a Escola encerrou suas atividades por falta de profissionais médicos interessados na especialidade homeopatia. Outras formadoras

ainda conseguem se manter, mas os cursos se iniciam com grupo pequeno de alunos e algumas seguem com desistências, durante os dois anos de curso.

V- A homeopatia e o Sistema Único de Saúde

A trajetória da homeopatia na história da saúde no Brasil ressalta a perseverança dos homeopatas na luta pelo reconhecimento acadêmico da homeopatia como medicina científica e pela sua inserção como método terapêutico possível, no sistema de saúde pública. Ainda não houve, todavia, suficiente efetividade para se atingir a institucionalização, embora sejam muitas as tentativas de implantação da homeopatia no serviço público de saúde.

Em 1985, foi celebrado convênio plurinstitucional entre o Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e o Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB). Esse convênio originou a regulamentação, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Programa de Homeopatia no INAMPS, conforme resolução nº 112, de 21 de janeiro de 1986, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde (Luz, 1996).

A VIII Conferência Nacional de Saúde(1986), cujo tema principal enfatizava o modelo de atenção à saúde com vistas à qualidade de vida, recomendou a introdução de práticas alternativas de assistência nos serviços públicos de saúde, com garantia de acesso e poder de escolha democrática da terapêutica preferida, pelos os usuários.

Em 1988, as Resoluções nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.

Em 1995, foi instituído o Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não-Convencionais, por meio da Portaria Nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

A X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.

Em 1999, o Ministério da Saúde criou Código (070 12 19), para atendimento em homeopatia, na tabela de especialidades SIA/SUS. Isso significou avanço para a institucionalização da homeopatia, pois os atendimentos passaram a ser registrados no Sistema de Informação de Atendimento e financiados pelo Ministério.

Na XI Conferência Nacional de Saúde, de dezembro de 2000, discutiram-se as lacunas no modelo assistencial e, dentre elas, identificou-se a não estimulação de práticas complementares. Propôs-se, então, “incorporar, na atenção básica: Rede, PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, as práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”.

Na XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, a AMHB esteve presente, representada pela sua Comissão de Saúde Pública. A Associação defendeu as propostas para a institucionalização da homeopatia e a elaboração de política de atenção homeopática, para o Sistema Único de Saúde, que respeitasse as suas especificações e garantisse a qualidade do atendimento (Comissão de Saúde Pública, 2004). O Relatório Final delibera para a efetiva inclusão da Medicina Natural e Práticas Complementares no SUS. Em 2003, foi constituído o Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PNMNPC – no SUS. O Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2003, enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.

Em 2004, na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde, a MNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.

Em 2005, o Decreto presidencial de 17 de fevereiro de 2005, oficializou o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

A Comissão de Saúde Pública¹⁰ da AMHB tem como objetivo operacionalizar a inserção da homeopatia no SUS. Em 2003, mobilizaram-se as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e sensibilizaram-se os representantes do Ministério da Saúde, para a necessidade de uma política nacional. Desse fato culminou a criação de questionário de reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, o qual foi enviado a todos os municípios do país e Secretarias Estaduais de Saúde, com intento de realizar o diagnóstico da inserção da Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC), nos serviços prestados pelo SUS. Dos 5560 municípios e 27 secretarias estaduais, foram devolvidos, até novembro de 2004, 1342 questionários, cujos resultados apresentados pelo Ministério da Saúde (2005) revelaram que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da federação, 16 capitais e 158 municípios. Os resultados também apontaram o registro de 457 profissionais médicos homeopatas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, em pelo menos 10 universidades públicas.

Esta pesquisa contribuiu para desencadear o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, em 2004, organizado pelo Ministério da Saúde e apoiado pela AMHB e pela Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH). Estiveram presentes cerca de 60 profissionais, entre técnicos do Ministério da Saúde, homeopatas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entidades representativas da Homeopatia (AMHB, ABFH e Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Homeopatas (ABCDH), Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI)), além de usuários da rede pública, representantes de Organizações Não Governamentais, professores e pesquisadores de universidades. O objetivo foi estabelecer as diretrizes gerais norteadoras da política de saúde para a homeopatia, enfatizando o modelo de atendimento em homeopatia no serviço público, considerando a atenção aos doentes em crises agudas e em estado crônico, bem como as estratégias de regulação das farmácias, desde a manipulação até o fornecimento de medicamentos. Também se propôs a formação de homeopatas para a rede básica de saúde, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (Comissão de Saúde Pública, 2004).

¹⁰ Comissão de Saúde Pública da AMHB é composta por homeopatas com algum vínculo empregatício com instituições públicas - municipal, estadual ou federal -, e alguns também especialistas em Saúde Pública.

O Ministério da Saúde, no cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, apresentou a PNMNPC. Mas apenas em 3 de maio de 2006 foi publicada a **Portaria Nº 971**, marco desta pesquisa, que delibera sobre a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC-**.

Nesse sentido, a implementação da racionalidade médica homeopática no Serviço Público deve ser entendida como a continuidade do processo de implantação do SUS, na medida em que favorece o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema. Considera o indivíduo na sua dimensão global, sem perder de vista, porém, a sua singularidade, na explicação de seus processos de adoecimento e de saúde. A Política Nacional busca, portanto, concretizar a oferta da homeopatia no SUS garantindo-lhe a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

VI- A homeopatia e o marco para sua legalização

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, que teve como lema “Saúde para todos no ano 2000” e como estratégia a difusão da atenção primária, abriu a perspectiva dos debates sobre o cuidado integral, inclusive, com práticas não biomédicas.

O interesse em compreender as principais motivações da OMS, em incentivar a inserção das Medicinas Tradicionais (MT) /Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) nos Sistemas de Saúde Pública, levou à análise de três documentos: **1. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/ Alternative Medicine: A Worldwide Review (WHO, 2001)**, **2. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 (WHO, 2002)**, **3. National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey (WHO, 2005)**.

Neles buscaram-se as reflexões críticas entre as ideias propostas nos documentos, explícitas e implícitas, e o contexto científico representado em outros textos. Conforme Lüdke e André (1986), os documentos são fonte rica e estável, que podem ser

consultados várias vezes, além de servirem como objeto para outros estudos, o que dá certa estabilidade aos resultados concluídos.

Os documentos analisados iniciam seu texto definindo a Medicina Tradicional (MT) como a terapia que utiliza o poder medicinal das plantas, de minerais e animais, terapias espirituais, agulhas (acupuntura), técnicas e exercícios manuais aplicados isoladamente ou combinados. E nos países onde o predomínio é o da medicina alopática, e a Medicina Tradicional que tem origem e é utilizada em outro país, passou a ser incorporada ao sistema de saúde, então essa última é classificada como medicina alternativa, complementar (MAC) ou não convencional. Desse modo, entende-se que a homeopatia esteja incluída nas MAC, uma vez que se trata de racionalidade médica não alopática trazida de outra cultura e presente no sistema de saúde brasileiro público e privado.

Vários tipos de MT e MAC são usados em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para se conhecerem a apropriação e o uso dessas práticas, a qualidade dos serviços, a regulação nacional dos medicamentos e dos praticantes e a existência de uma política nacional ou marco legal, a OMS realizou investigações em seus países membros.

O primeiro documento produzido foi o **Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/ Alternative Medicine: A Worldwide Review** (WHO, 2001). Na introdução, o texto esclareceu as terminologias de MT/MAC e no restante desenvolveu o relato sobre a difusão e a situação do uso dessas medicinas em 123 países. Destacou as informações gerais básicas sobre MT/MAC, distinguiu a situação da regulação das práticas e o modelo de formação dos profissionais em cada país.

Numa tentativa de tornar viável a análise do documento, foram selecionadas as informações referentes à homeopatia, tais como: a regularização do título de especialista em homeopatia, o modelo de formação e a prática homeopática instituída nos serviços de saúde pública.

A situação da prática homeopática no **Continente Americano** naquele momento era: nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá, países desenvolvidos, a homeopatia não era legalizada como especialidade médica; em Cuba, no ano de 1992, o Ministro da Saúde reconheceu a homeopatia e assim cresceu o número de médicos homeopatas; no México a homeopatia era aceita como integrante do Sistema Nacional de Saúde, desde 1985.

No **Continente Europeu**: na Espanha e na Inglaterra, existiam serviços de atenção em homeopatia, tanto em hospitais homeopáticos públicos, como na atenção primária à saúde; na Áustria, a homeopatia era praticada em hospitais alopáticos; na França, foi criado o departamento de homeopatia em uma Universidade de Ensino Médico. A homeopatia é reconhecida como especialidade médica apenas na França, Bélgica, Holanda, Inglaterra, Espanha, Grécia, Áustria, Suíça e Rússia. Na Itália, não existe regulamentação para o título de médico especialista em homeopatia, mas qualquer médico pode realizar o tratamento homeopático. Em Portugal, não é permitida a sua utilização como terapêutica médica e na Suécia, para que um médico possa realizar tratamentos homeopáticos, é necessário que renuncie a seu título de médico.

No **continente Asiático**, constituído em sua maior parte por países não desenvolvidos e população empobrecida, figura a falta de acesso aos serviços de saúde pública. No entanto o título de especialista em homeopatia é regulamentado e a prática já foi institucionalizada nos serviços públicos de saúde.

No **Continente Africano**, os médicos alopatas utilizam a homeopatia como tratamento complementar, embora a prática não seja reconhecida como especialidade médica.

A grande diversidade de informações escritas e de maneira não padronizada torna difícil a compreensão e a análise dos dados textualizados no documento **Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/ Alternative Medicine: A Worldwide Review**, publicado pela OMS em 2001. Isso conduz à desconfiança quanto a sua consistência, destacando a necessidade de pesquisa melhor estruturada, uma vez que:

Na última década, tem havido um aumento global no uso da MT / MCA nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Hoje [...] o importante é desempenhar cada vez mais cuidados à saúde e a reforma do setor da saúde ocorre em nível mundial [...] (WHO, 2005, p. iii)¹¹.

Então, em 2001, a OMS elaborou um questionário e enviou para todos os seus 191 países membros. O resultado foi relatado no documento **National policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey**, publicado em 2005, com os dados de 141 países membros. Na introdução do documento destaca-se:

Em 1994, a OMS contactou países para coletar informações sobre o regulamentação das MT/MAC [...]. Infelizmente, apenas 52 países de um total de 191 responderam. E a OMS publicou o material intitulado A Situação Reguladora de fitoterápicos: uma revisão de todo o mundo, produzido com as informações dos 52 países. No entanto, grande parte da informação contida neste documento foi obtido em segunda mão. Em seguida a OMS publicou o Status Legal da Medicina Tradicional e a Medicina Alternativa/Complementar: uma revisão de todo o mundo, em 2001 (WHO, 2005, p. 6)¹².

Ainda no início do documento, verifica-se extenso sumário no qual existe o relato básico sobre: crescimento da MT/MAC também nos países desenvolvidos, relacionado com as diferentes culturas e as escolhas das práticas; falta de métodos para avaliação da MT/MAC; desafio da regulação, da avaliação da segurança, da eficácia e do controle de qualidade da MT/MAC; linhas gerais do questionário aplicado aos países. Esse instrumento de coleta de dados foi dividido em três partes principais: *“revisão geral da política e da regulamentação em MT / MAC, regulação dos medicamentos fitoterápicos e as necessidades dos países para uma futura condução e apoio técnico da OMS”* (WHO, 2005, p. 6)¹³.

¹¹ Original em inglês – tradução livre.

¹² Original em inglês – tradução livre.

¹³ Original em inglês – tradução livre.

Para a análise, os dados obtidos foram categorizados de acordo com a situação de regulação da MT/MAC: existência de Políticas Nacionais, Leis ou Regulamentações, Programas Nacionais, Departamentos Nacionais, Comitês de Especialistas e Institutos de Pesquisas para MT/MAC ou ervas medicinais.

A Tabela 1 apresenta a quantificação das 141 respostas, que, em números absolutos, representam os países que responderam as questões formuladas no questionário e o percentual das respostas positivas por questão, em cada país, de acordo com a regionalização adotada pela OMS. Observa-se que apenas na região da Ásia Sul Oriental todos os países responderam as questões e quase a totalidade deles (80-90%) possuía política, programa, departamento e comissão para MT/MAC, enquanto 70% possuíam leis e Instituto de Pesquisas. Na África e no Oeste Pacífico, obteve-se 80% de respostas, 68% dos países possuem departamento, mas um percentual de 28-48% para legalização, programação e pesquisas em MT/MAC. No Mediterrâneo Oriental, 76% dos países responderam o questionário, destacando-se que 63% deles possuíam departamentos e 50%, leis para a comissão de especialistas e de pesquisa. Curiosamente apenas 13% deles tinham um programa nacional para MT/MAC. Na Europa, 73% dos países responderam e, em média, 30% dos países tinham alguma regulamentação, mas também não apresentavam padronização programática nacional para MT/MAC. Nas Américas, apenas 51% dos países responderam e desses, 50% possuíam departamento de MT/MAC, 48% fazem pesquisas, 22% têm algum programa e somente 17% possuem política nacional de MT/MAC.

Tabela 1- Percentual de respostas positivas por tópico por regiões (WHO, 2005)

	Respostas às questões 73,82%	África 80%	América 51%	Mediterr. Oriental 76%	Europa 73%	Ásia sul Oriental 100%	Oeste Pacífico 81%
Política Nacional das MAC	32%	32%	17%	31%	18%	80%	45%
Lei regulamentadora das MAC	38%	27%	33%	50%	37%	70%	41%
Programa Nacional de MAC	28%	41%	22%	13%	8%	90%	32%
Departamento Nacional das MAC	53%	68%	44%	63%	24%	100%	59%
Comissão Estudos em MAC	43%	43%	50%	50%	26%	90%	41%
Instituto Nacional de Pesquisa em MAC	41%	48%	39%	50%	26%	70%	36%

Fonte: National policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey (2005).

As respostas demonstraram que das regiões menos desenvolvidas e que se destacam por população empobrecida, a África, a Ásia e a região do Mediterrâneo Oriental são aquelas que apresentaram maior percentual de regulamentação em MT/MAC, e também possuem maior número de países com Programa Nacional. Enquanto as Américas, onde menor número de países respondeu o questionário e que contém países em desenvolvimento, destacaram-se pelo menor número de países com as MT/MAC regulamentadas.

Na Europa e Oeste do Pacífico, onde predominam os países desenvolvidos, percebeu-se maior empenho na região do Pacífico para as regulamentações das MT/MAC. Lembra-se que, dentre os países dessa última região, situam-se a Austrália, a China e o Japão e principalmente os dois últimos estão historicamente envolvidos com as práticas alternativas ou tradicionais, como Acupuntura, Moxabustão, Meditação, Yoga, Lian Gong, entre outras.

É interessante perceber que os países que responderam o questionário da OMS possuíam departamentos e comissão de estudos, mas não mantinham a mesma proporção de programas nacionais para MT/MAC, o que pode demonstrar não estar estabelecido um modelo de atenção para essas práticas nos serviços de Saúde Pública.

No Continente Americano, os países que responderam o questionário foram: Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Nicarágua, Peru e Suriname. Os EUA não responderam as questões formuladas pela OMS. No Canadá, inexistem políticas e leis que regulamentem a MT/MAC, mesmo assim a busca pela MAC cresceu e 70% da população já é usuária de alguma MAC (WHO, 2005).

Todos os países americanos em desenvolvimento estudados propuseram leis nacionais para a regulamentação da MAC. México e Chile já possuíam Política Nacional para MT/MAC. O documento relata ainda que o México e a Colômbia desenvolveram comissões de pesquisa, enquanto na Costa Rica existia uma unidade do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação das práticas. No Ministério da Saúde do Brasil, do Canadá, do México e da Argentina, já existe departamento específico para MT/MAC. No Equador, na Colômbia, no Chile, na Argentina e em Cuba, mesmo antes do documento da OMS (2002), que propõe as **estratégias para implantação da MT/MAC nos cuidados de saúde pública (2002-2005)**, já existia alguma lei ou regulamentação, enquanto no Brasil e no México as resoluções foram publicadas depois de 2002.

No Brasil, mediante a resolução do Ministério da Saúde brasileiro, foi publicada em 3 de maio de 2006, a Portaria Nº 971, que trata da **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)** (MS, 2006). Tal portaria é a responsável pela regulamentação das referidas práticas, em conformidade com a Constituição Federal, art. 198, que dispõe sobre a integralidade da atenção à saúde; a lei que regulamenta o SUS.

No Continente Europeu, França, Portugal, Áustria e Suécia não possuíam política, leis, regulamentação, programa, comissão de planejamento, departamento nem pesquisas em MT/MAC. Nos demais países, existia algum tipo de regulamentação para

MT/MAC (política nacional, lei, regulamentação, programas, comissão de planejamento, departamento e/ou pesquisa). Destacam-se aqui Rússia, Suíça e Bélgica, que, mesmo antes da proposta da criação das políticas pela OMS (2002), já apresentavam alguma mobilização no sentido de investir nas MT/MAC, nos serviços públicos de saúde.

No Continente Asiático, a política nacional, as leis, os regulamentos, os programas e os departamentos para a MT/MAC, assim como as pesquisas eram realidade em diversos países. O uso regular dessa prática foi instituído mesmo antes dos primeiros estudos da OMS sobre a MT/MAC e, mais do que isso, foram o uso regular e os seus benefícios que estimularam a avaliação e a decisão final contida no documento **Estratégia de Implantação da MT/MAC por parte da OMS (2002)**.

No Continente Africano, na África do Sul a homeopatia estava inserida nos serviços públicos como política nacional, contando com leis específicas que a regulamentavam. Entretanto, os países africanos não investiam em pesquisas homeopáticas e a crença nas práticas alternativas era suficiente para sua regulamentação, independentemente da comprovação científica.

Esta investigação possibilitou identificar que, dos países que responderam o questionário, 53% apresentavam departamento nacional para MT/MAC, 32% apresentavam uma Política Nacional, 38% tinham leis que a regularizavam, 28% contavam com programa nacional e 27% tinham Instituto de Pesquisa para MT/MAC. Ou seja, existiam departamentos ainda sem atuação efetiva no trabalho de institucionalização dessas práticas e praticamente uma quarta parte dos países realizava pesquisas.

No National policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey (2005), a OMS relaciona o desenvolvimento da MT/MAC com contexto histórico e cultural nos países analisados. Afirma que,

O desenvolvimento da medicina tradicional tem sido influenciado por diferentes condições históricas e culturais onde ela foi primeiramente implantada. Suas bases comuns são a abordagem holística da vida, o equilíbrio entre mente, corpo e ambiente e

ênfase na saúde e não na doença. [...] O tratamento centra-se no estado geral do paciente e não na doença (WHO, 2005, p. 5)¹⁴.

Como pode ser entendido no trecho transcrito a seguir, a investigação, embora publicada somente em 2005, contribuiu para desencadear a publicação, pela OMS, do documento que trata da **estratégia para a implantação da MT de 2002-2005**, em 2002.

[...] OMS deu mais um passo para a compreensão das políticas de implementação da MT/MAC e de regulação de medicamentos fitoterápicos nos países [...]. A fim de assegurar apoio contínuo para o futuro [...] Além disso, os dados apresentados em resposta a este inquérito constituem uma base de dados para verificar o impacto da implementação da Estratégia de Medicina Tradicional da OMS no futuro (WHO, 2005, p. 8).¹⁵

No documento **Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005**, a WHO (2002) descreve como aconteceu o crescimento das MT/MAC, aponta as estratégias para a implantação da MT/MAC, aborda as necessidade de pesquisas e a necessidade de métodos para análise de custo-efetividade e mostra o caminho para o financiamento, a fim de efetivar a implantação em organizações nacionais e internacionais.

Nesse documento, a OMS reforça o compromisso de estimular o desenvolvimento de políticas públicas na área MT/MAC, com o objetivo de inseri-las no sistema oficial de saúde dos seus 191 estados-membros. Conforme relatado no documento, a busca pelo tratamento alternativo e complementar está crescendo a cada dia, não somente nos países em desenvolvimento, pois

A MT é amplamente utilizada, é uma atenção à saúde que está crescendo rapidamente e é de grande importância econômica. Na África, até 80% da população utiliza a MT [...]. Na Ásia e na América Latina [...] usam a MT como resultado de circunstâncias históricas e crenças culturais. Na China, a MT representou [...] 40% dos cuidados de saúde [...] a MAC é cada vez mais popular. O percentual da população que utiliza MAC, pelo menos uma vez, é de

¹⁴ Original em inglês – tradução livre.

¹⁵ Original em inglês – tradução livre.

48% na Austrália, 70% no Canadá, 42% nos EUA, 38% na Bélgica e 75% na França (WHO, 2002, p. 1)¹⁶.

Está claro que o uso amplo das MT/MAC se deve primeiramente à facilidade de acesso. Principalmente na Índia e em outros países com condições socioeconômicas semelhantes, a proporção de pessoas que praticam MT corresponde a um praticante para cada 200 indivíduos, enquanto para a medicina alopática corresponde a um médico para cada 20.000 indivíduos.

Sobre os países desenvolvidos, a WHO (2002) conclui que o uso da MAC aumentou devido à preocupação com os efeitos adversos dos fármacos químicos, ao aumento da expectativa de vida e o conseqüente crescimento das enfermidades crônicas, e à procura de um viver melhor e com qualidade.

Para muitos, a MAC representa o meio menos agressivo para tratar essas enfermidades, além de ser um medicamento individualizado, que pode proporcionar alívio de sintomas e produzir bem-estar. No documento da OMS se lê sobre

A preocupação com os efeitos colaterais dos medicamentos, as questões associadas aos enfoques e pressupostos da medicina alopática, o maior acesso da população às informações de saúde e as mudanças de valores. [Por outro lado] [...] a medicina tradicional está baseada nas necessidades das pessoas. Diferentes pessoas podem então receber distintos tratamentos, mesmo que sofram da mesma enfermidade [...] o aumento da expectativa de vida leva a um maior risco de se desenvolverem doenças crônicas e debilitantes [...] (WHO, 2002, 14 p.)¹⁷.

O documento também ressalta que a homeopatia é utilizada como complementar da alopatia, pois aquela buscando o reequilíbrio corpo-mente e meio ambiente complementa a medicina convencional, que tem enfoque órgão-específica. A OMS indica a política nacional para MT/MAC como o caminho para a garantia dos recursos necessários à implantação dessas práticas, uma vez que as necessidades dos povos,

¹⁶ Original em espanhol – tradução livre.

¹⁷ Original em espanhol – tradução livre.

as crenças, as culturas e a história sobre o uso da MT e MAC são demonstrativos dos benefícios alcançados no cuidado à saúde. Por isso, afirma que foram desenvolvidas

Política como base de ação sólida para a MT/MAC [...] em somente 25 dos 191 países membros da OMS [...] e assegura os recursos econômicos para pesquisa, educação e formação [...] a necessidade de uma política nacional é urgente, sem dúvida, naqueles países em desenvolvimento onde a MT ainda não integra o sistema de saúde pública nacional [...] (WHO, 2002, 3 p.)¹⁸.

Por isso a OMS solicita às autoridades sanitárias de seus países-membros esforços no sentido de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade da matéria-prima empregada na MT/MAC, pois os considera quesitos essenciais para a garantia de uma boa prática. Entende-se que a má qualidade da matéria-prima, o preparo inadequado da mesma e o uso indiscriminado ou prescrito por praticos que desconhecem os princípios da terapêutica comprometem o tratamento e o tornam inadequado e desacreditado. Adverte, então, que

[...] apesar de muitas terapias MT/MAC terem um grande potencial e estarem sendo utilizadas cada vez mais, não estão comprovadas e seu uso não é controlado [...] Se a MT/MAC é uma fonte de saúde, é essencial fomentar o uso racional e identificar as terapias mais eficazes e seguras (WHO, 2002, 4 p.)¹⁹.

Um dos quesitos principais da política nacional para MT/MAC é a garantia do acesso às práticas, o que significa a disponibilidade da MT/MAC para as populações, principalmente para aquelas de países em desenvolvimento, que dependem dessas racionalidades para satisfazerem suas necessidades sanitárias. Assim, diversos fatores estão envolvidos: a distribuição das práticas em todas as unidades que prestam assistência à saúde, mesmo que distantes das regiões centrais; profissionais capacitados; medicamentos com padronizações, desde sua manufatura até sua distribuição aos serviços. A OMS, por isso, propõe “[...] realizar pesquisas quantitativas para determinar o acesso

¹⁸ Original espanhol – tradução livre.

¹⁹ Original espanhol – tradução livre.

(tanto econômicos como geográficos) [...] principalmente [...] nas doenças prevalentes nas populações empobrecidas” (WHO, 2002, 4 p.)²⁰.

Ao longo da história, o modelo de formação médica e o desenvolvimento tecnológico tornaram hegemônico o saber da biomedicina, nas sociedades ocidentais, levando à desvalorização das medicinas tradicionais e das alternativas ou complementares. Assim, os profissionais da biomedicina inúmeras vezes contraindicam a MT/MAC. E a OMS sugere:

[...] a qualificação e o licenciamento dos prestadores de serviço; uso correto dos produtos com garantia da qualidade [...] realizando treinamento como garantia de que prestadores das MT/MAC e os médicos alopatas venham oferecê-la como complementar [...] Contudo, é necessário trabalhar para sensibilizar o público sobre quando é apropriado o uso (custo-eficácia) das MT/MAC e quando não é aconselhável [...] (WHO, 2002, 4 p.)²¹.

O documento sobre a estratégia da OMS para a medicina tradicional, entre 2002 e 2005, revisa a MT/MAC de maneira global, estabelece o papel e as atividades da OMS e aponta como diretriz principal as ações preventivas, curativas e de promoção de saúde que possibilitem atuar de modo a reduzir a mortalidade e morbidade nos países empobrecidos.

A Organização se propõe a fomentar trabalhos relativos a política, segurança, eficácia e qualidade, acesso e uso racional. Assim, pretende que os governos: a) reconheçam e incluam a MT/MAC, nos Sistemas de Saúde Pública; b) realizem revisões técnicas e pesquisas sobre a MT/MAC, para prevenção e tratamento das doenças mais comuns; c) produzam guias técnicos, para avaliação da eficácia e qualidade da MT/MAC, indicadores e critérios possíveis para medir o custo-benefício e acesso à MT/MAC; d) garantam orientação básica do uso da MT/MAC, para médicos alopatas; e) ofereçam treinamento em MT, para profissionais da atenção básica à saúde; f) gerem informações confiáveis sobre o uso da MT/MAC; g) estimulem a comunicação entre alopatas e seus pacientes sobre a possibilidade do uso da MT/MAC em seu tratamento.

²⁰ Original espanhol – tradução livre.

²¹ Original espanhol – tradução livre.

Finalmente, o documento de 2002 esclarece que a proposta de implantação dessa estratégia tem como finalidade maximizar o potencial de oferta da MT/MAC, com intenção de melhorar o estado sanitário, entretanto deixa claro ser uma tarefa difícil que compreende atividades diversas, exige experiência e vontade do gestor.

A análise dos documentos revela que, para a OMS, a saúde é algo abrangente, que envolve mente e corpo saudáveis. No primeiro documento, o **Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/ Alternative Medicine: A Worldwide Review (WHO, 2001)**, verifica-se estrutura irregular e encontram-se algumas dificuldades para comparar as informações obtidas nos diferentes países, devido à variedade de conteúdo. Pela necessidade de esclarecimentos sobre a utilização e regulamentação das MT/MAC, a OMS investigou os países sobre os assuntos pendentes por meio de questionários e os publicou no texto **National policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey** em 2005. Também desenvolveu e publicou a **Estratégia sobre medicina tradicional 2002-2005 (WHO, 2002)**.

Assim a OMS, primeiramente, referendou a necessidade de integralidade da atenção em saúde com o acolhimento, a humanização da atenção, a relevância dos aspectos subjetivos no adoecer; avaliou o custo-benefício da terapêutica, a situação da formação e da titulação dos profissionais homeopatas. E, por fim, criou a estratégia para implementação das práticas de 2002-2005, cuja intenção era garantir a regularização e a institucionalização das práticas, justificadas pelos benefícios estudados.

O eixo dos documentos da OMS constitui a institucionalização da homeopatia por meio de ações governamentais que resolvam pela sua implantação: Política Nacional, Leis e Regulamentações, Programas Nacionais, Departamentos Federais e/ou outras esferas de governo e Pesquisas. Além disso, estabelece regras para a operacionalização da homeopatia no modelo de saúde vigente nos países; normas de garantia da qualidade dos medicamentos; educação permanente; formação de profissionais; institutos para pesquisa e diretrizes para o financiamento das ações.

VII- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

A **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)** estabelece as diretrizes para a implantação e a implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Público de Saúde, dentre elas a homeopatia.

Para a homeopatia especificamente, a PNPIC instrui sobre a *assistência, o financiamento, a garantia da boa prática, a assistência farmacêutica, a formação e a educação permanentes, a educação popular, o acompanhamento e a avaliação dos programas e a pesquisa*, sempre referenciando efetividade, segurança e qualidade da atenção.

Assistência homeopática: incentivo à inserção da homeopatia em todos os níveis de atenção do SUS, com ênfase na atenção básica, respeito às peculiaridades técnicas e intercâmbio técnico-científico (com países em que a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde).

Financiamento: garantia financeira para o conjunto de atividades essenciais para a boa prática: insumos inerentes à prática, acesso aos medicamentos, projetos e programas de educação permanente, estrutura física para o serviço e divulgação e informações sobre os conhecimentos básicos da homeopatia.

Assistência farmacêutica: inclusão da homeopatia na política de assistência farmacêutica, farmácias homeopáticas públicas, que devem atender às necessidades do SUS na área (perfil do prescritor), produção das matrizes em laboratórios oficiais e elaboração do Banco Nacional de Preços, para dar suporte ao processo de licitação (compras) realizado pelos estados e municípios.

Formação e educação permanentes: qualificação dos profissionais do SUS na perspectiva da Educação Permanente, por meio das instituições formadoras, de acordo com as necessidades locais, interação atividade de ensino, assistência e pesquisa, inclusão na graduação médica e residência médica em homeopatia e fórum virtual permanente como espaço de discussão sobre a formação/episteme homeopática.

Educação popular: socialização das informações sobre a homeopatia aos diversos grupos populacionais, produção de material de divulgação, articulação e apoio às experiências de educação popular e formação dos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família.

Acompanhamento e avaliação dos programas: desenvolvimento de instrumentos adequados de acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS, acompanhamento e avaliação dos protocolos de pesquisa nacionais implantados.

Pesquisa: inclusão da homeopatia nas linhas de pesquisa do SUS, parcerias com instituições formadoras, universidades e órgãos dos governos federal, estaduais e municipais, criação do banco de dados de pesquisadores e acompanhamento e avaliação dos resultados dos protocolos de pesquisa.

Depois de apresentadas as diretrizes, a PNPIC discorre sobre as responsabilidades institucionais da homeopatia e estabelece que os governos federal, estaduais e municipais devem fomentar as medidas necessárias para tornar possível a inserção das PIC no serviço público de saúde (SUS). No entanto, até o momento é desconhecido o efeito da PNPIC para a inserção da homeopatia no SUS.

PARTE II
A PESQUISA COM DADOS SECUNDÁRIOS
E CRIAÇÃO DAS TIPOLOGIAS

I- Estudo do comportamento da produção de consultas nos municípios de São Paulo

Na primeira fase da análise, realizou-se busca no site²² www.datasus.gov.br, no qual era possível extrair dados da produção ambulatorial das ações executadas nos serviços de atenção à saúde dos 645 municípios do Estado de São Paulo. Aqui, o objetivo foi identificar aqueles municípios que registraram seus atendimentos homeopáticos e que, conseqüentemente, indicavam a existência de médicos especialistas em homeopatia no município, prestando atendimento aos usuários do SUS.

Consultando o código da especialidade registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – SUS, encontraram-se, dos 645 municípios do Estado, 47 que prestaram atendimento em homeopatia, em algum momento do período de 2000-2007. Destaca-se que o código de registro para a homeopatia foi instituído em 1999.

A seguir, apresenta-se a seqüência dos passos adotados:

1º na página do DATASUS, selecionaram-se:

- a. procedimentos ambulatoriais
- b. estado de interesse – São Paulo

2º construiu-se arquivo em planilha eletrônica com:

- a. os MUNICÍPIOS (nas linhas)
- b. o número de consultas APRESENTADAS (nas colunas)

3º selecionou-se o PERÍODO da busca:

- a. após 1999 (ano em que foi instituído o código para a homeopatia)

4º selecionou-se o CÓDIGO da especialidade médica

- a. o código: 0701219 – consulta em homeopatia

²² Atualmente, 2010, os dados de produção de consultas não estão disponíveis no site DATASUS.

5º selecionou-se a lista da SEQUÊNCIA DOS ANOS de atendimento a serem estudados:

a. os meses de janeiro a dezembro do primeiro ano disponível (2000) a janeiro a dezembro do último ano disponível (2007)

A partir dos valores mensais da produção de consultas por cidade, ano a ano, de 2000 até 2007, obteve-se um condensado com a produção de consultas médicas em homeopatia. E finalmente, construiu-se a Tabela 2 com o número de consultas homeopáticas, por município do Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007.

Tabela 2- Consultas de homeopatia em municípios de São Paulo (2000-2007)

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Américo Brasiliense	-	-	-	-	-	-	52	221
Araçatuba	548	497	607	873	722	248	220	247
Araraquara	-	-	-	59	660	1.330	597	554
Bauru	1951	2262	2051	1951	1842	1111	619	908
Bebedouro	-	-	-	-	-	-	-	381
Botucatu	497	1121	1690	1645	1944	1471	808	756
Bragança Paulista	262	488	441	668	661	676	508	606
Caieiras	-	-	-	-	108	371	404	300
Campinas	5490	2468	4966	8371	7070	7557	9129	8216
Capão Bonito	5499	2951	554	1815	2561	2028	2391	1074
Cosmópolis	-	-	-	-	183	445	403	187
Embu	1651	275	74	132	287	962	891	575
Ferraz de Vasconcelos	-	-	-	-	-	-	-	616
Franca	891	1265	1081	445	34	-	621	641
Franco da Rocha	201	-	-	314	570	731	443	191
Ilhabela	-	60	935	449	598	64	-	-
Indaiatuba	992	1520	1803	2492	3154	1318	1477	1827
Itanhaém	39	-	-	-	-	-	-	-
Itapeirica da Serra	1196	1557	1179	1513	1743	2417	2591	1782
Itapevi	520	1006	676	684	646	-	-	-
Itu	2874	3314	3285	3335	2980	3083	3023	3131
Jacareí	1565	1392	1226	1026	891	922	783	812
Jaguariúna	-	-	-	79	172	207	201	70
Jundiaí	2608	2924	2.035	1749	1578	1910	1956	1706
Laranjal Paulista	892	969	1035	940	655	803	873	730
Lucianópolis	703	531	434	330	328	290	263	247
Mairiporã	212	154	1025	517	-	-	-	-
Mogi das Cruzes	835	1327	821	753	1964	2447	1911	1090
Onda Verde	-	-	-	1021	1498	632	-	-
Paulínia	51	982	1033	728	660	670	502	474
Pindamonhangaba	1225	1007	1003	642	128	976	548	1444
Ribeirão Preto	1554	3116	2673	1948	868	789	1058	1137
Rio Claro	423	420	606	435	-	-	-	-
Salto	890	870	766	683	764	689	799	628
Santa Fé do Sul	1305	493	1591	1458	809	612	292	-
Santa Gertrudes	-	-	-	-	-	-	-	7
Santo André	1217	1265	1239	1008	1065	1148	914	1032
Santos	7712	8882	9765	8767	8092	9430	7325	4956
São Caetano do Sul	801	747	804	769	702	423	458	391
São José do Rio Preto	969	608	2247	3117	3696	2720	1798	2173
São José dos Campos	1068	1051	1060	1049	488	519	237	-
São Paulo	22044	21191	25694	33686	34172	36089	34304	37129
São Sebastião	-	54	286	159	278	1797	443	412
São Vicente	-	-	-	-	141	219	423	1.360
Taboão da Serra	91	777	889	573	645	584	802	1.611
Tatuí	-	298	175	-	-	-	-	-
Vargem Grande do Sul	681	810	1137	-	-	-	-	-
TOTAL	69457	68652	76886	86183	85357	87688	80067	79622

A Tabela 2 demonstra que nenhum dos 47 municípios apresentou comportamento uniforme e sim momentos de queda e ascensão na produção do número de consultas homeopáticas. Verificam-se, também, casos de interrupção e suspensão da atenção. Observam-se nitidamente duas tendências: uma de crescimento, de 2000-2007, e outra de decréscimo da atenção, entre 2006-2007.

Para analisar o desenvolvimento da atenção homeopática prestada aos usuários no período de 2000 a 2007, destacaram-se, então, dois momentos do estudo:

- Primeiro: a análise do comportamento da produção de consultas de 2000-2007, ou seja, o período total investigado, observando-se os anos de maior e menor produção. A partir desses dados, buscaram-se questionamentos²³ para, na 2ª fase da pesquisa, serem utilizados em entrevista com os gestores dos municípios. A intenção seria identificar os fatores facilitadores para a atenção em homeopatia, isto é, aqueles que colaboraram para o aumento da produção de consultas e implementação da atenção, e os dificultadores para a implementação, isto é, aqueles que levaram à diminuição ou interrupção da atenção.
- Segundo: a análise do comportamento da produção de consultas de 2006-2007, tendo como marco desse período a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), publicada em maio de 2006. Uma vez que ela propõe a implantação e a implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS e que, em tese, colaboraria para o aumento da produção de consultas nos municípios que já prestavam atendimento homeopático e estimularia outros municípios a implantarem a atenção em homeopatia. Ou melhor, municípios que prestavam atendimento anteriormente à publicação da política e deveriam ter registros de aumento de produção de consultas, enquanto os outros estariam iniciando a atenção e registrando pela primeira vez sua produção.

²³Questionamentos desencadeados a partir da análise dos dados de produção, que serão respondidos nas demais partes da pesquisa, por meio de entrevistas realizadas com os gestores de serviços de saúde e submetidos à análise quanti-qualitativa. Essas questões serão apresentadas como nota de pé de página, destacando a partir de que contexto de análise surgiram.

Da análise da variação desse número de consultas, foi possível construir a Figura 1, onde se identifica o crescimento²⁴ de 10165 consultas no período de 2000-2007, ou seja, 14,6%. Verifica-se, também, que a maior produção ocorreu nos anos de 2003 a 2005, apresentando-se acima da linha de crescimento médio. E ainda, nos anos 2006 e 2007, após a publicação da PNPIC, houve diminuição do número de consultas em 0,6%. Destaca-se que, a partir dos dados apresentados na Tabela 2, tiveram origem os primeiros questionamentos²⁵.

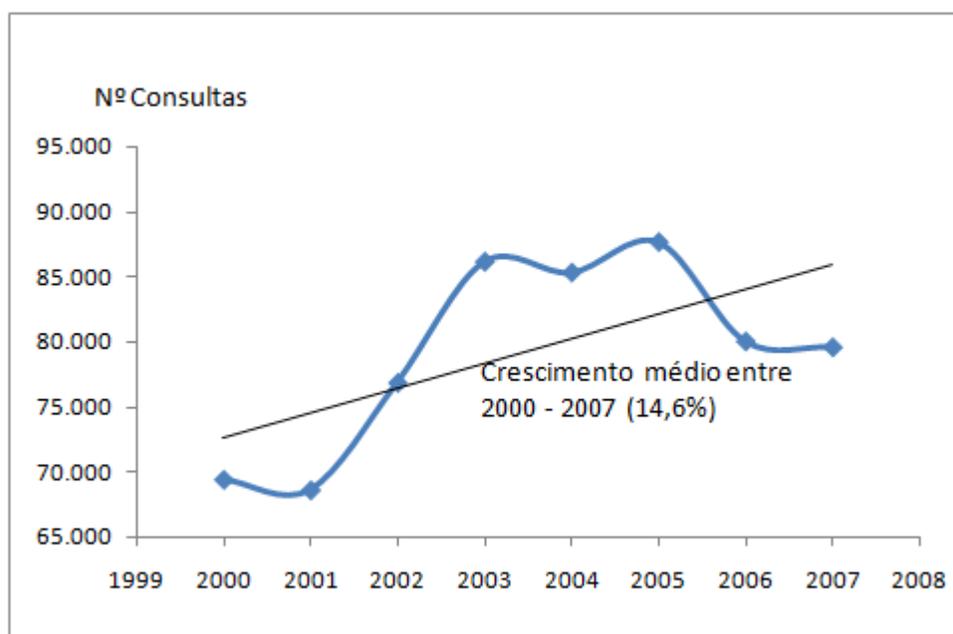


Figura 1- Evolução da produção total de consultas por ano nos municípios de São Paulo (2000-2007)

Após os municípios serem classificados por ordem alfabética na Tabela 2, com suas produções totais anuais apresentadas ao Ministério da Saúde, no período considerado, outras duas classificações foram feitas: conforme a localização no território do Estado de São Paulo (Apêndice 3) e segundo o tamanho/porte do município (Quadro 2).

²⁴ Para determinar o crescimento, utilizou-se da divisão da produção de consultas em homeopatia do último ano estudado - 2007 - dividido pelo primeiro ano do período estudado - 2000- e por 100, e obteve-se o percentual.

²⁵ Quais fatores estariam envolvidos para ocasionarem tal situação?

No Quadro 2, observam-se os 47 municípios que apresentaram consulta em homeopatia no período, classificados segundo o porte, ou seja: pequeno porte, municípios com menos de 100 mil habitantes; médio porte, de 100 a 500 mil habitantes; de grande porte, com mais de 500 mil habitantes. Diante da classificação, obtiveram-se 17 (36,2%) municípios classificados, no grupo de pequeno porte; 24 (51,1%) de médio porte e 6 (12,7%) de grande porte.

Quadro 2- Percentual dos municípios por porte (SEADE, 2007)

MUNICÍPIOS-PEQUENO PORTE	MUNICÍPIOS – MÉDIO PORTE	MUNICÍPIOS – GRANDE PORTE
36,20%	51,10%	12,70%
AMÉRICO BRASILENSE	ARAÇATUBA	CAMPINAS
BEBEDOURO	ARARAQUARA	RIBEIRÃO PRETO
CAIEIRAS	BAURU	SANTO ANDRÉ
CAPÃO BONITO	BOTUCATU	SANTOS
COSMÓPOLIS	BRAGANÇA PAULISTA	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
ILHABELA	EMBU	SÃO PAULO
ITANHAÉM	FERRAZ VASCONCELOS	
JAGUARIÚNA	FRANCA	
LARANJAL PAULISTA	FRANCO DA ROCHA	
LUCIANÓPOLIS	INDAIATUBA	
MARIPORÃ	ITAPECIRICA DA SERRA	
ONDA VERDE	ITAPEVI	
PAULÍNIA	ITÚ	
SANTA FÉ DO SUL	JACAREÍ	
SANTA GERTRUDES	JUNDIAÍ	
SÃO SEBASTIÃO	MOGI DAS CRUZES	
VARGEM GRANDE DO SUL	PINDAMONHANGABA	
	RIO CLARO	
	SALTO	
	SÃO CAETANO	
	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	
	SÃO VICENTE	
	TABOÃO DA SERRA	
	TATUI	

Para analisar a influência do porte dos municípios sobre o crescimento do número de consultas em homeopatia, desenvolveram-se as Tabelas 3, 4 e 5, as quais originaram as Figuras 2, 3 e 4, nas quais se pode visualizar a variação no atendimento homeopático, por meio do número de consultas realizadas por ano, pelos municípios de pequeno, médio e grande porte.

Tabela 3- Consultas dos municípios de pequeno porte de São Paulo (2000-2007)

Até 100.000 hab. (pequeno porte - 36,2% -)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Américo Brasiliense		-	-	-	-	-	52	221
Bebedouro	-	-	-	-	-	-	-	381
Caieiras	-	-	-	-	108	371	404	300
Capão Bonito	5499	2951	554	1815	2561	2028	2391	1074
Cosmópolis	-	-	-	-	183	445	403	187
Ilhabela	-	60	935	449	598	64	-	-
Itanhaém	39	-	-	-	-	-	-	-
Jaguariúna	-	-	-	79	172	207	201	70
Laranjal Paulista	892	969	1035	940	655	803	873	730
Lucianópolis	703	531	434	330	328	290	263	247
Mairiporã	212	154	1025	517	-	-	-	-
Onda Verde	-	-	-	1021	1498	632	-	-
Paulínia	51	982	1033	728	660	670	502	474
Santa Fé do Sul	1305	493	1591	1458	809	612	292	-
Santa Gertrudes	-	-	-	-	-	-	-	7
São Sebastião	-	54	286	159	278	1797	443	412
Vargem Grande do Sul	681	810	1137	-	-	-	-	-
Total	9382	7004	8030	7496	7850	7919	5824	4103

Tabela 4- Consultas dos municípios de médio porte de São Paulo (2000-2007)

De 100 - 500.000 hab. (médio porte - 51,1%)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araçatuba	548	497	607	873	722	248	220	247
Araraquara	-	-	-	59	660	1330	597	554
Bauru	1951	2262	2051	1951	1842	1111	619	908
Botucatu	497	1121	1690	1645	1944	1471	808	756
Bragança Paulista	262	488	441	668	661	676	508	606
Embu	1651	275	74	132	287	962	891	575
Ferraz de Vasconcelos	-	-	-	-	-	-	-	616
Franca	891	1265	1081	445	34	-	621	641
Franco da Rocha	201	-	-	314	570	731	443	191
Indaiatuba	992	1520	1803	2492	3154	1318	1477	1827
Itapeirica da Serra	1196	1557	1179	1513	1743	2417	2591	1782
Itapevi	520	1006	676	684	646	-	-	-
Itu	2874	3314	3285	3335	2980	3083	3023	3131
Jacareí	1565	1392	1226	1026	891	922	783	812
Jundiaí	2608	2924	2035	1749	1578	1910	1956	1706
Mogi das Cruzes	835	1327	821	753	1964	2447	1911	1090
Pindamonhangaba	1225	1007	1003	642	128	976	548	1444
Rio Claro	423	420	606	435	-	-	-	-
Salto	890	870	766	683	764	689	799	628
São Caetano do Sul	801	747	804	769	702	423	458	391
São José do Rio Preto	969	608	2247	3117	3696	2720	1798	2173
São Vicente	-	-	-	-	141	219	423	1360
Taboão da Serra	91	777	889	573	645	584	802	1611
Tatuí	-	298	175	-	-	-	-	-
Total	20990	23675	23459	23858	25752	24237	21276	23049

Tabela 5- Consultas dos municípios de grande porte de São Paulo (2000-2007)

mais de 500.000 hab. (grande porte - 12,7% -)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Campinas	5490	2468	4966	8371	7070	7557	9129	8216
Ribeirão Preto	1554	3116	2673	1948	868	789	1058	1137
Santo André	1217	1265	1239	1008	1065	1148	914	1032
Santos	7712	8882	9765	8767	8092	9430	7325	4956
São José dos Campos	1068	1051	1060	1049	488	519	237	-
São Paulo	22044	21191	25694	33686	34172	36089	34304	37129
Total	39085	37973	45397	54829	51755	55532	52967	52470

No período entre 2000 e 2007, observa-se, pela Figura 2 e Tabela 3, o decréscimo de 56% na produção de consultas homeopáticas, nos municípios de pequeno porte. Pela Figura 3 e Tabela 4, pode-se identificar que os municípios de médio porte aumentaram a produção de consultas em 9,8% no mesmo período. E, na Figura 4 e Tabela 5, estão os municípios de grande porte que também colaboraram com o crescimento de consultas em homeopatia em 34,4%, também de 2000–2007.

Já nos anos de 2006 e 2007, os municípios de pequeno porte, Figura 2 e Tabela 3, continuaram diminuindo a produção de consultas em 29,56%; os de médio porte, Figura 3 e Tabela 4, aumentaram o número de consultas em 8,33%; na Figura 4 e Tabela 5, vê-se, nos municípios de grande porte, o decréscimo de 0,94% nas consultas.

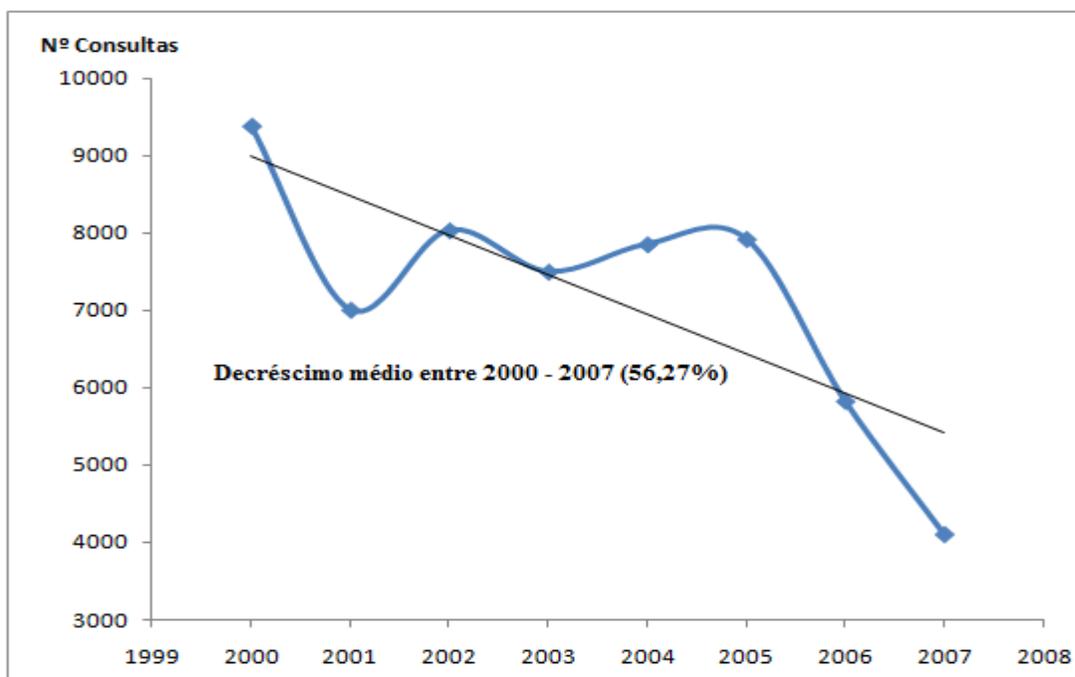


Figura 2- Evolução das consultas, por ano, nos municípios de pequeno porte de São Paulo (2000-2007)

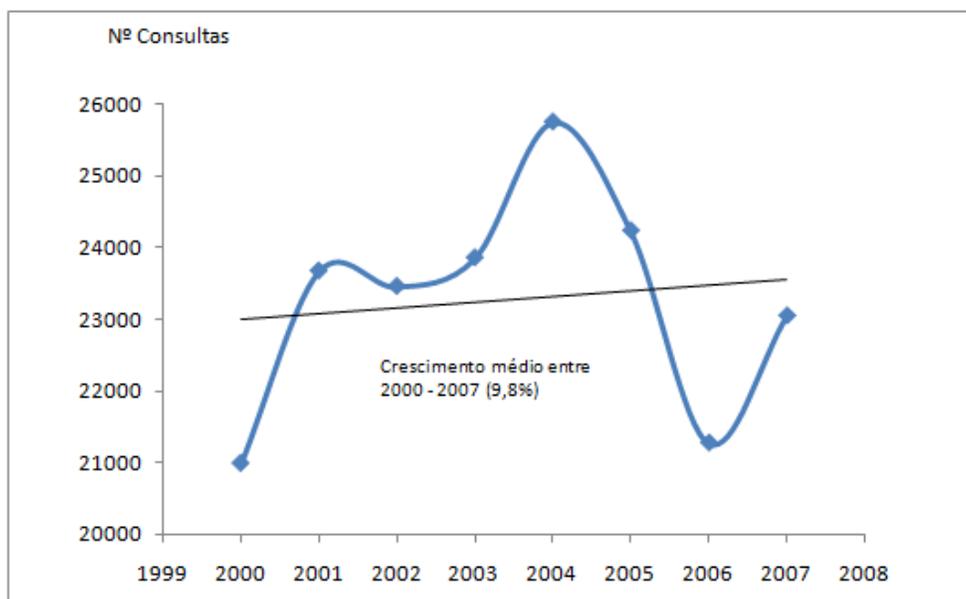


Figura 3- Evolução das consultas, por ano, nos municípios de médio porte de São Paulo (2000-2007)

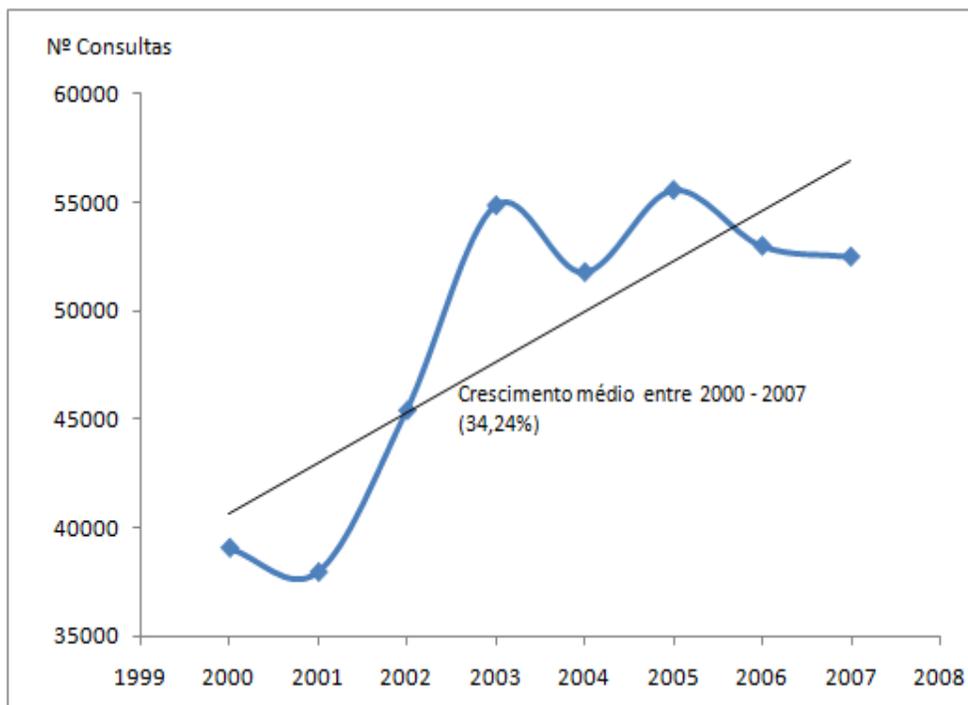


Figura 4- Evolução das consultas, por ano, nos municípios de grande porte de São Paulo (2000-2007)

E foi criada uma tipologia para os municípios que ofertaram homeopatia no Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007, a partir da análise dos dados da Tabela 2.

Toda tipologia é resultado de processo de agrupamento do objeto, de acordo com as individualidades específicas e os elementos contidos num mesmo tipo têm similaridades. A construção de cada tipo, com atributos comuns, traz descrições ou significados que são identificados pelo termo usado na denominação do tipo (Elman, acesso, 2010).

O conceito de tipologia é empregado por Weber, de maneira que venha possibilitar ao pesquisador comparar fenômenos sociais e criar modelos ou tipos ideais, os quais servirão para a análise e a compreensão de casos complexos (Marconi e Lakatos, 2006).

O “tipo ideal” envolve um sentido subjetivo, atribuído a um ator hipotético numa determinada conduta, não é um sentido objetivamente “válido” ou “verdadeiro”, estabelecido metafisicamente (Weber, 2002). Com isso, na conceituação do “tipo ideal”, torna-se rigorosa a consciência daquilo que não é genérico e sim específico a fenômenos culturais (Fernandes e Cohn, 2003).

Tal conceituação explica os agrupamentos organizados por meio da análise quantitativa da 1ª fase desta pesquisa, em que se realizou estudo do tipo exploratório, ou seja, o tema foi primeiramente examinado, depois explorado quantitativamente, para preparar o campo e dar continuidade à pesquisa, e ao ser familiarizado com o fenômeno em questão conseguem-se obter informações suficientes para se realizar a pesquisa. Uma descrição do comportamento da produção de consultas homeopáticas ao longo dos anos (2000-2007) foi realizada, culminando-se com a classificação tipológica, segundo a realidade encontrada nos municípios estudados (Sampieri et al, 2006).

Assim, o primeiro tipo foi denominado *Constantes*, aqueles municípios que mantiveram atendimento de maneira contínua no período; o segundo, *Descontínuos*, aqueles municípios que tiveram interrupção da oferta da homeopatia no período; o terceiro, *Tardios*, aqueles municípios que iniciaram a oferta, em algum momento após 2001, e a mantiveram até 2007. Do total dos municípios estudados, aqueles de tipologia *Constantes* representam 53,2%, isto é, 25 municípios; os do tipo *Descontínuos*, 25,5%, isto é, 12 municípios; os do tipo *Tardios*, 21,3%, isto é, dez municípios. Essa classificação foi mantida durante toda a análise dos dados e sua distribuição está apresentada na Figura 5.

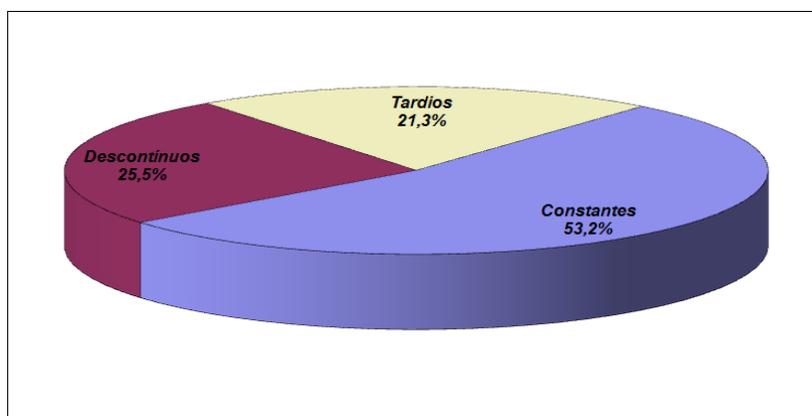


Figura 5- Tipologia dos municípios por oferta de homeopatia

A fim de se visualizar a importância do porte do município na atenção em homeopatia, construiu-se a Tabela 6, que distribui os municípios por porte e segundo a tipologia. Verifica-se que os municípios de médio e grande porte estão concentrados nos *Constantes*, enquanto os de pequeno porte predominam nos *Tardios* e nos *Descontínuos*, basicamente, predominam os municípios de pequeno porte e médio porte.

Tabela 6- Porte dos municípios por tipologia

PORTE	CONSTANTES	DESCONTÍNUOS	TARDIOS
Pequeno	4	6	7
Médio	16	5	3
Grande	5	1	0

II- Estudo do comportamento da produção de consultas nos municípios do tipo dos *Constantes*

Na tipologia *Constantes*, estão os 25 municípios do Estado de São Paulo que mantiveram atendimento homeopático, durante todo o período do estudo. Num primeiro momento, analisa-se o comportamento da produção de consultas entre 2000 e 2007 e, em seguida, de 2006 a 2007, período sucessor à publicação da PNPIC.

Os dados apresentados nessa seção foram analisados com base na tipologia, porte dos municípios e produção anual de consultas médicas homeopáticas. Para sua melhor visualização, foram construídas as Tabelas 7, 8, 9 e 10, a partir das quais foram produzidas as figuras 6,7, 8 e 9.

Tabela 7- Municípios que compõem o tipo *Constantes*

MUNICÍPIOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araçatuba	548	497	607	873	722	248	220	247
Bauru	1951	2262	2051	1951	1842	1111	619	908
Botucatu	497	1121	1690	1645	1944	1471	808	756
Bragança Paulista	262	488	441	668	661	676	508	606
Campinas	5490	2468	4966	8371	7070	7557	9129	8216
Capão Paulista	5499	2951	554	1815	2561	2028	2391	1074
Embu	1651	275	74	132	287	962	891	575
Indaíatuba	992	1520	1803	2492	3154	1318	1477	1827
Itapeirica da Serra	1196	1557	1179	1513	1743	2417	2591	1782
Itu	2874	3314	3285	3335	2980	3083	3023	3131
Jacareí	1565	1392	1226	1026	891	922	783	812
Jundiaí	2608	2924	2035	1749	1578	1910	1956	1706
Laranjal Paulista	892	969	1.035	940	655	803	873	730
Lucianópolis	703	531	434	330	328	290	263	247
Mogi das Cruzes	835	1327	821	753	1964	2447	1911	1090
Paulínia	51	982	1033	728	660	670	502	474
Pindamonhangaba	1225	1007	1003	642	128	976	548	1444
Ribeirão Preto	1554	3116	2673	1948	868	789	1058	1137
Salto	890	870	766	683	764	689	799	628
Santo André	1217	1265	1239	1008	1065	1148	914	1032
Santos	7712	8882	9765	8767	8092	9430	7325	4956
São Caetano do Sul	801	747	804	769	702	423	458	391
São José do Rio Preto	969	608	2247	3117	3696	2720	1798	2173
São Paulo	22044	21191	25694	33686	34172	36089	34304	37129
Taboão da Serra	91	777	889	573	645	584	802	1611
Total	64117	63041	68314	79514	79172	80761	75951	74682

Tabela 8- Municípios de pequeno porte dos *Constantes*

<i>Constantes - pequeno porte</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Capão Bonito	5499	2951	554	1815	2561	2028	2391	1074
Laranjal Paulista	892	969	1035	940	655	803	873	730
Lucianópolis	703	531	434	330	328	290	263	247
Paulínia	51	982	1033	728	660	670	502	474
Total	7145	5433	3056	3813	4204	3791	4029	2525

Tabela 9- Municípios de médio porte dos *Constantes*

<i>Constantes - médio porte</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araçatuba	548	497	607	873	722	248	220	247
Bauru	1951	2262	2051	1951	1842	1111	619	908
Botucatu	497	1121	1690	1645	1944	1471	808	756
Bragança Paulista	262	488	441	668	661	676	508	606
Embu	1651	275	74	132	287	962	891	575
Indaiatuba	992	1520	1803	2492	3154	1318	1477	1827
Itapeirica da Serra	1196	1557	1179	1513	1743	2417	2591	1782
Itu	2874	3314	3285	3335	2980	3083	3023	3131
Jacareí	1565	1392	1226	1026	891	922	783	812
Jundiaí	2608	2924	2035	1749	1578	1910	1956	1706
Mogi das Cruzes	835	1327	821	753	1964	2447	1911	1090
Pindamonhangaba	1225	1007	1003	642	128	976	548	1444
Salto	890	870	766	683	764	689	799	628
São Caetano do Sul	801	747	804	769	702	423	458	391
São José do Rio Preto	969	608	2247	3117	3696	2720	1798	2173
Taboão da Serra	91	777	889	573	645	584	802	1611
Total	18864	19909	20032	21348	23056	21373	18390	18076

Tabela 10- Municípios de grande porte dos *Constantes*

<i>Constantes- grande porte</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Campinas	5490	2468	4966	8371	7070	7557	9129	8216
Ribeirão Preto	1554	3116	2673	1948	868	789	1058	1137
Santo André	1217	1265	1239	1008	1065	1148	914	1032
Santos	7712	8882	9765	8767	8092	9430	7325	4956
São Paulo	22044	21191	25694	33686	34172	36089	34304	37129
Total	38017	36922	44337	53780	51267	55013	52730	52470

Por meio da Figura 6, é possível identificar que o crescimento médio do atendimento em homeopatia, nos municípios que tiveram continuidade da atenção, foi de 16,5%. No entanto, nos anos de 2003 a 2005, o número de consultas produzidas foi maior que a média de crescimento, começando a decrescer em 2005 e alcançando seu mínimo em 2007.

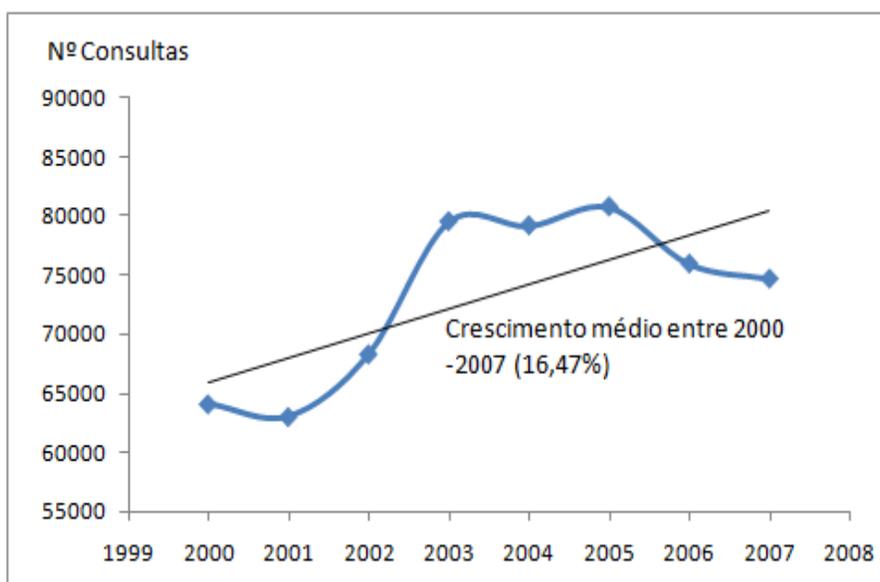


Figura 6- Evolução da produção de consultas nos *Constantes* (2000 – 2007)

A Figura 7 mostra que a contribuição para a diminuição do atendimento homeopático, nos municípios de pequeno porte dos *Constantes*, é de 64,67%. Pela Figura 8, verifica-se que os municípios de médio porte tiveram diminuição da atenção em homeopatia de 4,18%. E, na Figura 9, tem-se que os municípios de grande porte tiveram aumento de 38,01% do atendimento homeopático, no período de 2000-2007.

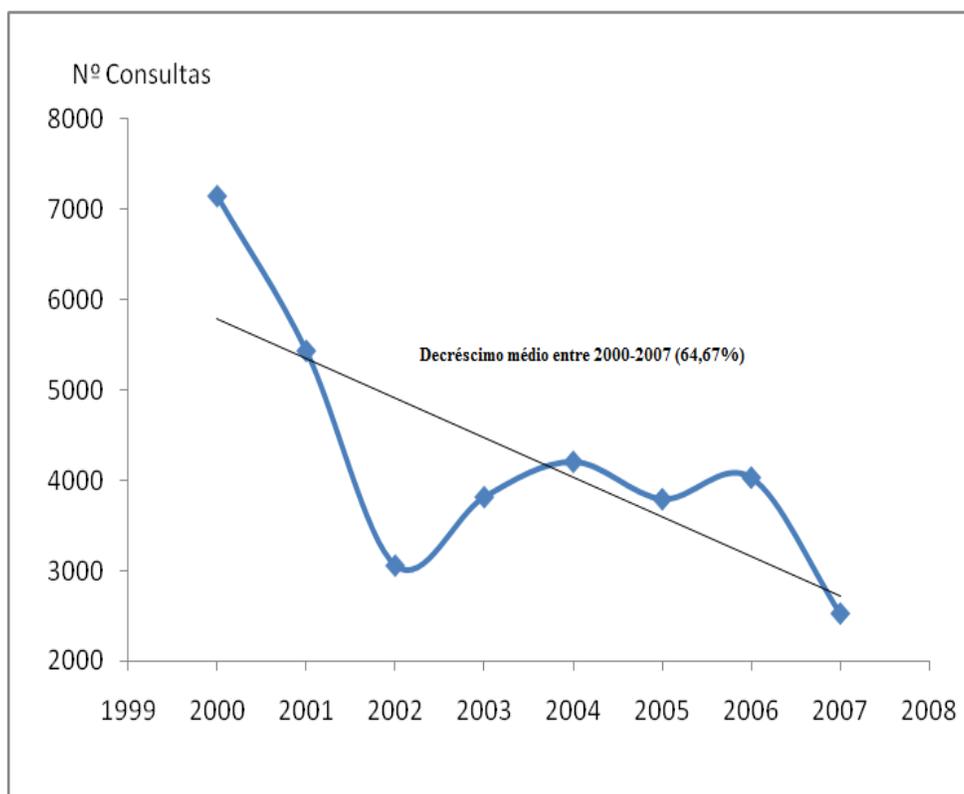


Figura 7- Evolução da produção de consultas nos municípios *Constantes* de pequeno porte (2000 – 2007)

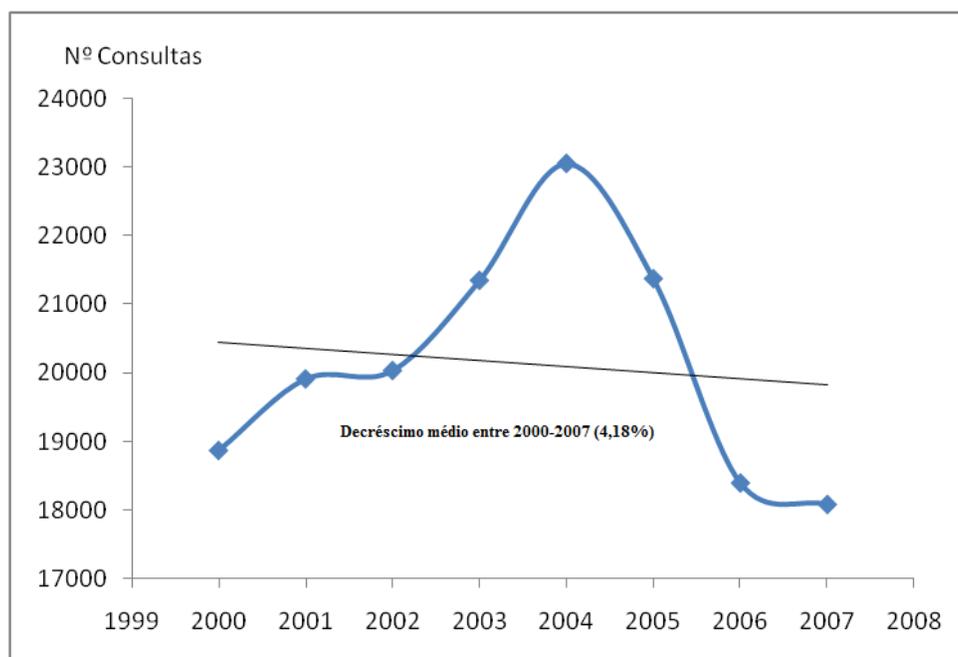


Figura 8- Evolução da produção de consultas nos municípios *Constantes* de médio porte (2000 – 2007)

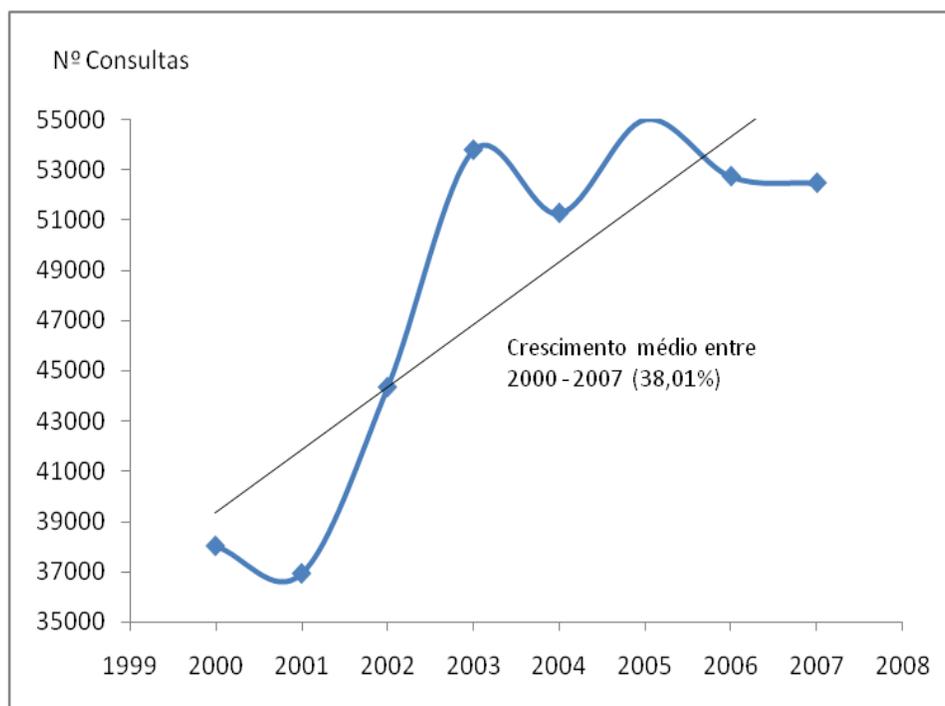


Figura 9- Evolução da produção de consultas nos municípios *Constantes* de grande porte (2000 – 2007)

Em relação aos anos de 2006 e 2007, verifica-se, a partir da Tabela 11, que 12 municípios tiveram crescimento do número de consultas de homeopatia, no ano de 2007, em relação a 2006, e 13 apresentaram diminuição da produção, no mesmo período²⁶. No total de consultas homeopáticas dos *Constantes*, houve diminuição na produção de consultas de 1,7%. Pelas Tabelas 8, 9 e 10, pode-se constatar que, para os municípios dos *Constantes* de pequeno porte, houve diminuição da produção de consultas de 2006 para 2007 de 37,33%; para os de médio porte, predominantes nesta tipologia, ocorreu o decréscimo do atendimento de 1,7%, em 2007. Os de grande porte também tiveram diminuição no registro de consultas de 0,5%, no período.

²⁶Quais os fatores que influenciaram para esse movimento da atenção em homeopatia?
 Por que os gestores do SUS implementaram a homeopatia no seu município?
 A população solicitou a homeopatia para seu cuidado de saúde?
 Que influência é exercida pela publicação da PNPIC?
 O código das consultas em homeopatia sempre foi registrado?

Observou-se que, entre os municípios *Constantes*, aqueles com percentual de crescimento de consultas superior à média são os de médio porte, como: Bauru, Bragança Paulista, Indaiatuba, Pindamonhangaba, São José do Rio Preto e Taboão da Serra. E aqueles que tiveram percentuais de aumento menores que a média são municípios de médio e grande porte, como: Araçatuba, Itu, Jacareí, Jundiaí, Salto, Santo André, São Paulo. Tais municípios estão distribuídos nas diversas regiões do Estado de São Paulo, vide Mapa no Apêndice 3, o que não demonstra uma tendência regional de expansão da atenção em homeopatia²⁷.

Na Tabela 11, visualizou-se o percentual médio de decréscimo²⁸ de consultas em 1,7%, no período 2006-2007, sendo 13 os municípios que tiveram percentuais de decréscimo na produção de consultas em homeopatia superiores ao percentual médio²⁹.

²⁷ Quem ou o quê poderia contribuir para que alguns municípios aumentassem seu atendimento em homeopatia? A PNPIC foi o fator desencadeador de investimentos em homeopatia?

²⁸ Entende-se aqui por decréscimo a diferença entre o último ano de produção em consultas de homeopatia estudado (2007) e o anterior (2006), quando foi publicada a PNPIC.

²⁹ Quais fatores são os dificultadores do crescimento da atenção em homeopatia?

Tabela 11- Variação do crescimento da atenção nos *Constantes* (2006-2007)

MUNICÍPIOS	2006	2007	VARIAÇÃO (%)
Araçatuba	220	247	12,3
Bauru	619	908	46,7
Botucatu	808	756	-6,4
Bragança Paulista	508	606	19,3
Campinas	9129	8216	-10,0
Capão Paulista	2391	1074	-55,1
Embu	891	575	-35,5
Indaíatuba	1477	1827	23,7
Itapeirica da Serra	2591	1782	-31,2
Itu	3023	3131	3,6
Jacareí	783	812	3,7
Jundiaí	1956	1706	-12,8
Laranjal Paulista	873	730	-16,4
Lucianópolis	263	247	-6,1
Mogi das Cruzes	1911	1090	-43,0
Paulínia	502	474	-5,6
Pindamonhangaba	548	1444	163,5
Ribeirão Preto	1058	1137	7,5
Salto	799	628	-21,4
Santo André	914	1032	12,9
Santos	7325	4956	-32,3
São Caetano do Sul	458	391	-14,6
São José do Rio Preto	1798	2173	20,9
São Paulo	34304	37129	8,2
Taboão da Serra	802	1611	100,9
Total	75951	74682	-1,7

Sumariamente, com relação aos municípios do tipo *Constantes*, como se observou anteriormente, houve crescimento e redução da atenção homeopática. Todavia, até agora, desconhecem-se os fatores influenciadores para tal comportamento.

III- Estudo do comportamento da produção de consultas nos municípios do tipo dos *Descontínuos*

Na tipologia *Descontínuos* estão os 12 municípios do Estado de São Paulo que prestaram atendimento homeopático no período de 2000-2007, foram analisados segundo o porte e a produção anual de consultas médicas homeopáticas, e estão contidos na Tabela 12. Verifica-se que os municípios tiveram um decréscimo de 47% na produção de consultas de 2000 a 2007.

É possível observar que dos 12 municípios que tiveram atendimento em homeopatia durante alguns anos do período estudado apenas dois municípios, Franca e Franco da Rocha, ambos de médio porte, prestaram atendimento em 2007, no entanto, deixaram de atender ou não registraram o atendimento no ano de 2005 e 2001-2002, respectivamente. Outros dois municípios, Santa Fé do Sul, médio porte, e São José dos Campos, grande porte, mantiveram a atenção até 2006, interrompendo-a em 2007, os demais municípios, de médio e pequeno porte, interromperam a oferta da homeopatia antes de 2007. Nessa tipologia a tendência é exclusivamente de decréscimo da atenção em homeopatia³⁰.

Nos *Descontínuos* não foi realizada a análise de 2006-2007 porque somente dois municípios; Franca e Franco da Rocha prestavam atendimento neste período.

³⁰ O quê contribuiu para a descontinuidade da atenção nesses municípios? E a PNPIC, não representou uma possibilidade de manutenção dessa racionalidade médica nos municípios que deixaram de atender em 2007?

Tabela 12- Municípios do tipo *Descontínuos*

MUNICÍPIOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Franca	891	1265	1081	445	34	-	621	641
Franco da Rocha	201	-	-	314	570	731	443	191
Ilhabela	-	60	935	449	598	64	-	-
Itanhaém	39	-	-	-	-	-	-	-
Itapevi	520	1006	676	684	646	-	-	-
Mairiporã	212	154	1025	517	-	-	-	-
Onda Verde	-	-	-	1021	1498	632	-	-
Rio Claro	423	420	606	435	-	-	-	-
Santa Fé do Sul	1305	493	1591	1458	809	612	292	-
São José dos Campos	1068	1051	1060	1049	488	519	237	-
Tatuí	-	298	175	-	-	-	-	-
Vargem Grande do Sul	681	810	1137	-	-	-	-	-
TOTAL	1572	5557	8286	6372	4643	2558	1593	832

IV- Estudo do comportamento da produção de consultas nos municípios do tipo dos *Tardios*

Os municípios do tipo *Tardios* iniciaram o atendimento homeopático, após 2001, e o continuaram até o último ano do estudo. A Tabela 13 mostra os 10 municípios que iniciaram sua atenção em homeopatia a partir de 2001, sendo: em 2001, um de pequeno porte; em 2003, um de pequeno e outro de médio porte; em 2004, dois de pequeno e um de médio porte; em 2006, um de pequeno porte. Esses mantiveram o atendimento ininterrupto até 2007, contudo existem ainda três municípios, dois de pequeno e um de médio porte, que só registraram atendimento em 2007, último ano do estudo.

Tabela 13- Municípios do tipo *Tardios*

MUNICÍPIOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Américo Brasiliense	-	-	-	-	-	-	52	221
Araraquara	-	-	-	59	660	1330	597	554
Bebedouro	-	-	-	-	-	-	-	381
Caieiras	-	-	-	-	108	371	404	300
Cosmópolis	-	-	-	-	183	445	403	187
Ferraz de Vasconcelos	-	-	-	-	-	-	-	616
Jaguariúna	-	-	-	79	172	207	201	70
Santa Gertrudes	-	-	-	-	-	-	-	7
São Sebastião	-	54	286	159	278	1797	443	412
São Vicente	-	-	-	-	141	219	423	1360
TOTAL		54	286	297	1542	4369	2523	4108

Na Tabela 13, identificou-se que todos os dez municípios tiveram atendimento de homeopatia no ano de 2007 e dois desses municípios tiveram aumento do número de consultas nesse mesmo ano. É possível observar que, no ano de 2005, a produção de consultas foi superior à dos demais anos, seguida por decréscimo em 2006, para novamente aumentar em 2007. Verificou-se também que, em 2005, prestaram atendimento em homeopatia os mesmo seis municípios de 2004, com produção maior; em 2006, houve a inclusão de um novo município, entretanto a produção foi menor que a do ano anterior. E, em 2007, observou-se a existência de dez municípios atendendo homeopatia.

Entre os anos 2006 e 2007, a Tabela 14 mostra que houve o crescimento de 62,82% da produção de consultas, tendo se destacado os municípios de Américo Brasiliense, pequeno porte, e São Vicente, médio porte. Já nos municípios de Jaguariúna e Cosmópolis, ambos de pequeno porte, evidenciou-se a diminuição da atenção³¹. Bebedouro e Santa Gertrudes, de pequeno porte, e Ferraz de Vasconcelos, de médio porte, iniciaram a atenção em homeopatia, em 2007³².

³¹ Quais fatores estariam envolvidos para facilitar o início da atenção em homeopatia?
Quais fatores funcionam como dificultadores para o crescimento dessa atenção?

E a PNPIC, que papel exerce nesse contexto?

³² Quais fatores estariam envolvidos como facilitadores para o aumento do número de consultas?
Que fatores facilitaram o início da atenção em homeopatia?

E a PNPIC teve alguma influência nesse contexto?

Tabela 14- Variação do crescimento da atenção nos *Tardios* (2006-2007)

MUNICÍPIOS	2006	2007	VARIAÇÃO (%)
Américo Brasiliense	52	221	325,0
Araraquara	597	554	-7,2
Bebedouro	-	381	
Caieiras	404	300	-25,7
Cosmópolis	403	187	-53,6
Ferraz de Vasconcelos	-	616	
Jaguariúna	201	70	-65,2
Santa Gertrudes	-	7	
São Sebastião	443	412	-7,0
São Vicente	423	1.360	221,5
TOTAL	2523	4108	62,82

Constata-se que cinco municípios tiveram decréscimo da atenção em homeopatia, do ano de 2006 para 2007, ou seja, metade dos municípios classificados na tipologia *Tardios*. De forma que os *Tardios*, apesar de representarem aumento da produção da atenção em homeopatia no período, ainda demonstraram municípios com decréscimo da atenção.

Considerações sobre a pesquisa com dados quantitativos secundários

A análise das informações de produção de consultas homeopáticas registradas no site do DATASUS permitiu identificar os municípios que atenderam os usuários com a medicina homeopática e o volume de atendimento anual no período de 2000-2007. Foi possível classificar os municípios, conforme a continuidade da atenção, como *Constantes*, *Descontínuas* e *Tardias*, além de perceber que houve crescimento da atenção de 2000-2007 e que o período de 2003 a 2005 foi o mais profícuo para a expansão da homeopatia. No entanto, ao se tomar o ano da publicação da PNPIC, 2006, como marco para a implementação das PIC no Brasil, quando se esperaria o crescimento dessa atenção, percebe-se não ser essa a realidade dos serviços de saúde, ou seja, no período predominou o decréscimo no número de consultas registradas no SIA-SUS.

Os municípios do tipo dos *Constantes*, embora tenham mantido a atenção homeopática durante todo o período, apresentaram etapas de crescimento e de decréscimo da atenção, além da diminuição do registro de consultas homeopáticas, em alguns municípios, após 2006. Nos *Descontínuos*, predominou o decréscimo da atenção em homeopatia. Em nove municípios, foi mantido o atendimento homeopático até 2003; somente sete o mantiveram em 2004; cinco, em 2005; quatro, em 2006; dois municípios, em 2007. Os dois últimos, porém, interromperam a atenção ou não registraram as consultas realizadas, durante um e dois anos do período estudado. No geral, foi esta tipologia a grande contribuidora para o decréscimo da atenção, durante o período de estudo.

Ao analisar a oferta de consultas homeopáticas por porte e tipo dos municípios, identifica-se que:

- Pequeno porte são 36,2%, médio porte são 51,1% e de grande porte são 12,7% dos municípios.
- Nos *Constantes*, os municípios de médio porte representam a maioria, embora existam os de pequeno e os de grande porte.
- Nos *Descontínuos*, estão os de médio e os de pequeno porte estão em proporções semelhantes e há apenas um de grande porte.
- Nos *Tardios*, encontram-se os municípios de pequeno porte como maioria, mas também alguns de médio e nenhum de grande porte.
- Considerando-se todos os municípios com atendimento de 2000 a 2007, houve crescimento médio de 14,6%.
- Observa-se o aumento da atenção em homeopatia pela implantação da atenção em municípios da tipologia *Tardios*.
- Em dois momentos específicos, 2003 e 2005, ocorreram valores maiores para atendimentos em homeopatia.

- Os municípios que mais tiveram crescimento na atenção foram os de grande porte.
- Os municípios de médio porte, que representaram a maioria nesse estudo, tiveram diminuição da produção de consultas.
- Os municípios de pequeno porte tiveram a maior diminuição da produção de consultas homeopáticas, quando comparados com os dos demais portes.
- Considerando-se todos os municípios com atendimento em homeopatia apenas no período 2006-2007, houve diminuição de 0,6% no atendimento.
- O decréscimo no período 2006-2007 foi relacionado aos grupos dos *Constantes e Descontínuos*, no entanto o grupo dos *Tardios* apresentou crescimento no período.

Vários questionamentos foram gerados no decorrer do estudo e encontrar as respostas pode esclarecer quais os fatores envolvidos para a implementação ou não da atenção em homeopatia no SUS. Na tentativa de buscar as respostas a essas questões, foi construído o questionário semi-estruturado, sintetizado no Quadro 1 (página 6), utilizado na 2ª fase da pesquisa, para a entrevista com os gestores dos serviços de saúde.

PARTE III
PERCEPÇÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS
QUANTO À OFERTA DA HOMEOPATIA

*“Onde você vê um obstáculo, alguém vê o término da viagem
e o outro vê uma chance de crescer”*

Fernando Pessoa

Após o término da primeira fase da pesquisa, teve início o estudo quali-quantitativo. Para isso, foram entrevistados os gestores dos 47 municípios que registraram seu atendimento homeopático no SIA-SUS, em algum momento do período de 2000-2007.

No primeiro contato com o município, buscou-se o Secretário Municipal de Saúde, contudo, quando eles não se consideravam em condições de responder o questionário ou se consideravam ocupados demais para esse tipo de “conversa”, outros profissionais da equipe de gerência ou coordenação da saúde, ou ainda o próprio médico homeopata foram indicados. Durante a entrevista, a análise quantitativa realizada na primeira fase era explicitada a fim de para que o gestor pudesse conhecer e identificar os fatores envolvidos na produção do atendimento homeopático.

Dos 47 municípios selecionados no Estado de São Paulo, obteve-se resposta de 42 deles. Dos outros cinco municípios não se obteve resposta devido a: a impossibilidade de acesso a Secretário da Saúde e/ou demais membros da equipe local da saúde, após pelo menos oito contatos telefônicos, em dias e horários diferentes; o vincular a permissão da entrevista à aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria da Saúde do município, independentemente de ele já ter sido aprovado pelo Comitê da Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, onde o estudo se desenvolve; a necessidade de montar processo administrativo com o questionário semi-estruturado, que só seria respondido seguindo um número sequenciado de protocolo. Em geral, o assunto da pesquisa foi relatado primeiramente para os assessores dos secretários, os quais posteriormente afirmavam ter transmitido o conteúdo e em seguida retornavam com indicação de outros profissionais ou solicitavam outro contato em data posterior.

Para facilitar a compreensão do conjunto das informações, os municípios foram identificados por letras correspondentes às suas denominações seguidas das iniciais da classificação tipológica. Assim, criou-se o código de identificação dos municípios,

apresentado no Quadro 3, onde se identifica também a função do entrevistado no serviço de saúde.

Quadro 3- Código de identificação dos municípios

<i>Constantes</i>	<i>Entrevistados</i>	<i>Descontínuos</i>	<i>Entrevistados</i>	<i>Tardios</i>	<i>Entrevistados</i>
<i>ARA C</i>	Secret. Mun. de Saúde	<i>FRA D</i>	Coord. UBS	<i>AMB T</i>	Médico Resp.
<i>BAU C</i>	Médico Homeopatia	<i>FRR D</i>	Asses. Planejamento	<i>ARA T</i>	Médico Resp.
<i>BOT C</i>	Gerente CSI	<i>ILB D</i>	Profissional do Faturamento	<i>BEB T</i>	Diretor Técnico
<i>BRA C</i>	Ex. Secret. Mun. de Saúde	<i>ITN D</i>	Secretária da Sec. Mun. de Saúde	<i>CAI T</i>	Diretor Saúde
<i>CAM C</i>	Coordenador PI	<i>ITP D</i>	Coordenador Médico	<i>COS T</i>	Coord. Centro
<i>CAB C</i>	Secret. Mun. de Saúde	<i>MAI D</i>	Secret. Mun. de Saúde	<i>JAG T</i>	Coord. Amb.
<i>BEM C</i>	Diretor Técnico	<i>ONV</i>	Enfermeira Resp. CS	<i>SAG T</i>	Diretor Saúde
<i>IND C</i>	Secret. Mun. de Saúde	<i>RIC D</i>	Secret. Mun. de Saúde	<i>SAS T</i>	Coord. Médico
<i>ITA C</i>	Secretária da Sec. Mun. de Saúde	<i>SFS D</i>	Secret. Mun. de Saúde	<i>SAV T</i>	Responsável Técnico
<i>UTI C</i>	Coord. Centro Integrativo	<i>SJC D</i>	Gerente UBS		
<i>JAC C</i>	Médico Homeop.	<i>TAT D</i>	Secret. Mun. de Saúde		
<i>JND C</i>	Diretor de Saúde	<i>VGP D</i>	Diretor Administrativo		
<i>LAP C</i>	Médico Homeop.				
<i>LUC C</i>	Secret. Mun. de Saúde				
<i>MOC C</i>	Farmacê. Resp. pela SMS				
<i>PIN C</i>	Coord. Prát. Integrativas				
<i>RIP C</i>	Asses. Técnica				
<i>SAAC</i>	Dir. de Saúde				
<i>SCS C</i>	Coord. At. Básica				
<i>SJR C</i>	Ex. Coord. At. Hom. SUS				
<i>TAS C</i>	Dir. Planejamento				

De acordo com o Quadro 3, oito entrevistados foram os Secretários Municipais de Saúde; oito eram Diretores de alguma área específica da Secretaria Municipal de Saúde; nove, Coordenadores de Área; dois, assessores técnicos; dois, Gerentes de Unidade; cinco, médicos homeopatas; um, ex-secretário municipal de saúde (atual Diretor da Vigilância em Saúde); um, ex- coordenador da atenção em homeopatia no SUS; duas, secretárias da Secretária Municipal de Saúde; um, profissional responsável pelo faturamento; uma, enfermeira responsável pelo Centro de Saúde; um, responsável técnico por uma Unidade de Serviço Especializado; um, farmacêutico responsável pela farmácia da Secretaria Municipal de Saúde.

De maneira geral, nos municípios de maior porte, o entrevistado fazia parte da equipe de gerência da Secretaria de Saúde e era o profissional que estava envolvido com organização e gestão da assistência em homeopatia. Já nos de menor porte, era o Secretário da Saúde quem se dispunha à entrevista ou solicitava ao médico homeopata que respondesse a entrevista.

CAPÍTULO I- A IMPLANTAÇÃO, A IMPLEMENTAÇÃO E A MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO EM HOMEOPATIA NOS MUNICÍPIOS

Aqui se considerou como *implementação*³³ a organização do atendimento homeopático prestado aos usuários dos municípios, como ação planejada para o atendimento. Além disso, fazem parte da implementação as ações que venham contribuir para a institucionalização da homeopatia na rede de serviços: adequação da área física, contratação de profissionais específicos, criação de vaga para concurso e/ou aumento da carga horária dos profissionais atuantes, aquisição de medicamentos e criação de legislação municipal. Já por *implantação*³⁴ foram identificadas ações pontuais relativas à homeopatia, sem outros incrementos.

Conforme mostra a Figura 10, foram 21 entrevistados do tipo dos *Constantes* e dez deles consideraram que a homeopatia foi implementada. Foram entrevistados também 12 do tipo dos *Descontínuos* e apenas um deles implementou a homeopatia. Dos outros nove entrevistados do tipo dos *Tardios*, cinco consideraram ter implementado a homeopatia. Do total de entrevistados, 16 municípios tiveram a homeopatia implementada.

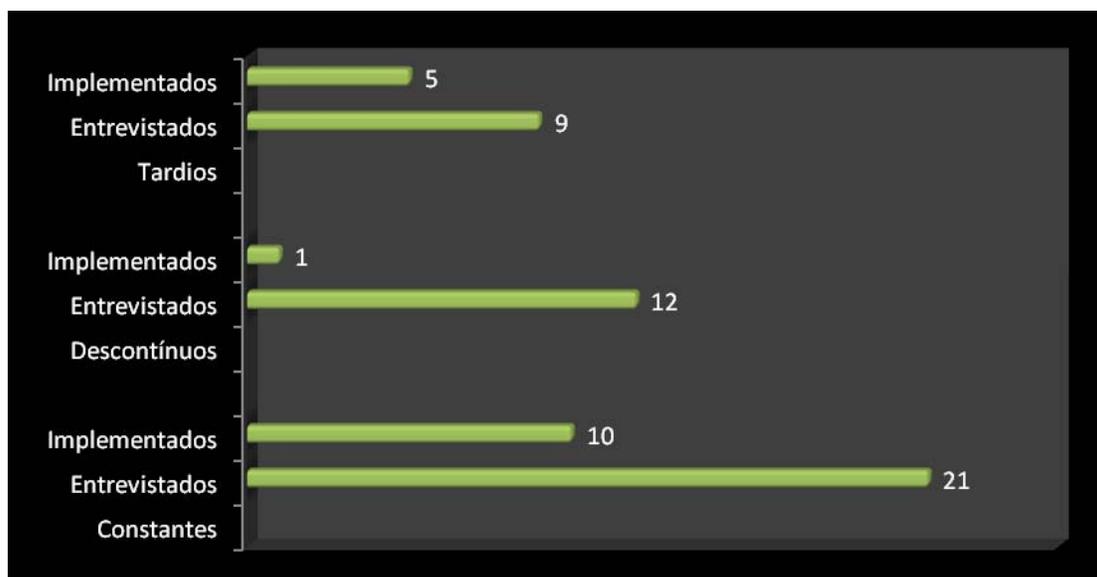


Figura 10- Municípios que implementaram homeopatia por tipologia.

³³ Segundo Ferreira (2004, p.1078) implementar é dar execução a um plano, programa ou projeto. Levar à prática, por meio de providências concretas.

³⁴ Segundo Ferreira (2004, p.1078) implantar é introduzir , inaugurar, estabelecer ou inserir uma coisa.

De todos os municípios entrevistados, 62% não implementaram a atenção em homeopatia, ou seja, mantiveram apenas o atendimento sem qualquer expansão. Em 38%, alguma ação para a expansão da atenção em homeopatia foi executada.

E conforme apresentado na Figura 11, os *Tardios* tiveram maior percentual de municípios que implementaram a atenção em homeopatia (55,5%), com três de pequeno porte e dois de médio porte. Os *Constantes* implementaram a homeopatia em 47,60%, oito municípios de médio porte, um de pequeno porte e um de grande porte. Dos *Descontínuos*, apenas um município (8,3%) de médio porte implementou a atenção em homeopatia. Assim, 44,5% dos *Tardios* e 52,4% dos *Constantes* mantiveram atendimento homeopático, embora sem qualquer investimento para implementá-la.

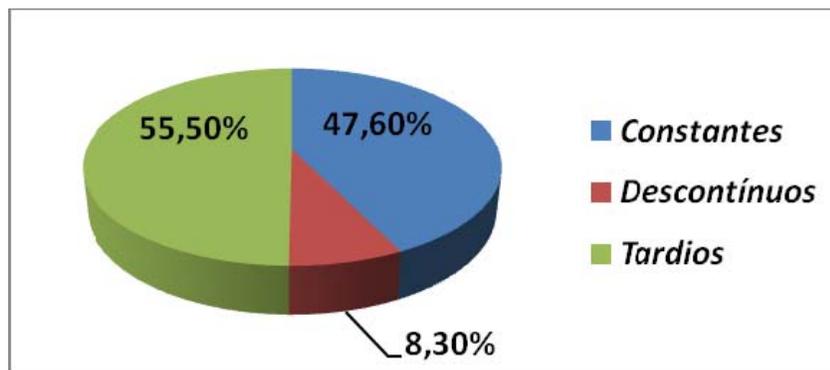


Figura 11- Implementação da homeopatia por tipologia (*Constantes*, *Descontínuos* e *Tardios*).

I- Aspectos facilitadores para implantação, implementação e manutenção da atenção da homeopatia nos municípios *Constantes*, *Descontínuos* e *Tardios*

Municípios do tipo dos *Constantes*

Os municípios do Estado de São Paulo classificados na tipologia dos *Constantes* são em número de 25 e, como quatro deles não responderam a entrevista, foram 21 os gestores e/ou profissionais homeopatas entrevistados.

A homeopatia foi considerada implementada em dez municípios: *BAU C*, *BOT C*, *BRA C*, *CAM C*, *UTI C*, *JAC C*, *LAP C*, *PIN C*, *SJR C*, *TAS C*. Os entrevistados relatam como e quais fatores colaboraram para a implementação da homeopatia. Em *PIN C*, a PNPIC desencadeou as primeiras discussões para a implementação da homeopatia, uma vez que o atendimento homeopático já havia sido implantado no ambulatório do INPS, como se pode observar.

Em 1985, um médico homeopata do antigo INPS iniciou com práticas individuais, em 1995, veio outra médica também homeopata e começou as 20 horas atendendo homeopatia. Também tinha um trabalho, desde 1990, com plantas medicinais e alimentação enriquecida. Só em 2006, que ficou forte. Fizemos parte da discussão para Portaria 971 e inauguramos o Centro de Práticas Integrativas e Complementares. Primeiro realizamos Workshop com os funcionários, vimos quem tinha interesse em trabalhar com a gente e depois foi alugada a casa para o Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC). Hoje temos aí: fitoterapia, alimentação enriquecida, homeopatia e o Lian Gong. Também temos uma legislação municipal, nos moldes da Política Nacional (PIN C).

Para os outros municípios, ter médico especializado em homeopatia e demanda de usuários buscando por consultas homeopáticas no serviço implantado facilitou e justificou a implementação, como se pode observar nos extratos que seguem: “disponibilidade de Profissionais médicos com formação em Homeopatia e demanda natural da população” (*SJR C*), “a disponibilidade de um profissional e a existência de uma unidade de saúde municipal que concentrava várias especialidades de referência para a rede básica” (*JAC C*).

Até 2006, existia homeopatia no Centro de Saúde Escola e no Ambulatório de Referência. Nesse ano também foi implantado no Centro de Saúde I, tinha um homeopata da rede de atenção escolar e passou atender homeopatia, tanto criança como adulto, 20 horas semanais. Agora tem um pediatra que também está atendendo criança, um período na semana (BOT C).

Existe uma pediatra homeopata que tinha interesse em atender e nós também estávamos discutindo de colocar as alternativas, então ela começou atendendo um período e foi aumentando agora são três períodos (BRA C).

O profissional mora no município e tem boa vontade, tudo iniciou por iniciativa própria dele, dá certo porque ele é ótimo. É luta dele para conseguir tudo, inclusive os contatos com a farmácia para conseguir o medicamento. É uma pessoa iluminada! Ele atende no consultório próprio e no serviço público mais do que o dobro do que deveria atender. Eu entrei em janeiro (2009) e por isso não tenho como te dar detalhes (LAP C) (Gestor).

Há 15 anos eu iniciei a homeopatia aqui, sou médico anestesista há 30 anos e há cinco deixei a anestesia e só continuei com a homeopatia. Meus pais já me tratavam com homeopatia. Eu fiz curso na APH. Aqui comecei a homeopatia atendendo pediatria e só depois quando veio um pediatra homeopata, eu fiquei com a clínica geral. Comecei atendendo 16 consultas por dia e 80% era homeopatia, depois discutimos que era melhor aumentar o período de consulta, até eu ficar só como homeopata. Uso repertório e matéria médica, são todos meus [...] fazíamos no início reuniões com as pessoas a cada 15 dias, sentava para conversar com eles como era a homeopatia, pedíamos para chegarem pouco antes das consultas, para participarem da conversa. Assim eu ia explicando sobre o tratamento, os medicamentos, também fazia isso com fitoterapia. Agora diminuímos porque quase todos já sabem. Era muito gostoso (LAP C) (médico).

Iniciou com duas médicas homeopatas que já estavam contratadas para as Unidades de Saúde e iniciaram o atendimento na unidade mesmo (TAS C).

Em relação à implantação, 11 municípios do tipo dos *Constantes* consideraram não ter implementado a homeopatia, mas mantém o atendimento homeopático implantado. Na sua maioria, a implantação da atenção foi realizada, primeiramente, por médicos homeopatas contratados para atenderem alopatia. Os entrevistados ressaltaram a importância do interesse desses profissionais para a implantação, como relatam os extratos

que seguem: “não houve implementação, iniciou quando um médico homeopata veio transferido do Rio de Janeiro, ele é servidor federal municipalizado” (ARA C); “não foi implementado, me parece que foi a iniciativa de um médico homeopata, que por sinal morreu em 2007, e por isso caiu nossa produção” (CAB C); “nunca foi implementado. Quando entrei já tinha um cardiologista homeopata que já atendia” (BEM C); “há seis anos existe este atendimento aqui, eu só vim para cá depois e o serviço continuou” (IND C); “não houve uma implementação, foi um profissional isolado que iniciou” (SAA C).

Não existe demanda para homeopatia, tem um médico clínico que é homeopata e às vezes atende homeopatia, ele atende clínica e só esporadicamente homeopatia, mas não tem demanda, a Secretária da Saúde não tem tempo para falar sobre isto agora (ITA C) (Secretária da Secretária Municipal de Saúde).

Primeiro tinha um médico contratado pelo Federal do INPS, que já fazia homeopatia, desde que municipalizou o serviço, depois veio uma médica transferida, também do INPS, esta era pediatra. Quando ela se aposentou em 2003, uma outra médica da rede básica assumiu o seu lugar, mas atendendo somente dois ou três dias por semana. E, em 2003, veio um curso de pós-graduação em homeopatia, vinculado à Faculdade de Medicina de Jundiaí, e passaram a realizar o ambulatório de ensino no SUS. Não houve propriamente uma implementação (JND C).

Existe aqui um clínico geral que também é coordenador do Centro de Saúde, ele começou atendendo alguns pacientes que tinham baixa resistência, doenças recorrentes e persistentes, e assim está até agora. Ele vê o paciente e sugere a homeopatia, se o paciente aceitar ele faz (LUC C).

Nós não temos homeopatia na rede pública municipal aqui, não existe nenhum médico cadastrado, temos homeopatas na rede, mas não fazem homeopatia, não registram o código, se existe produção desde 2000 [...] então deve ser o médico do hospital. Tem um médico que atende homeopatia no hospital do SUS, mas é estadual, não tem nada com o município. Mas, o secretário já havia me pedido para eu fazer um projeto, ele quer colocar homeopatia aqui e eu gosto muito,

eu tenho especialização em homeopatia e também em fitoterapia (farmacêutica), estou adorando tudo isto. Que bom ter este contato com você quem sabe isto estimule (MOC C).

Tudo começou com a fitoterapia, as farmácias de manipulação. Os médicos da rede começaram realizar o atendimento de homeopatia. Não existe propriamente uma implementação (RIP C).

É muito antigo o atendimento de homeopatia, não sabemos como iniciou. Temos contato com um homeopata no Pró-Saúde que trabalha com alunos do 5º ano na faculdade de Medicina de Taubaté. Eu gosto muito, é uma boa forma de fazer uma medicina mais integrada, meu marido era vereador e influenciou para ter o atendimento (SCS C).

Municípios do tipo dos *Descontínuos*

Na tipologia dos *Descontínuos*, foram encontrados 12 municípios e desses apenas um implementou a homeopatia. A “fala” do gestor demonstra que a existência de médicos homeopatas e o desejo de regulamentar a atenção levou à criação de cargo e concurso para homeopatas.

Eu não acompanhei, quando vim para a Secretaria já existia um médico atendendo na rede básica, depois entrou outro e era homeopata e já começou atender homeopatia na USF. Daí abriu o cargo, foi feito concurso, os médicos homeopatas que já trabalhavam na rede prestaram e dois foram chamados, os outros ainda não (FRA D) (não teve registro de atendimento em 2005).

Em relação à implantação nos dez municípios do tipo dos *Descontínuos*, a maioria dos gestores dos municípios não identificou os fatores favoráveis à implantação da homeopatia, eles lembraram sobre o período em que houve atendimento homeopático ou procuraram alguém do serviço que tivesse informações a esse respeito. Todos tiveram dificuldades em relatar detalhes e também não identificaram um fator responsável pela interrupção da atenção.

Interessante é perceber que, independentemente da troca de gestores, o desconhecimento sobre o tema é constante e a falta de mobilização dos usuários parece ter sido geral. O atendimento homeopático existiu em dois municípios no Ambulatório Médico de Especialidade (AME), tendo como facilitadora a Secretaria do Estado da Saúde, que os gerencia e ainda o mantém. Em outros, o atendimento homeopático existiu por iniciativa individual de alguns médicos homeopatas, porém, sem o apoio do gestor, ele acabou sendo interrompido, como se observa: “aqui nunca teve este atendimento, não sei desde que estou aqui nunca vi” (*ITN D*) (só atendeu em 2000); “quando entrei em 2005, já não existia a atenção em homeopatia, não sei falar nada sobre isto” (*ITP D*) (encerrada em 2005); “até 2003 a homeopatia ficou no ambulatório de especialidade. Não sei como foi a implantação, eu vim depois disto, estou aqui desde 2006” (*RIC D*) (encerrou em 2004).

A responsabilidade (da atenção em homeopatia) é da Secretaria de Estado da Saúde [...], e efetuadas no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) [...], portanto fora do raio de ação do município, da Diretoria de Saúde. Nós até temos um profissional que pratica a homeopatia, usa os Fitoterápicos, porém não se trata de uma ação estruturada (FRR D) (em 2001 e 2002 não houve atendimento).

Não tem mais homeopatia, tinha um médico especialista em homeopatia aqui, ele era clínico e o Secretário o estimulou para atender homeopatia e tirá-lo da alopatia, depois ele foi embora, é difícil manter médico aqui (ILB D) (encerrou em 2006).

Teve um médico homeopata na rede pública, no ambulatório de especialidade que saiu do serviço. Tudo que tenho a falar para a senhora da conversa que já tivemos é que foi bom porque para fevereiro (do ano seguinte à entrevista) já está previsto um concurso para homeopata (MAI D) (encerrou em 2004).

Tivemos homeopatia em 2003, 2004 e 2005, porque tinha uma médica aqui que era homeopata e atendia doenças crônicas e de idosos, ela saiu do município. Tinha boa aceitação, depois abriu o PSF e os idosos foram absorvidos aí, não tivemos reclamações. Ela fazia grupos de diabetes, hipertensão, era nutróloga e indicava os medicamentos de homeopatia. Este é um CS que atende 24 horas

urgência e emergência e tem integrado dois médicos que fazem acupuntura, teve um tempo que teve um centro holístico aqui na cidade com acupuntura, massagem, floral, mas acabou a equipe foi embora (ONV D) (encerrou em 2006).

Não existe homeopatia pelo município, tem só no AME (Ambulatório Médico de Especialidade do Estado), este ambulatório é referência para as especialidades no município (SFS D) (encerrou em 2007).

Existiu atendimento em homeopatia aqui somente em 2001 e 2002, foi um início de projeto, um embrião que não vingou e não teve continuidade (TAT D) (encerrado em 2003).

A médica fez proposta de atender e o secretário que estava aqui aceitou, depois ela achou uma proposta melhor e saiu. Os pacientes foram absorvidos pela alopatria, no começo ficaram meio perdidos, mas depois se acomodaram. Os que fizeram questão de continuar foram para a iniciativa privada (VGP D) (encerrado em 2003).

Sobre a história da homeopatia no município; “tinha somente uma médica que fazia homeopatia quando eu fui contratada, atendia uma vez por semana à tarde” (SJC D) (encerrado em 2007).

Municípios do tipo dos *Tardios*

Os municípios que compõe o tipo dos *Tardios* são dez e apenas um deles não respondeu o questionário da pesquisa.

Os municípios que têm a homeopatia implantada e a implementaram foram cinco, e alguns deles consideraram o Conselho de Saúde, o médico homeopata, e o gestor como facilitadores:

O Conselho de saúde organizou a atenção juntamente com a Secretaria e o médico, único homeopata, eu, [...] faço o ambulatório uma vez por semana, pois não temos outro médico homeopata na rede (AMB T).

Vários médicos homeopatas estão trabalhando na rede; a secretária da saúde está sensibilizada para a importância da homeopatia como terapia complementar e a população está consciente do valor da terapêutica homeopática (ARA T).

Era uma médica sanitária que foi secretária de saúde e começou com a homeopatia aqui. Foi aberto um concurso para médico homeopata na época, na verdade o concurso foi para clínico, mas o homeopata veio para prestar e agora faz as duas coisas, acupuntura e homeopatia (COS T).

Em outros municípios, existiam serviços de referência capazes de acolher a terapêutica homeopática.

Eu acompanho esta implantação a partir de 2005, aqui sempre foi um Centro de Reabilitação Neurológica e para se adequar ao atendimento passou a Centro de Reabilitação e Atendimento à Pessoa Portadora de Deficiência Neurológica e passamos de um fisiatra, um perito, dois fisioterapeutas, uma assistente social e duas estagiárias em fisioterapia, para uma equipe maior com neuro, mais um fisiatra, cirurgião vascular, um homeopata e um médico acupunturista. Eles implantaram um projeto específico para portadores de dores fantasma em amputados, a homeopata também atende outras patologias, mas aqui mesmo, são os outros profissionais daqui quem encaminham (SAV T).

Iniciou com médicos na atenção em UBS, mas sobrecarregou o atendimento, então resolvemos passar só para o ambulatório do Adolescente, neste existe acupuntura e outras práticas (JAG T).

E ainda, para alguns, o baixo custo dos medicamentos e a diminuição da busca pelo especialista alopático nas diversas áreas foram os facilitadores para a implementação.

Não tivemos problemas com os medicamentos, pois são muito mais baratos do que os da alopatia, então o paciente compra. Se por acaso ele não puder comprar, vem até o serviço social, é avaliado e a Secretaria compra, não é difícil, mesmo para a Secretaria, pois é mais barato. E diminui muito o custo, diminui as idas ao especialista, diminui os exames, e o medicamento é mais barato e diminui a quantidade de medicamentos (COS T).

No que diz respeito à implantação nos *Tardios*, encontraram-se quatro municípios que não implementaram a homeopatia, mas mantiveram o atendimento implantado. Para os seus gestores o que facilitou a atenção foi a presença de um médico homeopata na rede, entretanto, as demandas do SUS e as exigências decorrentes, ainda por um modelo hospitalocêntrico, tornam a homeopatia secundária.

Em um município, o primeiro gestor entrevistado não conhecia detalhes sobre a implantação da atenção homeopática.

[...] um pediatra e homeopata que começou atender na rede, depois pediu para vir para o ambulatório de especialidade, não atende mais, não sei como vai ficar agora, com prefeito novo e outro Secretário, vamos ver! (BEB T) (gestor 1).

Então, o gestor 1 (Diretor de Saúde) solicitou a outro segundo gestor da unidade que faz o atendimento homeopático, “ainda persiste o atendimento para algumas crianças, as mães ainda trazem aqui [...] sem novos investimentos” (*BEB T*) (gestor 2 local).

O mesmo gestor de *BEB T* entende que o baixo custo do medicamento associado ao seu benefício é facilitador para ainda se manter a atenção em homeopatia.

Aqui nós compramos os medicamentos, são baratos, a pessoa passa pela assistência social e compramos os remédios, isto é ótimo, diminui o custo. Existem pessoas que precisariam de medicamentos mais caros e resolve com estes (BEB T).

Neste outro município, (*CAI T*), existe registro da atenção em homeopatia de 2004 a 2007, mas o gestor desconhece esse serviço e não identifica nenhum fator facilitador.

Teve uma vez aqui uma geriatra que atendia homeopatia, mas era muito pequeno o atendimento, eram os próprios pacientes que faziam suas opções terapêuticas. Ela saiu e não conseguiram contratar outro. Voltei para cá há dois meses, ainda estou brigando para organizar a área hospitalar, que tem parceria com o Estado, ainda não parei para pensar na rede básica, ainda não sei se implantaria ou não a homeopatia, não dá para falar nem que sim e nem que não. Nem arrumei diretor para o hospital, quando fizer isto vou pensar na rede básica e no que implementar (CAI T).

Em um município, o atendimento ocorreu somente em 2007 e terminou quando o médico saiu (*SAG T*). Em outro, embora o atendimento homeopático se mantenha no município desde 2001, o gestor declarou que “não existem fatores que colaboram (para a atenção), aqui a homeopatia não é prioridade” (*SAS T*).

Discussão Parcial

As “falas” dos gestores mostraram que a assistência em homeopatia teve início, em muitos municípios, antes mesmo de ser criado um código que a identificasse no Ministério da Saúde. Dos 17 municípios de pequeno porte entrevistados, quatro implementaram a atenção (23,52%); entre os 21 de médio porte, dez implementaram a atenção (47,61%); dos 4 de grande porte, apenas um implementou a atenção (14,28%). Assim, o predomínio da implementação da homeopatia ocorre nos municípios de médio porte, que são na maioria *Constantes*, os quais não colaboraram para o aumento da produção de consultas de 2006 para 2007.

Os elementos facilitadores para a implantação e a implementação da homeopatia, entre os municípios do tipo dos *Constantes*, foi a presença dos médicos homeopatas na rede, que se utilizavam da homeopatia, para tratamento de algumas patologias para as quais a consideravam indicadas, porém sem qualquer organização dos serviços. Não foi evidenciada postura contrária do gestor para o atendimento homeopático realizado e percebia-se aqui um tipo de permissão ou apoio do gestor. Para a implementação, ocorreu, na maioria das vezes, a destinação de mais um ou dois períodos do horário do contrato médico para a homeopatia. Entretanto, em alguns municípios, os médicos que também são homeopatas continuam exercendo parte de sua carga horária na especialidade da biomedicina para a qual, inicialmente, foram contratados.

Somente em um município a PNPIC foi citada (*PIN C*), e ele se apoiou nela para: realizar um *workshop* sobre as práticas integrativas com toda a população, discutir os métodos utilizados, organizar grupos de trabalho e desenvolver o Centro de Práticas Integrativas.

Em um município de pequeno porte (*LAP C*), com menos de 25.000 habitantes, o médico homeopata foi tido, pelo gestor, como “iluminado”, por atender e praticar a racionalidade médica homeopática em toda a sua magnitude. O mesmo homeopata realizou reuniões explicativas sobre a homeopatia e ele estava certo de que o trabalho o aproximara da população. Assim, o médico, além de obter a confiança do gestor, contribuiu para que a homeopatia fosse legitimada no município.

Dos dez municípios que consideraram ter a implementação da atenção homeopática, somente três deles (*PIN C*), (*SJR C*) e (*BRA C*) tiveram aumento da produção de consultas de 2006 para 2007. Observou-se que a implementação não teve repercussões quantitativas para os demais municípios no período.

Para os municípios que apenas mantiveram a atenção homeopática implantada, verificou-se que os médicos homeopatas continuaram prestando atendimento alopático, ou seja, o atendimento homeopático refere-se a apenas alguns períodos de seu contrato, ou até mesmo para casos isolados de patologias crônicas e/ou recorrentes. Segundo alguns gestores, não houve implementação por inexistência de demanda que justificasse o crescimento ou a reorganização do serviço. Muitos desses gestores não conheciam os fatores motivadores para o início da atenção em homeopatia no SUS do município, uma vez que o serviço já existia antes do ingresso do gestor. Contudo alguns municípios tiveram crescimento da produção de consultas sem que o gestor pudesse esclarecê-lo.

Em dois municípios, a atenção é prestada pelo Ambulatório de Especialidades Médicas do Estado e os gestores desconheciam os serviços até o contato para a entrevista. Ficou evidente o desinteresse pela atenção em homeopatia, quando um dos secretários de saúde afirmou não ter tempo para falar sobre o assunto e percebeu-se a dificuldade de se tratar sobre a racionalidade médica homeopática, diante da grande demanda que exige o modelo hospitalocêntrico na atenção à saúde.

O único município do tipo dos *Descontínuos* que considerou ter implementado a homeopatia o fez antes de 2000. No entanto, interrompeu-se a atenção em homeopatia ou se deixou de anotar o código de identificação de consultas, em 2005. O gestor não soube esclarecer a ausência de consultas no referido ano e a razão da sua continuidade a partir de

2006. A implementação ocorreu com a criação do cargo de homeopatas e posterior concurso público, com o qual foi possível regularizar a situação dos dois médicos homeopatas que já atendiam na rede, contratados mediante vínculo com a especialidade alopática. Contudo tal providência não trouxe expansão do atendimento, pois não se contrataram os outros dois médicos também aprovados no concurso e a produção de consultas de 2006-2007 chegou a diminuir.

Aqueles municípios do tipo dos *Descontínuos* que mantiveram a atenção por algum período declararam que a encerraram quando o médico homeopata se desvinculou do serviço ou foi deslocado para outros programas. Foi mencionado que um deles foi para o Programa de Saúde da Família (PSF) exercer sua prática de integralidade na racionalidade da biomedicina. Os usuários foram se acomodando e a falta do atendimento homeopático não foi percebida.

Aconteceu na tipologia *Descontínuos* de a própria entrevista funcionar como estímulo para a implantação da homeopatia, pois, quando informados sobre a política, os entrevistados demonstraram interesse em conhecê-la.

Os cinco municípios do tipo dos *Tardios* que implementaram a homeopatia fizeram-no de maneira consciente e organizada junto ao gestor. Não foi algo que aconteceu por acaso, como nas demais tipologias. Ainda assim, em dois deles, o atendimento se restringiu a ambulatórios específicos: do Adolescente (saiu da Atenção Básica por não suportar a demanda e centrou-se no ambulatório do adolescente) e Centro de Reabilitação Neurológica. Um município teve como facilitador a ação de uma médica especialista sanitária que permitiu ao clínico (também homeopata), atendimento exclusivo com homeopatia. Num outro município, o Conselho Municipal de Saúde e o gestor ouviram o médico homeopata. E em outro município vizinho desse, onde o mesmo médico atua como homeopata, é ele também o incentivador da atenção em homeopatia. Assim, considerou-se que o facilitador foi a adesão pelo gestor das propostas iniciais do médico homeopata.

Também no grupo dos *Tardios*, foi citado, como elemento facilitador, o custo dos medicamentos homeopáticos. O gestor considerou esse custeio menor, quando comparado com a necessidade de medicamentos das demais especialidades. Tais

considerações mostram a coerência do gestor e seu conhecimento sobre o que a homeopatia pode proporcionar.

Ainda no grupo dos *Tardios*, os municípios que implementaram a homeopatia apontaram os médicos homeopatas e os gestores que eram sanitaristas como facilitadores para a implementação, embora a atenção esteja restrita a ambulatórios específicos e em nível secundário da atenção. Mesmo nos implementados, somente dois deles tiveram aumento na produção de consultas.

Dos quatro municípios do grupo dos *Tardios* que não implementaram a homeopatia, um deles só iniciou sua atenção em 2007. Outro a iniciou em 2004 e a manteve até 2007, embora o gestor desconhecesse como a atenção se mantinha. Num outro município a atenção em homeopatia era realizada na pediatria, mas não se sabia como seria com a entrada de outros gestores municipais. Tal cenário deixa implícito que os fatores facilitadores para a implantação e a implementação da homeopatia nos serviços de saúde estão na dependência da vontade dos gestores.

Percebeu-se, pelas “falas” de alguns gestores, o desconhecimento sobre os princípios e as diferenças entre as práticas integrativas, sobretudo quando alguns se referiram à homeopatia citando os fitoterápicos.

Diferentemente das demais especialidades, a homeopatia não parece ser percebida como necessária nem pelos usuários do SUS e menos ainda pelos gestores. Durante toda a trajetória histórica da homeopatia, com períodos de ascensão e queda, ela esteve presente no Sistema Público de Saúde Brasileiro. No entanto mantém-se tradicionalmente em consultórios médicos privados, tornando-se disponível a certa parcela da população cujo nível socioeconômico privilegiado permite fazer as escolhas do tratamento médico.

Pode-se lembrar aqui Laplantine e Rabeyron (1987) que citam os executivos e os profissionais liberais como as categorias que mais procuram as racionalidades médicas não convencionais, seguidos pela classe média e assalariados. Já os operários e os agricultores mantêm sua crença na medicina convencional. Além disso, ressaltam que a

maior adesão às práticas não convencionais ocorre nas grandes cidades, por mulheres na faixa etária entre 35 e 50 anos.

Já se percebe, nesta parte da pesquisa, que os usuários do SUS ainda pouco experimentaram o tratamento homeopático e pouco se beneficiaram. Desse modo, obviamente, eles não são capazes de requerer algo que desconhecem como princípio, cultura e terapêutica. Isso leva a homeopatia a se distanciar da realidade do Sistema Público de Saúde e da legitimação social, imputando-se como elemento facilitador dessa atenção apenas a disponibilidade do médico homeopata para atender com homeopatia e, em raras ocasiões, conta com o apoio do gestor.

Verifica-se que, de maneira geral, nos relatos dos gestores, que o atendimento homeopático é pequeno e não apresenta impacto nos serviços de saúde. Isso colabora para que as prioridades na saúde continuem excluindo a homeopatia como uma possibilidade terapêutica integrativa e complementar, como constatado por meio da percepção da surpresa e dificuldade dos gestores em respostas à entrevista.

II- Aspectos dificultadores para a implementação e a manutenção da atenção em homeopatia nos municípios *Constantes, Descontínuos e Tardios*

Municípios do tipo dos *Constantes*

Os relatos dos gestores mostraram que os fatores das dificuldades para implantação, implementação e atenção da homeopatia são semelhantes, nos diferentes municípios. Um gestor declara o não interesse do médico homeopata em prestar concurso, pois se publicou edital e nenhum médico se inscreveu, “[...] foi criada vaga e aberta inscrição em concurso público, mas não houve interessado” (*BAU C*).

Em outro município, o gestor chamou atenção para a falta de organização dos próprios profissionais homeopatas para justificar a necessidade de concurso e contratação de médicos. Na mesma direção, outros alertaram sobre a ausência de demanda de usuários para a homeopatia: “[...] não tem demanda que justifique implementar o serviço” (*BOT C*). Um gestor percebe que “não temos este conhecimento. Mas não tem aderência da população, existe muita falta às consultas (*SCS C*).

[...] os homeopatas neste momento estão aposentando e outro não há demanda que me force contratar, os homeopatas sentem a demanda, mas não são capazes de me dar números, para que eu possa encaminhar para a Câmara Técnica e justificar contratações. Outro grande problema é não ter produção científica, conseguir transformar nossa experiência aqui em trabalho científico, para isto agora vamos participar de um grupo de pesquisa de Práticas Integrativas da Unicamp (CAM C).

No entanto, é predominante a inexistência de concursos para contratação de médicos homeopatas, como se pode observar nos trechos a seguir: “[...] ainda não temos concurso estamos pedindo concurso para homeopatas para o Secretário” (PIN C).

Os médicos não são contratados como homeopatas, são contratados como GO, Pediatra e médico, mesmo que sejam especialistas (em homeopatia), então são só cadastrados na Secretaria de acordo com as especialidades, não existe concurso para nenhum especialista (homeopata). É então necessário o Plano de Cargos e Salários para adequar os médicos (RIP C).

Os medicamentos também oferecem dificuldades para a implementação da homeopatia. Alguns gestores apontaram a “falta de disponibilidade da medicação homeopática para a população assistida” (SJR C). Outros chamaram atenção para o problema das farmácias homeopáticas, como se pode observar abaixo:

Para a farmácia existe um contrato mediante licitação, o paciente vai buscar o medicamento após a consulta e o município paga, a dificuldade é adequar os medicamentos com a entrada de outros médicos que têm outras linhas, são mais medicamentos, então foi feito um contrato com as farmácias locais, por listagem mínima de medicamentos e o pagamento é apresentando um xerox da receita para a Secretaria, vamos acertando e adequando os medicamentos, por exemplo, para os medicamentos de maior dinamização, que custam mais caro (PIN C).

[...] nosso sonho é ter farmácias que manipulem os medicamentos, quanto a isto relato que estão bem treinados, e terão condições de saírem-se melhores, sabemos que o valor que hoje pagamos pelos

medicamentos, pode ser usado na adequação da área física da farmácia e compra de equipamentos, e sairá muito mais barato (CAM C).

Os medicamentos de homeopatia são difíceis, são individualizados, então não existe farmácia para manipular, só existe uma numa Unidade Escola/ uma parceria com a Universidade Barão de Mauá que manipula os medicamentos de homeopatia e fornece para todos que são atendidos somente nesta Unidade. Para o restante não existe farmácia, nem mesmo contratada (RIP C).

Os medicamentos, nunca compramos, somente neste ano, quando alguns pacientes não podem comprar daí compramos. É uma dificuldade a farmácia são muitos medicamentos e aumenta o valor com a diluição maior. O Dr. fala que não adianta querer comprar, mas neste ano estamos vendo a compra do medicamento, não temos farmácia no município, então estamos levantando o preço nas cidades vizinhas, neste ano vamos fazer a distribuição (LUC C).

Foi apontada a organização do serviço na lógica da racionalidade biomédica, com a necessidade da produção de serviços como dificultadores e o desconhecimento sobre a disponibilidade do atendimento homeopático no SUS, por falta de divulgação: “(existe) a precária divulgação do início das atividades (homeopatia), tanto para o público em geral quanto para a própria rede municipal de saúde [...]” (JAC C).

[...] dificuldade se relaciona com o tempo para a consulta, cobra-se produção, é difícil mudar a mentalidade do queixa/condução, todos os documentos estão bem escritos, muito lindo, perfeito no papel, a prevenção das doenças e promoção social, mas quando vamos para a prática, a demanda, tem que produzir e atende-se 12 pacientes de homeopatia em 4 horas (RIP C).

Outro gestor considera a lógica de organização do serviço e as necessidades do PSF como dificultadores para a implementação da homeopatia e não considera a possibilidade de implantação da especialidade, nos Núcleos de Assistência à Saúde das Famílias (NASF).

A ideia é colocar uma unidade de referência para a homeopatia, pois só assim seria direito de todos, teríamos um serviço onde todos poderiam ter acesso e não só a população local. Estas duas médicas em unidade só dão atendimento para poucos, se os outros descobrem que só algum tem este tratamento podemos ter problemas. E, muitas vezes não podemos abrir mão de uma pediatra, nossa prioridade é sempre suprir a atenção básica, com as três especialidades básicas, ou teríamos que ter homeopatia em todas as unidades básicas, o que seria impossível temos 11 aqui, então para dar vazão a tudo o ideal é que fosse como outra especialidade, como cardiologia, oftalmologia etc. Eu conheço o resultado da homeopatia, sei que é bom e acredito, acho que deve crescer, mas é um “pingo no oceano”, penso que em todos os municípios são assim, não quero influenciar sua pesquisa, mas acho que em todos este é o principal problema: a dificuldade de encontrar médico para o PSF e ter que suprir esta necessidade e só depois que todas as unidades estiverem com seus médicos, direitinho funcionando é que se abre espaço para a terapia alternativa (TAS C).

Por último, foi apontado como fator dificultante para a implantação e a implementação da homeopatia o fato de ela não fazer parte das prioridades do modelo de atenção à saúde, como pode ser observado nos pequenos extratos de três gestores diferentes: “a homeopatia não é prioridade. Eu me sinto uma traidora, fiz homeopatia e não implantei, preciso parar e pensar em implantar” (SAA C), “não temos perna para tudo, a gente quer, mas é difícil” (BEM C), “as necessidades das demandas são outras” (JND C).

E, num município foi a instância superior que tentou impedir o crescimento da homeopatia, como se verifica pelo relato:

[...] uma vez um prefeito quis acabar com a homeopatia e a população reivindicou, então não acabou [...] a homeopatia era pulverizada pela rede [...] alugamos e montamos o Centro de Terapia Integrativa e Complementares [...] (UTI C).

Municípios do tipo dos *Descontínuos*

O único município dos *Descontínuos* que tem a atenção em homeopatia implementada considerou como dificuldade o fato de que “não conseguimos fornecer a medicação, não conseguimos sistematizar a manipulação, acredito que no ano que vem resolvemos este problema” (*FRA D*).

No entanto, dois gestores que tiveram a homeopatia implantada identificaram como dificuldade o fato de a homeopatia não ser prioridade, como os gestores dos municípios do tipo dos *Constantes* já haviam apontado. Assim, a homeopatia não é prioritária porque é preciso adequar a rede básica e o pronto-atendimento, como se observa nos extratos que seguem:

Pretendo colocar as práticas integrativas na rede, mas hoje estou tendo que alinhar toda a Secretaria, apago fogo, estou cuidando das questões muito básicas, até reformas de área física, adequando a rede básica (TAT D).

A dificuldade na implementação, é que era um médico só, e ele teve que ir para a USF (alopatia). A população reivindica PA (Pronto-Atendimento) 24 horas, tem que implantar PSF, tudo isto gera uma insatisfação na população, então temos que priorizar (RIC D).

Um gestor ainda considerou que o município não tem atrativos para manter o médico homeopata, pois, nas suas palavras: “aqui (no município) não tem nada para estimular o médico ficar, o médico homeopata foi embora” (*ILB D*) (município de pequeno porte).

Municípios do tipo dos *Tardios*

As dificuldades encontradas pelos *Tardios* para a implementação da homeopatia são a falta de informação e o preconceito, tanto de usuários como dos médicos alopatas que não demonstram intenção de apoiar a abertura de novos serviços. Além disso, a população solicita atenção hospitalar como seguem os relatos dos gestores: “[...] bom,

alguns não acreditam (na homeopatia), ainda hoje existe resistência por parte de alguns médicos” (COS T), “é difícil tem demandas e reclamações se não atendermos no hospital” (CAI T), “é difícil implantar qualquer serviço novo (JAG T).

A dificuldade, na verdade, só existia em outras gestões anteriores da Secretaria da Saúde por não valorização do atendimento homeopático e todo tipo de discriminação, já conhecido por nós homeopatas, à homeopatia (ARA T)

[...] é preciso ter paciência com a homeopatia e as mães são imediatista. Elas querem ver o resultado rápido senão acham que não está resolvendo, então (a atenção) continua somente com aquelas que querem a homeopatia! (BEB T).

Em relação à dificuldade com os médicos, existem três diferentes aspectos: dificuldade de contratação, dificuldade de fixação dos profissionais e problema do descumprimento do horário de trabalho, também praticado por médicos homeopatas. Seguem os dizeres: “rede grande (e) com dificuldade de manutenção, não conseguimos fixar médicos aqui, homeopatia então [...]” (SAS T).

[...] pretendemos abrir concurso, acho que o recurso humano especializado é o mais difícil, porque a ideia é ampliar na atenção básica, hoje temos na especialidade. Temos que formar os médicos se tiver um curso nós mandamos os nossos médicos (COS T).

Na verdade no Sistema SUS não estamos tendo homeopatia, tenho no município um médico, o Dr. [...] que faz homeopatia pediátrica no consultório particular. Teve uma vez aqui uma geriatra que atendia homeopatia, mas era muito pequeno o atendimento, eram os próprios pacientes que faziam suas opções terapêuticas. Ela saiu e não conseguiram contratar outro (CAI T).

Bom, o problema são os médicos, não cumprem horários, atendem 3-4 e já não ficam no serviço, os problemas são complexos, mas seria muito bom se fosse implementado. Bom, agora está muito no começo (da gestão), a população ainda está esperando o que vai acontecer [...] (BEB T).

Discussão Parcial

A principal dificuldade citada pelos entrevistados dos municípios *Constantes* é a contratação de médicos homeopatas, quer por não existirem profissionais interessados nos concursos, quer por não conseguirem justificar a contratação de profissionais homeopatas, quer, ainda, por não possuírem meios de demonstrar a existência de demanda reprimida no serviço.

Em um município de grande porte, com pouco mais de um milhão de habitantes, que apresenta estrutura organizada para as práticas integrativas e com condições para pesquisas científicas em homeopatia, o gestor não encontra aderência dos médicos homeopatas para tal fim.

Em outra cidade, o obstáculo à homeopatia deveu-se ao Prefeito Municipal atual, porém, como a atenção em homeopatia já era legitimada, os homeopatas e o gestor se mobilizaram. Amparados pela PNPIC, passaram da atenção básica, onde o serviço era sentido como diluído e sem força, para se concentrarem na atenção secundária, constituindo o Centro de Práticas Integrativas.

Outros gestores só implementariam a homeopatia, após terem vencido todas as “prioridades” na saúde municipal, como o PSF e as especialidades. Até mesmo o gestor que também é médico homeopata se inseriu nesse processo e sentiu-se inconformado por ter se sujeito às prioridades, esquecendo-se dos princípios da homeopatia.

A aquisição dos medicamentos também teve destaque como impedimento e foram apontadas algumas dificuldades: são individualizados, os homeopatas seguem diferentes linhas, a maior diluição contribui para o aumento do custeio dos medicamentos. Um município fez parceria com determinada faculdade de farmácia; outros firmam contrato com as farmácias locais, por meio de listagem mínima de medicamentos e o pagamento se faz, mediante a apresentação da receita (cópia) para o gestor.

O tempo utilizado nas consultas homeopáticas também é motivo de desconfiança dos gestores. O médico, tal como nos demais serviços públicos, é pressionado quanto à produção de consultas. O gestor admite a necessidade de resolver a “queixa”

imediate do usuário e considera bons os documentos sobre promoção de saúde e prevenção de doenças, embora admita que, na prática do serviço, deve-se priorizar o atendimento da demanda. O desconhecimento da racionalidade médica homeopática, somado às intenções políticas partidárias, colaboram para que a prioridade em saúde continue centrada na “queixa-conduta” e a ela direcionada, contrariando os princípios que regem o SUS.

Os usuários não têm aderência à homeopatia. As agendas vazias demonstram um serviço desnecessário, o que justifica, na percepção dos gestores, a não implementação ou a implantação de um novo serviço, cujo paradigma é desconhecido para a maioria das pessoas.

A principal dificuldade apontada pelos gestores dos municípios do tipo dos *Descontínuos* foi o fornecimento de medicamentos, embora já houvesse uma proposta para resolução. Os demais municípios se voltaram para as necessidades imediatas na gestão, dentre elas o PSF, e um ainda se considera sem atrativos para manter um médico homeopata.

O gestor de um município do tipo dos *Tardios* considerou a discriminação da homeopatia, enquanto racionalidade médica, e, conseqüentemente, a dos médicos homeopatas, o que demonstra o desconhecimento sobre a homeopatia e a disputa de poder com a biomedicina.

Existe também, como em outras áreas da medicina, o não cumprimento da carga horário de trabalho, pela qual o profissional é contratado. Embora isso seja observação comum e grande conflito nos serviços públicos de saúde, apenas um gestor apontou tal fato como responsável pelo não crescimento da homeopatia.

Alguns gestores perceberam dificuldade em fixar médicos em cidades de pequeno porte. Porém ainda não encaminharam ações, para criar o cargo e realizar concurso para homeopatas. Outro acredita que deverão formar os médicos já lotados na atenção básica. Um gestor considera que os usuários (mães) têm, erroneamente, a crença de que a homeopatia não tenha resolubilidade para casos agudos. Assim, mais uma vez, o desconhecimento sobre a racionalidade médica homeopática impede que se usufrua dos seus benefícios e se incorra no risco de sua extinção.

III- Aspectos da reorganização da homeopatia nos municípios *Constantes, Descontínuos e Tardios*

Neste capítulo, foi considerada a necessidade de reorganização, segundo a percepção do gestor, para se efetivar a implementação da homeopatia, nos municípios que mantêm atendimento sem planejamento e interação com o sistema, e para se incrementar a implementação, nos municípios que já realizaram alguma implementação.

Em relação aos municípios do tipo dos *Constantes*, para a reorganização do serviço de homeopatia, em municípios que já a apresentam implementada, os entrevistados perceberam três fatores iniciais: construir incidências de demanda pela homeopatia; realizar pesquisas com homeopatia; realizar concursos públicos que traduzam a necessidade de contratação de homeopatas, conforme apresentam os relatos: “mostrar a demanda e necessidade de mais homeopatas e realizar pesquisas científicas” (*CAM C*), e realizar “concurso público específico para especialidade é necessário [...]” (*SJR C*).

A implementação do atendimento ambulatorial em uma unidade básica está concluída. A expansão para outras unidades depende de recursos humanos, especialmente a contratação de médico homeopata (BAU C).

Nunca está acabado, estamos remodelando, venha nos visitar. Não houve ainda concurso para homeopatas, aí é que precisamos implementar o programa (PIN C).

Outros fatores importantes para a reorganização da assistência homeopática referem-se à organização dos serviços de saúde e à distribuição de medicamentos. Alguns gestores, porém, sequer pautaram essa discussão, como seguem as “falas”: “[...] creio também que a centralização do atendimento homeopático poderia ajudar” (*SJR C*), e um município já implementou a homeopatia “[...] no Centro de Terapia Integrativa e Complementares [...]” (*UTI C*).

Incorporar a homeopatia à Política de Assistência Farmacêutica propiciando o acesso gratuito dos pacientes matriculados aos medicamentos homeopáticos (JAC C).

Implementar a farmácia, hoje temos duas farmácias na cidade, eles compram os medicamentos, quando não tem recurso passam pela assistente social do município que autoriza a dispensação pela farmácia, e depois a prefeitura paga (LAR C).

[...] não existe nada estruturado, mesmo os medicamentos cada um compra o seu, apenas um ou outro caso vem e passa na assistência social e nós autorizamos a compra aqui, mas é um em 100 (TAS C).

Sobre a reorganização “[...] isto não foi discutido” (BRA C), “[...] isto não foi discutido” (BOT C), e percebem que mesmo com a atenção implementada “[...] ainda temos (têm) o que reorganizar” (UTI C).

Seguem outros comentários dos gestores sobre a reorganização da atenção em homeopatia: é “necessário começar implementar o serviço todo, (mas) não existe farmácia” (BEM C), e “precisa estruturar o serviço dentro da SMS, a aquisição de medicamentos, contratação de médicos, implementar na rede básica” (JND C). E ainda,

Estamos pensando em implantar (implementar, já existe um médico que atende aleatoriamente) a homeopatia, a acupuntura já será implantada, nós temos uma farmácia de manipulação (o que é manipulado, fitoterapia e/ou homeopatia?) é manipulada homeopatia e fitoterapia, mas o forte é a alopatia. Estamos implementando a Saúde da Família, aqui temos em 50% das unidades e é pouco (CAB C).

Em relação ao município do tipo dos *Descontínuos* que implementou a homeopatia, a necessidade para a reorganização da assistência é “[...] organizar a farmácia, temos homeopatia em só uma UBS e temos 14 aqui, os resultados são positivos. Ainda não temos perna para tudo que precisa fazer” (FRA D).

Já para os municípios do tipo dos *Tardios*, observa-se há necessidade de ações em curto e médio prazo para a reorganização da homeopatia em seus serviços, como percebido nas seguintes afirmações: “o Secretário tem intenção de expandir esta atenção para a rede básica, parece que estão preparando o projeto” (SAV T), “agora estamos fazendo um projeto para ampliar o serviço, pretendemos fazer um trabalho melhor, começamos ler

agora a PNPIC [...]” (*COS T*), e aqui “já está implementado, (mas) aos poucos vamos melhorando” (*JAG T*).

Durante o contato com os gestores dos municípios que possuem atendimento homeopático e não promoveram sua implementação, não foi evidenciada a necessidade de reorganização da assistência homeopática. Contudo, aqueles gestores que consideraram já terem a homeopatia implementada perceberam a necessidade de reorganização com investimentos para a contratação de homeopatas, para nova organização dos serviços e para a assistência farmacêutica. Os municípios do tipo dos *Tardios* discutem a reorganização e a ampliação da atenção, um deles realiza projeto de extensão para a rede básica de saúde.

IV- A legislação específica sobre a homeopatia nos municípios *Constantes*, *Descontínuos* e *Tardios*

Dos 42 municípios entrevistados, apenas três possuem legislação própria (Figura 12) e são da tipologia dos *Constantes*. Dois deles aumentaram sua produção de consultas em 2007 (*PIN C* e *SJR C*), embora somente um deles, (*PIN C*), tenha se apoiado na PNPIC para a implementação da homeopatia no SUS.



Figura 12- Legislação municipal por tipologia (*Constantes*, *Descontínuos* e *Tardios*)

A legislação específica nos três municípios, no entanto, é bastante distinta na forma como foi produzida, como se observa nos extratos dos gestores entrevistados.

No município *CAM C*, a legislação foi elaborada como “Norma Técnica para a Saúde Integrativa aqui [...] elaborada por um Grupo de Trabalho de Saúde Integrativa, fundado em 2005” (*CAM C*).

No outro município, o gestor relata:

A Portaria nº 3050, que regulamenta a prática aqui, mas ainda não temos escrito a organização desta prática, estamos escrevendo. Aqui vimos a homeopatia não como um ato isolado, mas como um serviço organizado (PIN C).

E no terceiro município existe “apenas uma portaria da Secretaria da Saúde regulamentando o atendimento” (*SJR C*).

Procurou-se identificar, nas características desses municípios, a existência de algum fator em comum que possa ter contribuído para a instauração da legislação específica sobre a homeopatia. Parece que, em comum, há estrutura de rede de serviços de saúde pública, contam com profissionais já conhecedores da racionalidade médica homeopática e investem na implantação e na implementação das PIC. Assim: (*PIN C*) é município de médio porte, aproximadamente com 150 mil habitantes, e possui um grupo de profissionais especializados em saúde pública envolvido com a implementação das PIC; (*SJR C*) é município de médio porte, com aproximadamente 412 mil habitantes, no qual está instalado uma Faculdade de Medicina e uma de Farmácia; já (*CAM C*) é município de grande porte, aproximadamente 1 milhão e 50 mil habitantes, com grande rede de serviços de saúde e Faculdade de Medicina que traz apoio para o desenvolvimento e para as discussões da saúde pública inclusive e das PIC.

Por meio das “falas” dos gestores de locais que não possuem legislação específica para a homeopatia, percebeu-se que ela não é entendida como suporte para a continuidade, início e/ou crescimento do atendimento homeopático.

Mesmo os municípios que dizem ter a homeopatia implementada, somente três deles possuem legislação própria. Os demais não mencionaram a legislação como necessária para a reorganização, ou ainda, como facilitador para a implementação da atenção.

Os municípios que não implementaram a homeopatia, mas mantêm o atendimento já existente não tiveram respostas sobre a “reorganização” da atenção e não perceberam a necessidade de uma legislação, pois, daquilo que não está legitimado, não se consegue ter percepções. Como resultado, também foi possível observar que o porte do município não interfere no grau de organização e/ou legislação municipal, uma vez que apenas três dos 42 municípios pesquisados possuem legislação municipal regulamentando a atenção em homeopatia.

V- O conhecimento e a influência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na oferta da homeopatia

Buscou-se aqui relacionar a PNPIC, ou seja, o conhecimento de seu conteúdo, com a influência que exerceu para implantação, implementação e manutenção da atenção em homeopatia. Ao abordar os gestores sobre o seu conhecimento e entendimento a respeito da PNPIC, obtiveram-se três tipos de respostas: conhecem a política; conhecem pouco (chegaram a vê-la ou ouviram falar, mas não conhecem detalhadamente seu conteúdo) e desconhecem (a existência dela). Alguns gestores preferiram não responder e evitaram o assunto.

Dos 42 entrevistados, 11 gestores responderam que conhecem a PNPIC, 26%; 13 gestores conhecem pouco a PNPIC, 31%; 16 a desconhecem, 38%; dois (5%) não responderam (Figura 13).

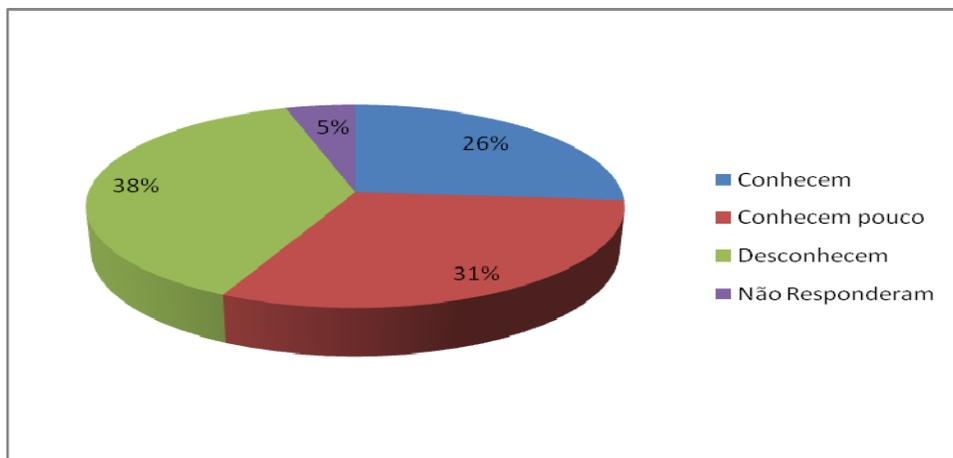


Figura 13- Gestores e conhecimento da PNPIC

Na análise da Figura 12, é possível visualizar o amplo desconhecimento da PNPIC, uma vez que se somando aqueles que a conhecem pouco, com os que a desconhecem e, ainda, com os que não responderam, obtêm-se 74% dos municípios. Esse desconhecimento pode ter contribuído para a não implementação da homeopatia.

Os dois municípios que não responderam sobre a PNPIC também se negaram a responder outras questões estruturadas da entrevista e limitaram-se a explicar a situação geral da atenção em homeopatia no município. Um deles pertence à tipologia dos *Constantes* e, só após muita insistência (um envio do questionário por e-mail e seis contatos telefônicos) obteve-se a informação, por meio da secretária do Secretário Municipal de Saúde, que não tinha tempo para entrevistas:

[...] a Secretária da Saúde não tem tempo para responder o questionário enviado por email e nem para falar sobre isso, agora. Então pediu para te informar que não temos homeopatia aqui (ITA C)

Insistiu-se interrogando essa informante para compreender o registro de consultas homeopáticas no ano de 2005. Sobre essa questão, a resposta foi a seguinte: “[...] em 2005 era outra Secretária, que faleceu e a partir daí é esta secretária que está agora.” (ITA C).

O outro município que também não respondeu pertence aos *Descontínuos* e o Secretário solicitou ajuda de um funcionário mais antigo, que, com expressão de surpresa, relatou: “Aqui nunca teve este atendimento, desde que estou aqui nunca vi isto!” (*ITN D*). A entrevista foi encerrada, sem o interesse por parte do gestor em conhecer a PNPIC ou falar sobre atenção em homeopatia.

Por meio dos relatos de alguns gestores ou de seus representantes, pode-se perceber o desinteresse em tratar esse tema, com justificativas que os excluem da responsabilidade sobre a homeopatia, mesmo sabendo sobre o registro de atendimento homeopático no serviço.

O conhecimento e a influência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares entre os gestores dos municípios do tipo dos *Constantes*

Foram 21 os gestores entrevistados na tipologia dos *Constantes* sobre o conhecimento da PNPIC. A Figura 14 mostra que, do total dos entrevistados, 33% conhecem a PNPIC; 33% conhecem pouco a PNPIC; 29% a desconhecem; 5%, um município, não responderam.

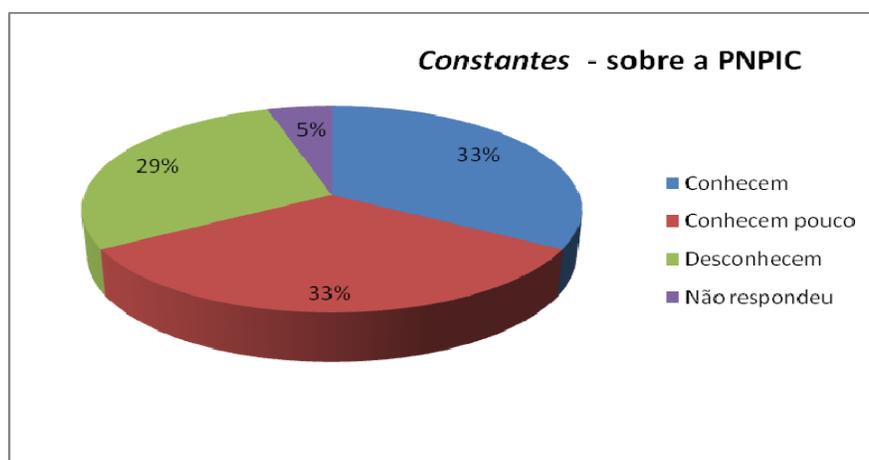


Figura 14- *Constantes* e conhecimentos sobre a PNPIC

Entre os sete gestores que conhecem a PNPIC, seis deles administram municípios em que a homeopatia está implementada. A PNPIC tem potencial para servir de apoio e justificativa para a implantação e a implementação e da homeopatia, como afirma o gestor: “[...] uma legislação que ampara a implementação de práticas integrativas nos serviços públicos de saúde” (BAU C), mas, mesmo aqueles que se consideraram conhecedores, não a utilizaram para o desenvolvimento do seu serviço, como se observa nos extratos a seguir: “ainda não estamos contando com a PNPIC” (CAM C).

A Portaria incentiva timidamente a implementação do atendimento em Homeopatia e Acupuntura na rede pública. Todas as ações são mantidas ainda hoje pelo município, mas já existiam antes da PNPIC, tendo inclusive diminuído após esta (JSR C)

Esse município tinha implantado o atendimento homeopático antes da Política, e sabe que se trata de “[...] diretrizes das práticas integrativas, já tinha antes da Política” (JND C). No entanto, o gestor dos municípios que se apoiaram na Política:

Ela ajuda muito como diretrizes para as Práticas é muito importante para nos apoiarmos nela e implementar os serviços [...] fizemos parte da discussão para Portaria 971, e inauguramos o Centro de Práticas Integrativas e Complementares, primeiro realizamos Workshop com os funcionários. Dela (PNPIC) surgiu nossa portaria, ainda não recebemos recursos financeiros pela portaria e nossa produção entra no teto financeiro da gestão Plena (PIN C).

[...] Então a homeopatia era pulverizada pela rede, nos aproveitamos a PNPIC e fomos para o prefeito solicitando uma casa, então alugamos e montamos o Centro de Terapia Integrativa e Complementares (UTI C).

Em relação aos outros sete gestores que declararam ter conhecimento parcial da PNPIC, dois têm a atenção em homeopatia implementada, mas não sofreram influência da Política. Somente um gestor, que não considerou a homeopatia implementada, relatou que a política influenciou para a manutenção da atenção em homeopatia.

Dessa maneira, a maior parte dos gestores dos municípios *Constantes* relataram que a PNPIC não teve influência nem na implantação nem na implementação da atenção em homeopatia, como se observa nos trechos que seguem: “não conheço detalhes, não teve impacto na atenção em homeopatia aqui” (*RIP C*). O respondente, coordenador da atenção básica, esclareceu “conheço muito pouco, sei que existe uma portaria sobre as PIC, acho que o Secretário pode conhecer, não teve influência na homeopatia aqui” (*SCS C*). A PNPIC não teve influência na atenção prestada, pois “li a portaria faz um tempo e agora não me lembro” (*TAS C*).

Até tirei uma cópia e dei uma olhada. Olhei por causa da acupuntura, temos aqui um fisioterapeuta que é especializado em acupuntura, mas não dá para entender direito pela Política se pode ou não ser realizado por ele. Eu gostaria muito mais de trabalhar com as alternativas, tentei a fitoterapia com o plantio, mas não deu certo. Tenho algum conhecimento da portaria, até fui para a Regional aqui para questionar, mas vi que para ter um programa mesmo preciso fazer concurso para médico homeopata, e como já tenho o especialista aqui [...] (LUC C).

O pouco conhecimento sobre a PNPIC levou inclusive um gestor a buscar a compreensão da Política com instâncias superiores do Estado, a fim de implementar as PIC. Os demais, talvez, ainda não tenham percebido que podem se orientar pela Política para implementarem seu serviço, como identificado com o trecho:

[...] parece que é uma proposta para a implementação de acupuntura, fitoterapia e homeopatia, queríamos implementar [...] (BEM C)

Por fim, os seis entrevistados dos municípios do tipo dos *Constantes* desconhecem a Política. Em dois deles, a homeopatia está implementada e todos relataram que a PNPIC não influenciou nem para a implementação nem para a implantação, como considerou o gestor de um município que tem a atenção em homeopatia implementada: “[...] vou procurar a circular e ver se encontro daí te ligo e informo” (*LAP C*).

Em um município, não houve influência da política na evolução da atenção em homeopatia, mas o gestor demonstra interesse em conhecê-la por considerar as necessidades financeiras do serviço: “Como é a portaria? Tem dinheiro para a homeopatia? Qual é o número, eu vou procurar” (BOT C).

Em outro município, o gestor foi buscar a portaria logo que informado. Foram duas ligações telefônicas, até que o gestor se informasse o suficiente para poder responder adequadamente: “Agora que estou começando a ver isto, depois que você me falou. Eu entrei nesta gestão e tenho falado com as pessoas para saber sobre a homeopatia” (CAB C).

O Secretário Municipal de Saúde de (MOC C) está na gestão há poucos meses, respondeu de maneira genérica e solicitou que a entrevista fosse dirigida a um profissional que estava há mais tempo no serviço. Por último, para o gestor de outro município a PNPIC não influenciou na atenção em homeopatia, mas por ter feito especialização em homeopatia se expressa como:

Vergonhosamente não conheço detalhes da Política [...] esta conversa mexeu comigo, me fez lembrar meu passado [...] já fiz curso de homeopatia [...] tudo me trouxe vontade de iniciar, agora é uma questão de honra para mim, me sinto estimulada com esta conversa (SAA C).

O conhecimento e a influência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares entre os municípios do tipo dos *Descontínuos*

A Figura 15 mostra o grau de conhecimento sobre a PNPIC entre os municípios *Descontínuos*. Apenas dois gestores a conhecem (17%); três a conhecem pouco (25%); seis a desconhecem (50%); um não respondeu (8%).

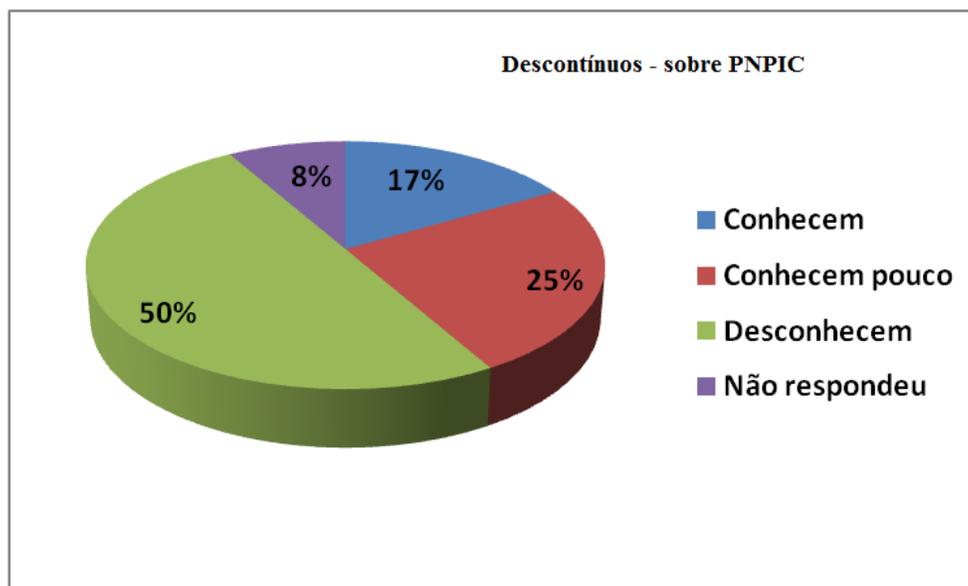


Figura 15- *Descontínuos* e conhecimentos sobre a PNPIC

Dos 12 gestores entrevistados, os dois que se consideraram conhecedores da PNPIC interromperam o registro de produção de atendimento no DATASUS, por dois anos no período estudado, embora continuassem a atenção depois desses anos até 2007. Um deles (*FRA D*) tem implementada a homeopatia e o outro (*FRR D*) mantém a atenção em Ambulatório de Especialidade do Estado, que não é de competência municipal.

Dos três que consideraram conhecer pouco a política, um acredita já ter visto a portaria, mas não se deteve ao conteúdo: “a portaria 971, acho que passou por aqui” (*RIC D*).

Outros sabem sobre a portaria, porém não perceberam do que se tratava: “não vi detalhes” (*SFS D*), “conheço a Política, por alto, não em profundidade” (*TAT D*).

Por fim, dos 12 gestores dos municípios do tipo dos *Descontínuos*, seis não conhecem a PNPIC e nenhum deles manteve atendimento homeopático até 2007. Possivelmente, o desconhecimento e o desinteresse dos gestores sobre as PIC, pode ter contribuído, para a não continuidade da atenção em homeopatia.

O conhecimento e a influência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares entre os gestores dos municípios do tipo dos *Tardios*

Dos nove gestores entrevistados da tipologia dos municípios dos *Tardios*, verificou-se que quatro (45%) conhecem a PNPIC; um (11%) conhece pouco; quatro (44%) a desconhecem (Figura 16).

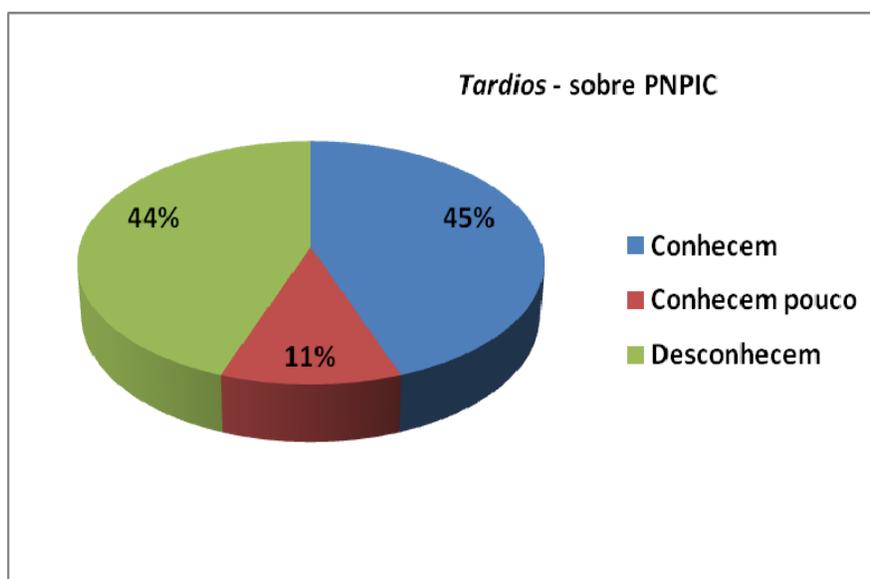


Figura 16- *Tardios* e conhecimentos sobre a PNPIC

Os quatro dos nove conhecedores da PNPIC têm a atenção em homeopatia implementada e dois deles, (*ARA T*) e (*AMB T*), são municípios próximos que contam com o mesmo médico homeopata como coordenador da atenção em homeopatia e que foram influenciados, de maneira fundamental pela política, para:

Oficializar a utilização de terapias complementares na assistência à saúde no âmbito do SUS. Ajudou na compreensão (do Secretário da Saúde) sobre a importância do projeto apresentado uma vez que o próprio SUS recomenda a implantação deste tipo de atendimento (ARA T)

Um gestor considera que a PNPIC ainda não influenciou para a implementação da atenção em homeopatia no município, mas “estamos lendo agora, acho que está muito boa, contempla todos os níveis de atenção, nós estamos querendo ampliar na atenção básica” (COS T)

Um município espera que a Política ainda o auxilie na obtenção dos recursos necessários para a atenção em homeopatia:

Ainda não temos nenhum benefício com ela (PNPIC), nos temos estrutura para a homeopatia com os livros (Repertório do Ariovaldo, Matéria Médica do Clark e outros), mas com recurso próprio do município e esperamos recursos com a política (JAG T)

O conhecimento da PNPIC estimula os gestores para a implementação da homeopatia, ou ainda para a obtenção de recursos materiais e financeiros necessários para a implementação do serviço.

Em relação aos gestores dos municípios do tipo dos *Tardios* que conhecem pouco a PNPIC, o atendimento foi pequeno e somente em 2007: “Iniciou o atendimento e em seguida terminou, em 2007 mesmo” (SAG T).

Já dos quatro municípios cujos gestores desconhecem a PNPIC, em três a homeopatia não está implementada, de forma que apenas se mantém o atendimento e não se demonstrou interesse em conhecer as potencialidades da Política para a expansão do atendimento. Outros gestores se surpreenderam por não conhecer sobre a existência da mesma.

Destaca-se que a entrevista realizada neste trabalho despertou a atenção dos gestores dos municípios *BEB T*, *SAS T* e *SAV T* para a política, como se observa nos seus relatos: “[...] mas do que se trata a política” (*BEB T*); “[...] onde eu posso encontrar (a PNPIC)?” (*SAS T*); “[...] preciso saber (da PNPIC) [...]” (*SAV T*).

Discussão Parcial

Ao ser considerado neste estudo o conhecimento da PNPIC e sua influência para implementação da homeopatia, manutenção da atenção e produção de legislação municipal que regulamente essa prática, verificou-se que dos municípios da tipologia dos *Constantes*: dez implementaram a atenção em homeopatia e dois tiveram a influência da Política; 11 mantiveram a atenção e um teve a influência da Política. (Figura 17).

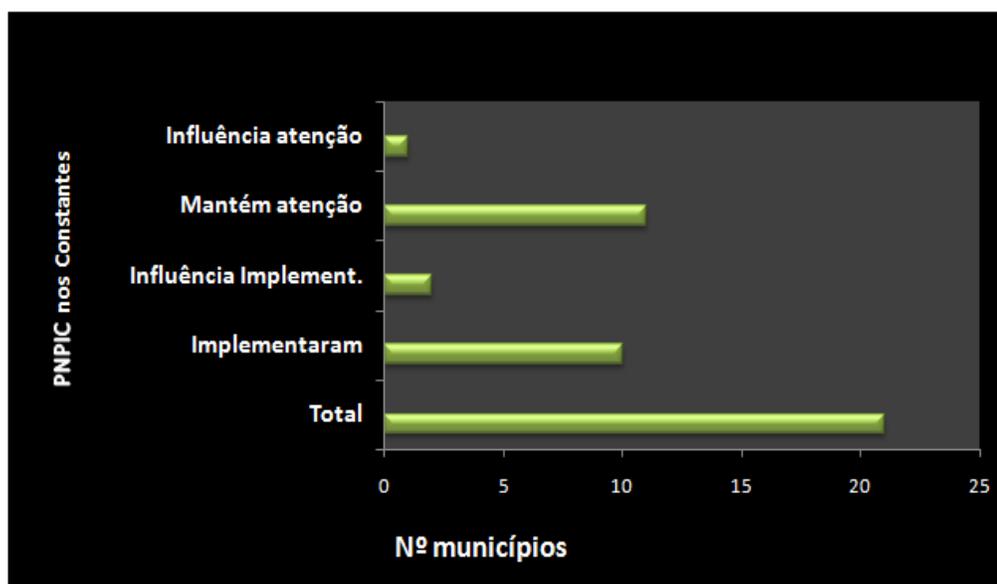


Figura 17- *Constantes* e a influência da PNPIC para a implementação e a atenção em homeopatia

Nos municípios do tipo dos *Constantes*, ficou evidente a pequena influência da Política para a implementação e a manutenção da homeopatia. A Figura 18 mostra a pequena influência da PNPIC, também, para os *Descontínuos*. Nessa tipologia, estão os dois municípios que mantiveram a atenção de 2000-2007: um implementou e nenhum deles sofreu influência da PNPIC. Os outros dez municípios dessa tipologia encerraram a atenção em homeopatia.

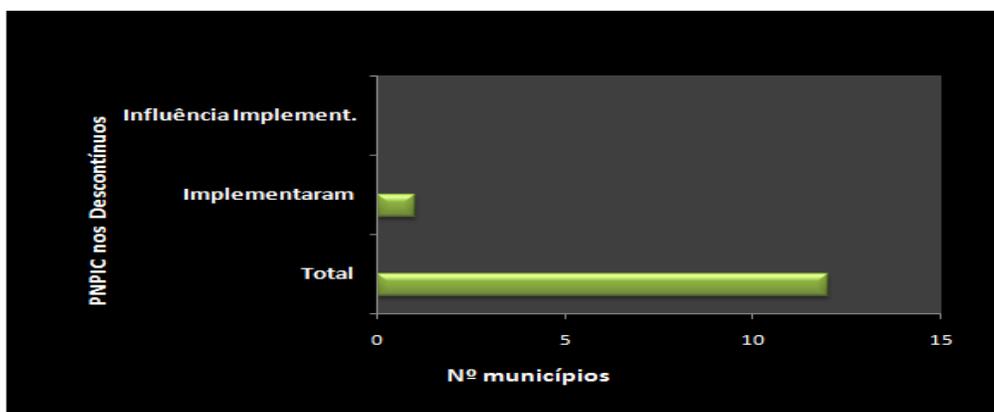


Figura 18- *Descontínuos* e a influência da PNPIC para a implementação e a atenção em homeopatia

Pela Figura 19, percebe-se que a homeopatia está implementada em cinco dos municípios *Tardios* e dois deles tiveram a influência da PNPIC.

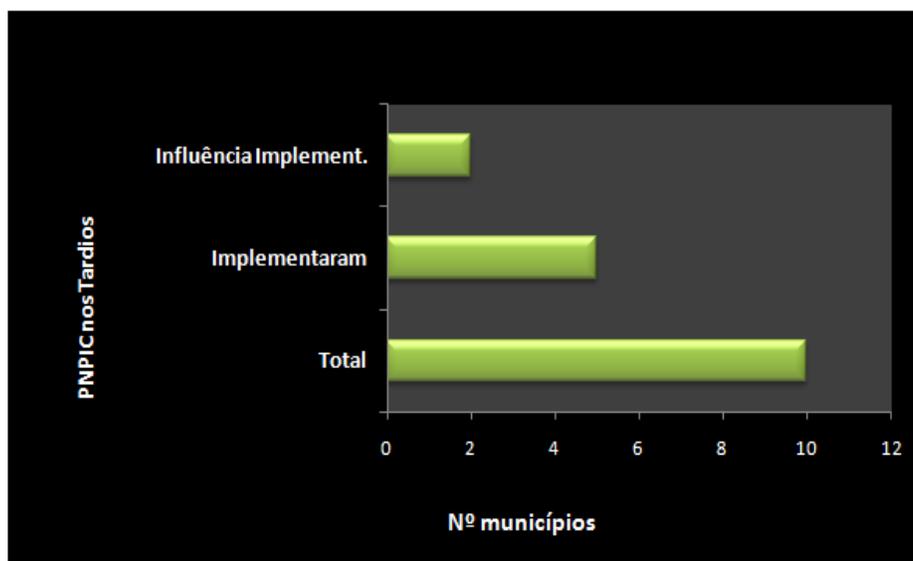


Figura 19- *Tardios* e a influência da PNPIC para a implementação e a atenção em homeopatia

Dos 42 municípios investigados, 16 implementaram a homeopatia e quatro tiveram influência da PNPIC; outros 16 mantiveram a atenção implantada e apenas um sofreu a influência da Política para manter o atendimento. Em três municípios, constatou-se a existência de legislação própria, embora apenas um revelasse ter sido influenciado pela PNPIC. Para os demais municípios, a PNPIC não teve potencial influenciador, mesmo para aqueles cujo gestor afirma conhecer o conteúdo da Política .

Os municípios que utilizaram a PNPIC para implementar o atendimento homeopático foram os das tipologias *Constantes* e *Tardios*. Destacaram-se como conhecedores do conteúdo da Política, embora apenas no grupo dos *Constantes* se encontrassem municípios com legislações regulamentadoras da atenção em homeopatia.

Esse perfil parece ser decorrente do desconhecimento da PNPIC, uma vez que apenas 13 dos gestores entrevistados a conhecem na totalidade. Contudo a política não foi identificada como instrumento decisivo para a implementação da atenção em homeopatia e foi utilizada somente para efeito de convencimento de instâncias superiores, para a implementação ou a manutenção da atenção implantada.

O pouco conhecimento e o desconhecimento sobre a PNPIC parecem estar contribuindo para a não implementação da homeopatia, pois os gestores desconhecedores da PNPIC e da racionalidade médica homeopática também desconhecem os benefícios das práticas integrativas.

Também foi verificada entre os gestores dos municípios do tipo dos *Constantes* e dos *Tardios* que pouco conhecem da PNPIC, a falta de interesse na implementação da atenção em homeopatia e na política. Os gestores dos municípios do tipo dos *Descontínuos* tidos como conhecedores da PNPIC, não especificaram o que entendiam da política e não a utilizaram para manter a atenção homeopática implantada. Já os que a conhecem pouco e os que a desconhecem foram informados sobre ela durante a entrevista, e alguns demonstraram interesse em conhecê-la.

Nas entrevistas realizadas não foi possível definir os motivos do desconhecimento. No entanto, considera-se que a PNPIC está isolada das demais Políticas para a Atenção em Saúde e tem pequena importância para qualquer gestor, quando

comparada com as políticas de maior abrangência, como a: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Humanização, entre outras.

VI- Implantação, Implementação e o Controle Social na oferta da homeopatia

Tomando como referência o princípio da participação social no SUS se faz necessário entender a importância da sociedade organizada, via conselhos e outras formas institucionalizadas, para a participação nas políticas sociais, a fim de que se cumpra o dever do Estado com a saúde e para todos.

A reivindicação de bens, serviços e direitos pela sociedade veio mostrar a necessidade de organização e mobilização social, para alterar o plano estatal. No final da década de 1970, com a restauração da democracia, a sociedade posicionou-se contrária ao regime militar não democrático, que privilegiava as demandas das classes médias e altas da população, no processo de acumulação de bens e das “emergentes filiais das empresas multinacionais” (Gohn, 2004).

Em 1990, essa participação é oficializada, conforme dispõe a Lei Nº 8142, sobre a participação da comunidade na gestão do:

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde, e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

O papel da sociedade organizada, por meio dos Conselhos locais e Municipais da Saúde, é produzir o diagnóstico da saúde do município, verificar as necessidades locais e municipais de saúde, as potencialidades do município e as políticas nacionais, além de passar a discutir e propor ações para a implementação de serviços com objetivo da promoção da saúde.

Para o exercício do controle social é necessário se desenvolver o “empoderamento” da comunidade, conforme abordado por Gohn (2004), para que ela possa ser protagonista de sua própria história, ou seja, mobilizar-se para as práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades para o seu crescimento, autonomia e melhora das condições de vida.

Nesta parte da pesquisa, buscou-se identificar de quem foi a iniciativa para a implantação e a implementação da homeopatia nos municípios, e a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde para legitimar a racionalidade médica homeopática no serviço de saúde pública do município.

Em relação ao processo de implantação e implementação da homeopatia, a partir das entrevistas com os gestores, identificou-se a seguinte classificação: iniciativa do médico homeopata; iniciativa do médico homeopata com apoio do gestor do serviço; iniciativa do gestor. Tais categorias englobam ainda diferentes situações: referendado ou não pelos Conselhos de Saúde; com ou sem concurso e/ou criação do cargo de médico

homeopata; com ou sem movimento para a institucionalização da atenção em homeopatia no município.

A Figura 20 mostra o percentual de municípios que tiveram como iniciativa somente a ação do médico homeopata (51%); de municípios que tiveram a iniciativa do médico homeopata e do gestor (21%); de municípios que tiveram somente a iniciativa do gestor (7%); de outros municípios (21%) que não responderam.

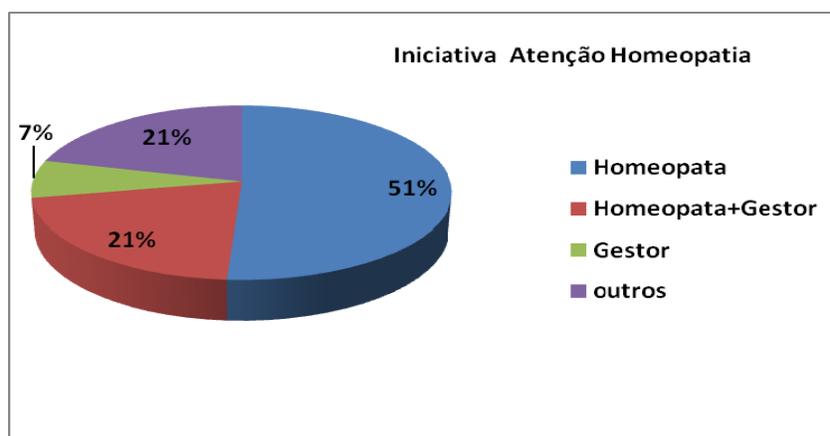


Figura 20- Iniciativa da atenção em homeopatia

Foram 15 os municípios do tipo dos *Constantes* que tiveram a atenção em homeopatia implantada pela iniciativa do médico homeopata. Portanto, é do médico homeopata atuante na rede pública, embora não contratado para atender na racionalidade homeopática, a iniciativa da atenção em homeopatia na maioria dos municípios da categoria. No entanto, em poucos municípios, houve implementação e menos ainda tiveram o referendo dos Conselhos de Saúde, concurso municipal para médico homeopata e legislação municipal. Os conselhos não se posicionaram e/ou não tiveram percepção da atenção, uma vez que não ocorreram grandes investimentos.

Desses municípios, em cinco a atenção foi implementada, dez permaneceram com o atendimento inalterado; em dois houve referendo do Conselho Municipal de Saúde para a instalação do serviço; um realizou concurso público (Figura 21).



Figura 21- Iniciativa do homeopata na tipologia *Constantes*

Os relatos dos gestores esclarecem como implantaram, mantiveram a atenção em homeopatia e/ou realizaram a sua implementação nos serviços públicos de saúde.

Quanto à implementação, o gestor de um município relatou que “não houve (implementação), só iniciou quando (com) um médico homeopata veio transferido do Rio de Janeiro, ele é servidor federal municipalizado” (*ARA C*). Em outro município em que a homeopatia não foi implementada, mas a atenção está mantida o gestor considera que “[...] (a homeopatia) não é divulgada [...] e o Conselho aqui está engatinhando ainda [...]” (*CAB C*).

Quanto à participação do Conselho: “[...] o Conselho sabe que existe a especialidade e aceita bem” (*ARA C*). Em (*BOT C*), a atenção é considerada implementada por ter sido aumentada a carga horária de um médico e contratado outro profissional/médico pediatra, que atende criança com homeopatia, durante um período por semana, e “o Conselho aqui é atuante, tudo o que vai ser implementado tem que ser aprovado por ele. Eles sabem da homeopatia” (*BOT C*). Mas não precisam de discussão com o Conselho sobre a homeopatia: “não tem demanda reprimida, não tem reclamação, assim não têm discussões sobre homeopatia no Conselho” (*BOT C*).

Na implementação da homeopatia, houve o aumento dos períodos de atendimento e o Conselho não participou, “[...] mas eles sempre são informados de tudo o que vai ser implantado de novo, temos uma boa relação com eles” (BRA C). Quanto à percepção do Conselho de Saúde sobre a atenção em homeopatia: “[...] eles conhecem os gestores, os trabalhadores e sabem tudo o que acontece na rede, o usuário vai sendo informado” (BRA C). Por fim, a homeopatia foi implementada no município (TAB C) e, como nos demais, o Conselho não referendou nada: “não foi discutido no Conselho” (TAB C).

Outro gestor relata que não houve implementação, só se manteve a atenção: “[...] mas eles (Conselho de Saúde) sabem que tem, é em uma UBS. Não sei o que a população conhece de homeopatia” (BEM C). Quanto à percepção do Conselho sobre o atendimento, “[...] nada foi conversado com o Conselho” (BEM C). No município (JUND C) foi implantada a homeopatia, com referendo do Conselho para um Curso de Especialização conveniado com a Faculdade de Medicina da cidade e com prática de ensino no atendimento do SUS. No entanto, quanto à percepção do Conselho sobre a atenção: “[...] não existe qualquer manifestação” (JUND C).

Já os gestores de quatro outros municípios informaram que além de não ter havido a implementação da atenção em homeopatia, os Conselhos Municipais não tomaram ciência dessa questão, como se pode observar no que segue:

“Não temos nada (o atendimento homeopático é conforme o médico julgar necessário e o usuário aceitar), mas eu gosto muito de homeopatia, não gosto de ficar tomando remédio, eu dou o maior trabalho para tomar remédios, então penso em trabalhar com o preventivo. As pessoas pegam usam um ou dois comprimidos e deixam lá na caixinha. Em cidade pequena não tem lazer então vem passear no Centro de Saúde. Acho que devemos fazer um trabalho de resultado efetivo, mudar a concepção, a postura da população. Na TV tem propaganda de remédios, e a farmácia vende sem receita, os pacientes adquirem. [...] aqui logo a população sabe tudo, mas não sabem direito como funciona a homeopatia, tanto que a adesão à homeopatia é pequena (LUC C).

Não existe propriamente uma implementação. O Conselho é muito truncado, existem muitos embates, sempre houve uma postura de enfrentamento de algumas pessoas ligadas às Universidades, alguns conselheiros são ligados a vereadores e vem solicitar favorecimentos especiais. Hoje temos reunião do Conselho, vou levar uma proposta de oficina de planejamento, vamos ver se ensinamos e fica melhor. Eles cobram a secretaria como se não fizéssemos nada (RIP C).

Não houve uma implementação [...] nunca fizemos concurso para homeopata [...] não existe o cargo precisa ser criado. Está previsto médico homeopata no NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família), aí acho que dá para inserir e iniciar. Não foi passado nada para o Conselho, nada foi oficializado (SAA C).

[...] o Conselho sabe que existe a homeopatia, mas nunca teve nada, não sei se tiveram curiosidade sobre a homeopatia, outro dia eu até levantei a lebre (na reunião do Conselho), para colocar algo mais interessante, pois vejo que vai ter concurso, mas não para homeopatia (SCS C).

Outros municípios tiveram as informações fornecidas por profissionais que não conheciam a questão em profundidade. Assim, o primeiro informa que o serviço só continuou quando entrou o novo secretário, não houve participação do Conselho e sobre a sua percepção a respeito da atenção em homeopatia: “não conheço” (IND C).

O segundo entrevistado/respondente não conhecia detalhes sobre o Conselho, uma vez que, vinha somente para justificar a impossibilidade do titular da secretaria à entrevista e se limitou a responder:

[...] tem um médico clínico que é homeopata e às vezes atende homeopatia, ele atende clínica e só esporadicamente homeopatia, mas não tem demanda (ITA C).

Relativo à questão da implementação, considerou-se a homeopatia implementada na Secretaria Municipal de Saúde que disponibilizou os profissionais e os medicamentos, sem necessariamente obter o referendo do Conselho: “[...] (o Conselho) tem

conhecimento da existência do ambulatório, mas (sobre a percepção da atenção) não realizou qualquer debate específico sobre ele” (JAC C).

Assim, em um município, houve o aumento no período de atendimento e o Conselho não participou da decisão sobre a atenção em homeopatia:

[...] mas o Conselho aprova tudo, nunca criaram obstáculos, nos não temos problemas, quando tem agudizações nos finais de semana eles (usuários/pacientes) vão ao PS, mas não tomam os medicamentos, esperam e eu (médico homeopata do serviço) sempre dou um jeito de encaixar (para consulta) (LAP C).

Numa visão geral sobre o papel dos Conselhos de Saúde, identifica-se, ainda, a presença de clientelismos com posturas equivocadas de gestores e conselheiros, numa relação de disputa de poder e autoritarismo. Entretanto, em uma cidade de pequeno porte onde o médico homeopata acabou se tornando o diferencial para a atenção à saúde, a população busca pelo seu atendimento. Em outro do mesmo porte, no entanto, não existe adesão e a referência é a alopatia. Todavia é preciso registrar que, durante as entrevistas, percebeu-se o embaraço dos gestores, quando, ao serem questionados sobre a racionalidade médica homeopática, não tinham qualquer conhecimento sobre a ela.

No que diz respeito aos três municípios do tipo dos *Constantes* que tiveram a homeopatia implantada ou implementada pelos médicos homeopatas apoiados pelos gestores, dois tiveram referendo do Conselho Municipal da Saúde e os mesmos dois têm legislação própria (Figura 22).

Por meio das entrevistas, verificou-se que os Conselhos atuaram de maneira mais consciente, embora apenas um deles tivesse o real conhecimento do significado da racionalidade médica homeopática, para a saúde da população. Nos demais, eles participaram acreditando naquilo que os médicos homeopatas expunham, tanto para a manutenção como para a reorganização da atenção em homeopatia. Também não se “empoderaram” da prática homeopática e não cumpriram seu papel deliberativo.



Figura 22- Iniciativa do homeopata apoiada pelo gestor nos *Constantes*

No município (*UTI C*), a implementação da atenção em homeopatia ocorreu com a inclusão de outros médicos homeopatas no serviço e a constituição de um Centro de Terapias Integrativas e Complementares. Nesse município, o Conselho Municipal de Saúde não foi responsável pela aprovação do projeto de implementação, mas no passado atuou impedindo a interrupção da atenção: “[...] uma vez, para impedir que o prefeito terminasse com a Homeopatia o Conselho atuou” (*UTI C*).

No município (*PIN C*), a implementação da homeopatia evoluiu para um Centro de Práticas Integrativas e Complementares, com instituição de uma legislação própria e a participação ativa do Conselho Municipal:

[...] (foi realizado um) workshop das práticas integrativas em 2007 [...], onde os funcionários e população (e o Conselho de Saúde) foram convidados, e pretendemos realizar outro em 2009, com mais ênfase na homeopatia, no de 2007 só teve uma palestra (em homeopatia) [...] foi instituída a Portaria n° 3050 (PIN C).

Ao ser abordado sobre a percepção do Conselho sobre a homeopatia, o entrevistado enfatizou que “[...] tem muito boa aceitação [...]” (*PIN C*).

No município (*SJR C*), a implementação da atenção em homeopatia resume-se à inclusão de médicos homeopatas no atendimento do SUS. Não foi criado um centro específico para as práticas integrativas, mas houve a participação da população antes mesmo da Lei Nº 8142, que regulamenta a participação social, “desde o primeiro momento em 1985, sempre houve o apoio e desejo da população pelo atendimento homeopático” (*SJR C*).

O município *SJR C* possui “[...] apenas uma portaria da Secretaria da Saúde regulamentando o atendimento” (*SJR C*) e a percepção do Conselho de Saúde sobre a atenção implementada é inexistente:

[...] (eles) não têm a mínima consciência da importância e alcance do atendimento em práticas vitalistas, a homeopatia e acupuntura, para a resolução e prevenção dos problemas mais comuns e frequentes da população (SJR C).

Entre os 21 municípios do tipo dos *Constantes*, apenas dois tiveram a implementação da homeopatia por iniciativa dos gestores, por meio de concurso para homeopata. Um deles obteve o referendo do Conselho Municipal da Saúde para a implementação da homeopatia e tem instituída a Legislação Municipal que regulamenta a atenção (Figura 23).

Nesses municípios, a atenção estava mais bem estruturada; os serviços foram implementados; tiveram referendo do Conselho; evoluíram para concurso público para médico homeopata e legislação própria que regulamenta a atenção.



Figura 23- Iniciativa do gestor nos *Constantes*

Em (*BAU C*), o médico responsável pelo serviço desconhece como foi a implantação da homeopatia e a situação da atenção anterior a 2007. Desconhece os registros de atendimento no SIA-SUS e identifica uma fase de implementação, sob iniciativa do gestor:

[...] antes houve, ao menos uma iniciativa (de atendimento homeopático) que terminou em 1999, não sei de outros atendimentos, agora estamos começando a implementar a atenção, não falamos ainda com o Conselho (BAU C).

No município de (*CAM C*), foi realizada uma reorganização dos serviços para a implementação da atenção em homeopatia e, no que se refere à percepção do Conselho a respeito da racionalidade médica homeopática, “[...] eles sabem que é muito bom, mas não temos pesquisas que mostrem a qualidade da atenção e seus benefícios” (*CAM C*). Entretanto, existe legislação municipal que contempla “[...] as Normas Técnicas para a Saúde Integrativa aqui [...]” (*CAM C*).

[...] teve um concurso e foi contratado um médico, o Conselho participou, foi colocado na Conferência de Saúde, graças a vários critérios e os benefícios da homeopatia para osteopatia e outras patologias, então foi aprovada (CAM C).

Passamos, em seguida, a analisar os municípios do tipo dos *Descontínuos* que tiveram a homeopatia implantada ou implementada pela iniciativa exclusiva do médico homeopata.

Dos 12 municípios do tipo dos *Descontínuos*, quatro tiveram a atenção iniciada pelo médico homeopata, sem apoio do gestor, sem referendo do Conselho Municipal de Saúde, sem legislação municipal e a atenção foi encerrada antes de 2007 (Figura 24).



Figura 24- Iniciativa do homeopata nos *Descontínuos*

Mesmo com a atenção encerrada, os gestores responderam sobre o Conselho, sua participação e sua percepção sobre a atenção em homeopatia. Como se observa nos trechos que seguem, não houve participação dos Conselhos nos processos relativos à homeopatia, nos diferentes municípios: “não foi comunicado para o Conselho, mas estas coisinhas assim sempre fazem algo a mais e eles gostam” (MAI D).

[...] nas Conferências de Saúde exista a reivindicação das práticas alternativas, não tendo um recurso disponível as demandas de emergência acabam sendo prioritárias. Não tem médico no PS e na USF, então a gente acaba correndo atrás disto. E, não sabendo se tem recurso suficiente, a gente desconhece se tem recurso para as Integrativas, então prioriza o que é mais necessário (RIC D)

Como nas demais tipologias, nos *Descontínuos* foi predominante a iniciativa do médico homeopata para a atenção em homeopatia, entretanto a atenção não teve continuidade. Enquanto o atendimento ainda estava presente na rede pública, os gestores não comunicaram sobre a homeopatia aos Conselhos de Saúde. Um deles caracterizou o atendimento como “coisinha a mais de que o Conselho gosta” (*MAI D*), como apenas mais um ato corriqueiro amenizando situações difíceis, numa atitude paternalista e autoritária.

No que se refere aos dois municípios do tipo dos *Descontínuos* que tiveram implantação/implementação da homeopatia pelo médico homeopata apoiado pelo gestor, um teve a atenção implementada, mesmo sem registros de produção no DATASUS, em 2005, e com realização de concurso para homeopata. O outro encerrou a atenção, mesmo tendo o apoio do gestor. Em nenhum deles a atenção foi referendada pelo Conselho Municipal de Saúde e também não se desenvolveu uma legislação municipal (Figura 25).

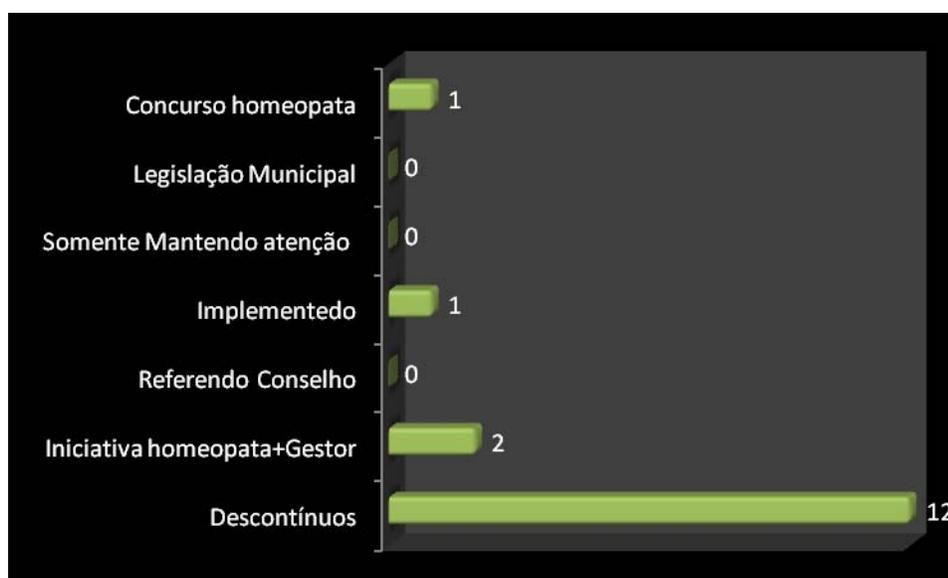


Figura 25- Iniciativa do homeopata apoiada pelo gestor nos *Descontínuos*

O gestor de (*FRA D*) esclareceu que a implementação se deu pela contratação de “dois” homeopatas, mediante criação de cargo e concurso público, para atuarem na rede básica. Mas referiu a não participação do Conselho na discussão da criação dos cargos nem para a implementação da atenção em homeopatia:

[...] o Conselho conhece tudo, participa de tudo, tudo da rede é explicado para eles, e a partir da explanação propõe mudanças. Muitos não conhecem a homeopatia, mas é bom para doenças crônicas e eles gostam por isto, mas não foi discutido o cargo para homeopatas com eles (FRA D).

No outro município, a atenção foi encerrada, mesmo com o apoio do gestor, entretanto:

[...] o prefeito que vai entrar no ano que vem (2009) foi Secretário (da Saúde que apoiou a homeopatia enquanto teve o atendimento), mas depois o homeopata saiu, aqui é uma ilha e os médicos não ficam encontram outros lugares para trabalhar, é difícil segurar médico aqui. Agora acho que tudo vai melhorar, quem sabe se com a nova legislação (PNPIC - não a conhecia -) ele (prefeito) implante a homeopatia, a saúde é a menina dos olhos dele (ILB D).

Portanto, desses dois municípios, em um houve implementação da atenção, com o conhecimento do Conselho Municipal de Saúde, realização de concurso para homeopata, mas não evoluiu para a Legislação Municipal. No outro houve também dificuldade de manter o profissional na cidade, embora o entrevistado tenha a expectativa de investimentos para o retorno da homeopatia.

Destaca-se que não existem municípios do tipo *Descontínuos* cuja iniciativa para a atenção em homeopatia tenha sido do gestor.

Em relação aos dois municípios entre os nove do tipo dos *Tardios* que tiveram a implantação/implementação da homeopatia iniciada por médico homeopata, um implementou com o referendo do Conselho Municipal de Saúde e no outro apenas foi mantida a atenção. Em nenhum deles existia legislação municipal ou se realizou concurso para médico homeopata (Figura 26).

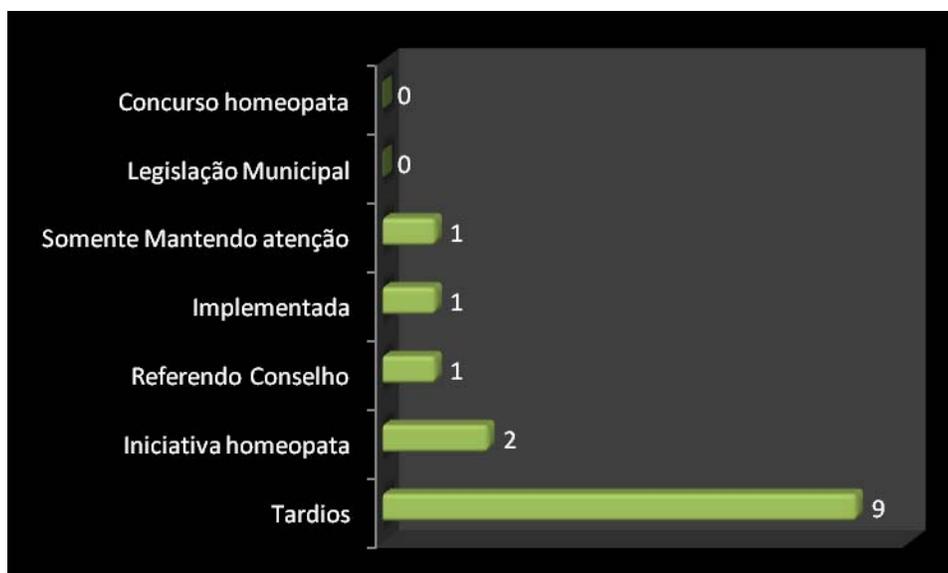


Figura 26- Iniciativa do homeopata na tipologia *Tardios*

O gestor de (*AMB T*) preferiu responder o questionário semi-estruturado por mensagem eletrônica, mas não respondeu as questões específicas, embora tenha escrito que: “o Conselho de Saúde organizou a atenção juntamente com a Secretaria e o médico único homeopata (do município)” (*AMB T*).

No outro, município que ainda mantém um pequeno atendimento, o discurso sobre a oferta da homeopatia foi: “[...] não passou pelo Conselho, aqui começou a homeopatia e pronto”, e mesmo com a continuidade da atenção “[...] não houve qualquer manifestação (do Conselho)” (*BEB T*).

Dos municípios do tipo dos *Tardios*, quatro tiveram a iniciativa dos médicos homeopatas apoiada pelos gestores: três deles implementaram a atenção, em um houve a participação do Conselho nas decisões sobre a atenção em homeopatia e em nenhum deles foi criada legislação própria ou houve concurso público para contratação de médico homeopata (Figura 27).

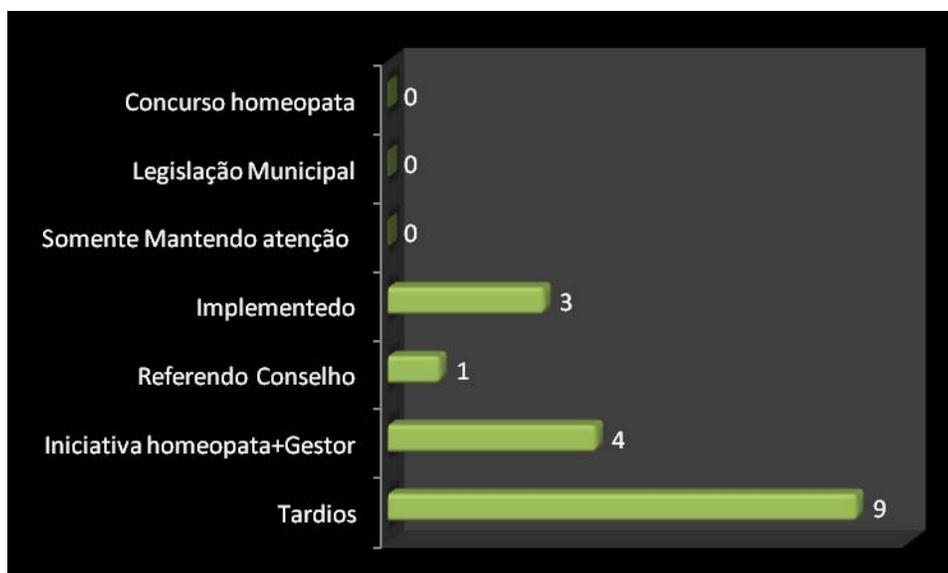


Figura 27- Iniciativa do homeopata apoiada pelo gestor nos *Tardios*

Conforme o relato do gestor em (*ARA T*), a implementação ocorreu com a inclusão de médicos homeopatas na rede e, com o apoio da Secretária da Saúde, houve a participação do Conselho na deliberação sobre a homeopatia, depois de “[...] uma explanação sobre o tratamento homeopático, suas vantagens, sua importância em saúde pública e como seria praticado” (*ARA T*). E a percepção do Conselho sobre a atenção em homeopatia foi “[...] muito boa, foi recebida com muita expectativa” (*ARA T*).

No município (*COS T*), a implementação foi considerada pela organização do serviço de atenção em homeopatia e “[...] pretendemos fazer um concurso para homeopata” (*COS T*). O Conselho não deliberou, mas:

[...] sabe que existe nunca teve nada contra ou a favor, na verdade não sei se tiveram curiosidade sobre a homeopatia. Agora vamos conversar com eles sobre (mais) uma implementação. Vamos levar o projeto para eles aprovarem (COS T).

Em *JAG T*, a atenção em homeopatia foi organizada em um ambulatório específico de Saúde do Adolescente, não teve a participação do Conselho, mas:

[...] o Conselho tem um carinho especial à Saúde do Adolescente, no início o pessoal desconfiava, quando eu jurei que não seria candidato a nada ficaram mais calmos. Sempre apoiaram este projeto, em decorrência disto vamos para outro projeto, o de gravidez (JAG T).

O município (*SAG T*) implantou tardiamente a homeopatia, em 2007, último ano da pesquisa. A atenção contou com o apoio do gestor, entretanto não se sabe sobre os desdobramentos e se houve ou não implementação, mas “[...] não chegou a ter repercussão no Conselho de Saúde” (*SAG T*).

Novamente ficou demonstrada a diferença da atenção em homeopatia, quando existe o apoio do gestor, principalmente nessa tipologia, em que a atenção foi iniciada, aparentemente, com algum planejamento.

Os médicos homeopatas mais envolvidos e conhecedores das diretrizes para a Saúde Coletiva e conscientes do papel dos Conselhos de Saúde buscaram o apoio do gestor e o referendo dos Conselhos, para a implementação da homeopatia. No entanto, até o momento, apenas um município obteve referendo do Conselho, outro já se prepara para esclarecer as razões da necessidade de expansão do atendimento homeopático, na rede pública de atenção.

Entre os municípios do tipo dos *Tardios*, um teve a implantação da homeopatia por iniciativa exclusiva do gestor da saúde e obteve a participação e o referendo do Conselho para a implementação da atenção, embora não possua ainda legislação própria que a regule, nem realizou concurso público para contratação de homeopatas (Figura 28).



Figura 28- Iniciativa do gestor nos *Tardios*

Em (*SAV T*), a implementação ocorreu com a introdução da homeopatia num centro de atendimento especializado em reabilitação e “[...] a população aprovou este serviço” (*SAV T*).

Outros nove municípios, incluídos nas três tipologias *Constantes*, *Descontínuos* e *Tardios*, não foram estudados detalhadamente, pois dois deles não responderam a entrevista; quatro relataram não saber como tudo se iniciou; um (*Tardios*) desconhece a existência da atenção, embora sua produção tenha sido registrada no DATASUS. Nos três restantes, a atenção foi desencadeada pelo Estado e não foi identificada a origem por médicos ou gestores. Deles, um encerrou a atenção, um mantém o atendimento em ambulatório estadual e outro tem a atenção lotada no município.

Discussão Parcial

A fim de se verificar a influência do gestor para a regularização da atenção em homeopatia, construíram-se as Figuras 29, 30, 31, 32 e 33. Nelas se observam os desdobramentos da atenção/implementação como: o referendo do Conselho Municipal de Saúde, a Legislação Municipal e o Concurso público, em número absoluto de municípios.

A Figura 29 mostra que, dos 21 municípios cuja iniciativa da atenção em homeopatia partiu do médico homeopata, 11 mantiveram a atenção sem a implementar, seis executaram alguma ação para a implementação, três deles tiveram referendo dos Conselhos de Saúde, em um município houve concurso para contratação de homeopatas e os outros quatro municípios encerraram o atendimento.



Figura 29- Iniciativa dos homeopatas e desdobramentos

Da Figura 30, observa-se que foram nove os municípios com iniciativa do homeopata apoiada pelos respectivos gestores; sete deles consideraram implementada a homeopatia e os outros dois encerraram a atenção; em três houve a participação do Conselho Municipal de Saúde; dois criaram legislação municipal; e um realizou concurso público para contratar homeopatas.

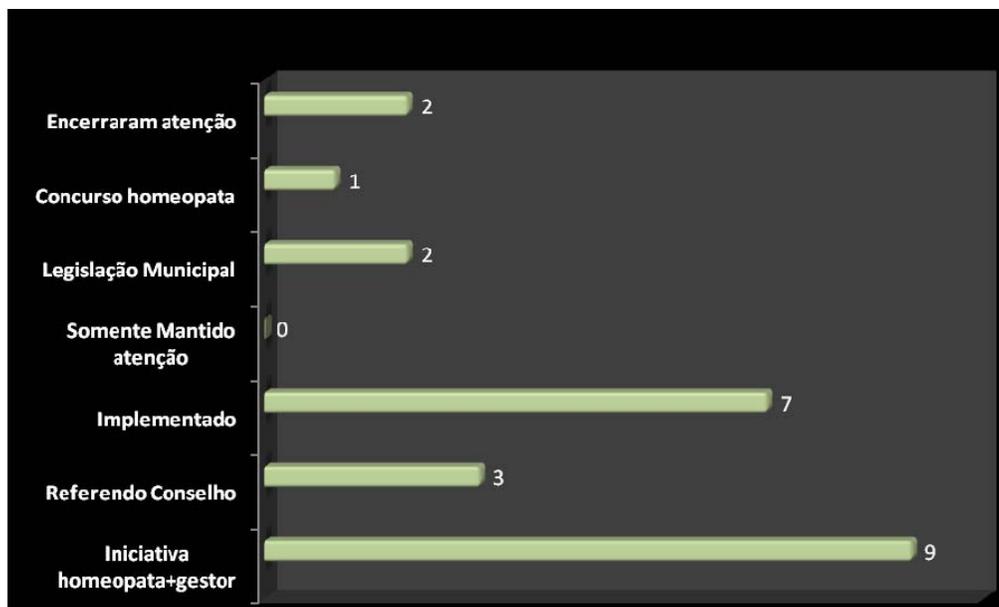


Figura 30- Iniciativa do homeopata apoiado pelo gestor e desdobramentos

Na Figura 31, observa-se que apenas três gestores iniciaram a atenção em homeopatia. Os mesmos municípios tiveram sua atenção implementada. Em dois deles, houve a participação do Conselho de Saúde, em um município criou-se legislação municipal e dois realizaram concurso para homeopatas.

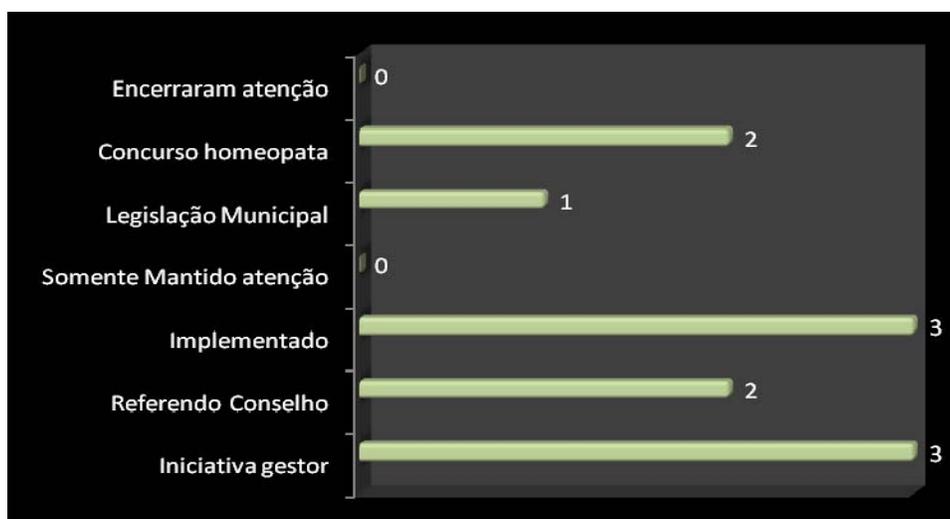


Figura 31- Iniciativa do gestor e desdobramentos

Entre os nove municípios restantes, na Figura 32, observa-se o desdobramento daqueles seis gestores que não responderam detalhadamente o questionário e dos que responderam não conhecerem de quem foi a iniciativa da implantação da homeopatia. Verifica-se que quatro municípios encerraram a atenção iniciada anteriormente e dois deles a mantiveram, mas sem qualquer outra ação.



Figura 32- Desdobramentos dos não respondentes

A Figura 33 representa os três municípios que responderam ter sido do Estado a iniciativa da implantação. Neles a atenção é mantida em dois municípios: em um pelo Estado e em outro pelo município.

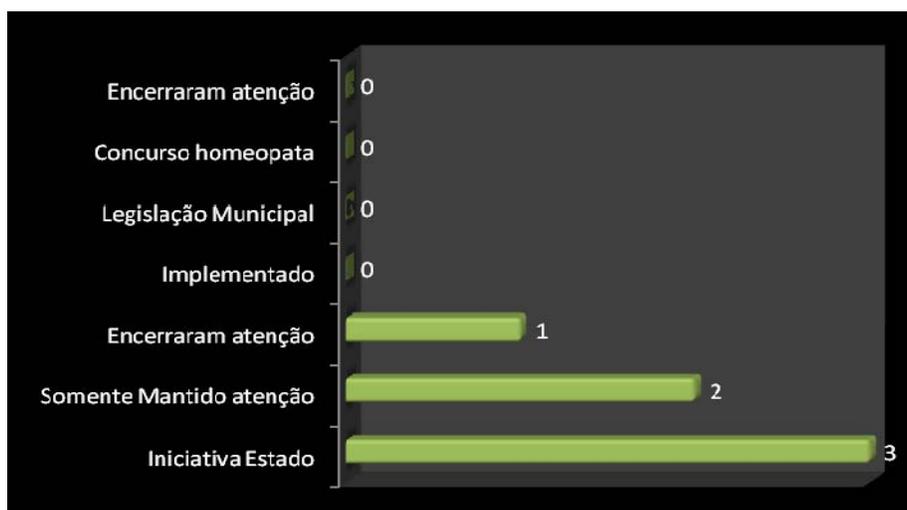


Figura 33- Desdobramento iniciativa do Estado

Diante das figuras apresentadas, observa-se que são os gestores que foram convencidos e que: tiveram alguma percepção positiva sobre a racionalidade médica homeopática; reconheceram a importância da atenção integral na saúde do indivíduo e da comunidade; investiram na implementação da atenção em homeopatia, com obtenção do referendo dos Conselhos Municipais de Saúde. Os gestores dos municípios que encerraram a atenção, ou apenas a mantiveram sem qualquer investimento são desconhecedores da racionalidade homeopática ou a desconsideraram.

Em menos de 50% dos municípios que prestaram atendimento com homeopatia, no período, a atenção foi implementada e a participação dos Conselhos Municipais de Saúde foi pouco representativa. Poucos projetos de implementação foram apresentados aos Conselhos e, quando o foram, os conselheiros não se apresentavam “empoderados” dos saberes da racionalidade médica homeopática, para aprovar qualquer ação, ou perceberem sua necessidade e benefícios para a saúde da comunidade.

O não “empoderamento” levou à aceitação do fato por submissão ao gestor. Assim, o encerramento, a legitimação e a legalização da prática homeopática, por meio da contratação de médicos mediante concurso e a criação de Legislação Municipal, não foram considerados assuntos importantes para os Conselhos de Saúde. Tal constatação fica amparada pelo pequeno número de municípios que realizaram concurso e possuem legislação municipal.

Verificou-se, ainda, que os Conselhos de Saúde do grupo de municípios dos *Constantes*, na maioria, não exerceram sua função deliberativa. Apenas conhecem a existência do atendimento homeopático, mas não participaram referendando sua implementação. Os gestores referem-se aos Conselhos como “reivindicadores”, principalmente quando alguma atuação na atenção ocorre com ofertas de serviços insuficientes, ou com posturas sugestivas de clientelismo. Para esse caso, um gestor já apontou, como estratégia, a capacitação dos conselheiros.

Nos municípios do tipo dos *Constantes* em que a homeopatia foi implementada por iniciativa do médico apoiada pelo gestor, o Conselho de Saúde atuou de maneira consciente apenas em um município de médio porte. Lá foi realizado fórum sobre as PIC, o

que possibilitou à população adquirir algum “saber” sobre a racionalidade médica homeopática e a consequente possibilidade de deliberação e escolha das racionalidades que deveriam ser incluídas no Serviço Público de Saúde.

Nos municípios do tipo dos *Descontínuos*, destaca-se o não envolvimento dos Conselhos de Saúde na atenção em homeopatia. Os atendimentos foram incipientes e não tiveram qualquer impacto na saúde da população nem mesmo chegaram ao conhecimento dos conselheiros. Os aspectos comuns a estes municípios foram: municípios de pequeno porte, não fixarem médico no serviço, priorizarem as ações de emergência e elegerem a biomedicina como sua única opção de tratamento.

Embora na maioria dos municípios da tipologia *Tardios* a atenção em homeopatia já tivesse iniciado com o apoio do gestor e, aparentemente, de maneira mais consciente sobre os benefícios para a saúde, somente em dois deles, um de médio e um de pequeno porte, o Conselho participou aprovando a implementação da homeopatia. Outro município, de pequeno porte, está se preparando com explanações sobre a homeopatia para a avaliação do projeto de expansão da mesma e concurso para homeopata.

As ações executadas para a implementação nas três tipologias foram: aumento de carga horária no atendimento homeopático, por meio, ou do deslocamento do médico para a homeopatia, ou da contratação de médico homeopata (com ou sem concurso para homeopatas). Alguns municípios também promoveram mecanismos para a capacitação dos conselheiros de saúde e, conseqüentemente, a compreensão da racionalidade médica homeopática.

As cidades de menor porte apresentaram maiores dificuldades para manter a atenção em homeopatia e muitas a encerraram. Contudo, em uma delas, os usuários foram acolhidos nesta prática pelo médico homeopata, reconheceram seus benefícios e o gestor manteve a atenção. As cidades de médio porte, que tiveram como iniciantes a ação dos médicos homeopatas, não conseguiram a implementação, mantendo-a tal qual iniciada e sem qualquer expansão da atenção.

Os Conselhos ainda são pouco atuantes no que se refere à homeopatia. Percebeu-se que são os gestores os responsáveis para capacitá-los e apresentar a proposta de implementação, embora isso ocorra ainda de maneira pouco rotineira. Considerou-se que o apoio do gestor é de inquestionável importância para implementação, legitimação e institucionalização da homeopatia.

São quase inexistentes as legislações municipais e os concursos públicos para contratação de homeopatas. Tais ações são dependentes da vontade e iniciativa do gestor, que, como registrado anteriormente, não se preocupa em regularizar a situação da prática. Para que ocorra o concurso, é necessária, primeiramente, a criação do cargo de médico homeopata e com justificativas e aprovação do Legislativo (Câmara de vereadores) e do Conselho de Saúde. O mesmo ocorre com a Legislação municipal, que também deve ser submetida ao Legislativo e ao Conselho, com as devidas justificativas.

Considera-se a possibilidade de atendimentos homeopáticos terem sido realizados nas Unidades de Saúde da Família pelos médicos de saúde da família que também sejam homeopatas, e o código das consultas ter sido registrado no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) como consultas generalistas e não como consultas homeopáticas. Tal fato leva ao desconhecimento sobre a realidade brasileira na oferta da atenção em homeopatia e torna difícil para o gestor conhecer e acompanhar os benefícios do tratamento homeopático.

CAPÍTULO II- A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM HOMEOPATIA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 2000-2007

As racionalidades médicas e a integralidade da atenção

Entende-se por racionalidade como tudo aquilo que pertence à razão ou é derivado dela. Tanto do ponto de vista teórico como metodológico, a compreensão é de racionalidade, como uma ação que se realiza de acordo com certos valores e que se justifica. Esta ação possui objetivos específicos, é uma adequação entre coerência lógica e realidade empírica. E a modelação da racionalidade sofre influência da história e nunca

chega a se realizar permanentemente, pois tem a capacidade de ser modificada historicamente pela ação dos atores sociais (Weber apud Japiassu e Marcondes, 1996; Luz, 2000).

Para Bourdieu (apud Barros, 2000), a racionalidade médica é construída como objeto de disputa de interesses específicos, com pessoas disponíveis para disputar e detentoras de um “habitus” que envolva um conhecimento do objeto de disputa. Bonnewitz (2003 p. 77) considera como “habitus”: um sistema de disposições – atitudes, percepção, sentir, fazer, pensar, interiorizadas pelos indivíduos - duradouras adquirido pelo indivíduo durante o processo de socialização.

Luz (2000) realizou um estudo comparativo entre as racionalidades médicas originadas de culturas distintas – medicina tradicional chinesa e ayurvédica da cultura oriental, com a medicina convencional (biomedicina) e homeopatia, ambas da cultura ocidental -, de acordo com uma doutrina, uma morfologia, uma fisiologia, os sistemas diagnósticos e sistemas terapêuticos, embasadas numa cosmologia. No Quadro 4, apresenta-se uma comparação das racionalidades médicas da Medicina Convencional Ocidental e da Medicina Homeopática.

Quadro 4- Comparação entre as Racionalidades Médicas (LUZ, 1993)

Racionalidades	Cosmologia	Doutrina	Morfologia	Fisiologia Dinâmica Vital	Sistema Diagnóstico	Sistema Terapêutico
Medicina Conven. Ocidental	Física Newtoniana (clássica) implícita	Teoria da Causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos Sistemas (Macro e Micro) Orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia do Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia; anamnese; exame físico e exames complementares	Medicamentos, Cirurgias e Higiene Medicamentos (vegetais, minerais e animais)
Medicina Homeopática	Cosmologia Ocidental Tradicional (alquimia) 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; Fisiopatologia do medicamento e adoecimento.	Semiologia, anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual.	Medicamentos e Higiene Higiene, exercícios (artes marciais, meditação, etc)

Para entender o desenvolvimento das racionalidades médicas e o investimento nelas, parte-se dos modos de produção da sociedade, das classes sociais e Estado e do perfil epidemiológico, todos impostos pelas condições de vida, tipo de conhecimento científico e crenças; bem como dos valores e do saber que os profissionais da saúde e gestores de serviço de saúde têm das diferentes racionalidades.

Então, ao se considerar a racionalidade médica homeopática e a oferta da atenção em homeopatia, nos serviços de saúde pública, pensa-se nos profissionais envolvidos, na organização da atenção em saúde, nas necessidades sentidas pelos sujeitos dos municípios, no diagnóstico municipal de saúde, no plano de gestão e nos referendos dos Conselhos Municipais de Saúde.

Com vistas à integralidade da atenção à saúde, requerida no SUS, ainda a ser desenvolvida na atenção básica dos municípios, identifica-se a homeopatia como estratégia possível para o atendimento em nível primário da atenção, sobretudo porque a racionalidade médica homeopática objetiva o tratamento da totalidade sintomática individual, caminhando, assim, rumo à integralidade.

Este capítulo tem como objetivo identificar o modelo da atenção homeopática implantado nos municípios do Estado de São Paulo, no período de 2000-2007.

Para conhecer a organização da atenção em homeopatia, foram pesquisados: o nível de atenção em que o atendimento homeopático está inserido; a demanda de usuários para a homeopatia; o movimento de consultas para as demais especialidades médicas, depois da implantação da atenção em homeopatia; os profissionais atuantes e período de atendimento; o modelo de agendamento das consultas; a escola homeopática (Quadro 5).

Quadro 5- Organização da atenção em homeopatia

SERVIÇOS	DEMANDA	NÍVEIS DE ATENÇÃO	TIPOS DE AGENDA	1ª CONSULTA (TEMPO)	RETORNO (TEMPO)	ESCOLA HOMEOPÁTICA
MÉDICO ESPORÁDICO	= OFERTA	PRIMÁRIO	LOCAL	= 60 MINUTOS	= 30 MINUTOS	UNICISTA (U)
MÉDICO < 1 X / SEMANA	REPRIMIDA	SECUNDÁRIO	LOCAL + ENCAMINHADA	> 60 MINUTOS	> 30 MINUTOS	ALTERNISTA (A)
REGULAR TODA SEMANA	INEXISTENTE	PRIMÁRIO + SECUNDÁRIO	ENCAMINHADA	< 60 MINUTOS	< 30 MINUTOS	COMPLEXISTA (C)
	DESCONHECE			= 30 MINUTOS		
				< 30 MINUTOS		

I- Níveis de atendimento, oferta de profissionais e demanda nos municípios do tipo dos Constantes, Descontínuos e Tardios

A partir das respostas dos gestores municipais, identificou-se existirem municípios que: atendem com homeopatia sem qualquer estrutura e têm atendimento médico homeopático esporádico - *médico esporádico* -; têm médico homeopata atendendo em menos de uma semana inteira, ou seja, um ou dois períodos³⁵ de homeopatia por semana (regularmente) - < 1/sem.-; possuem *um, dois ou três e mais médicos* homeopatas atendendo pelos menos um período do dia, mas durante toda semana³⁶; não estão todos os médicos diariamente, nos cinco períodos da semana.

³⁵ Entende-se por período quatro horas de atendimento diários.

³⁶ Entende-se por toda semana cinco períodos de atendimento.

Em relação à identificação da demanda, também a partir das respostas dos gestores, observou-se a existência de municípios cuja oferta de serviços é suficiente para a demanda (*demanda=oferta*); municípios cuja demanda é maior do que a oferta (*demanda reprimida*); municípios onde não existe demanda para homeopatia (*sem demanda*); desconhecimento da demanda (*não sabem*).

Por último, o nível de atendimento foi assim relacionado: *primário, secundário e primário+secundário*; não houve municípios que ofertassem homeopatia em nível terciário da atenção. Os *Constantes* apresentaram atendimento nas três classificações de níveis de atenção: *primário; secundário; primário+secundário*. Nos *Descontínuos*, aquele município que manteve a atenção apresentou atendimento nos níveis *primário+secundário*, os demais atenderam em nível secundário. Os *Tardios* só apresentaram atendimento no nível *secundário* da atenção.

Nas páginas que seguem, apresentam-se as análises específicas dos tipos de municípios, em relação a níveis de atendimento, demanda e oferta de profissionais. A Figura 34 mostra que dos 21 municípios entrevistados do tipo dos *Constantes*: dez prestam atendimento no nível primário de atenção; sete, no nível secundário; três prestam atendimento no nível primário e secundário e um município que não respondeu.



Figura 34- Níveis de atenção nos *Constantes*

Por meio da Figura 34, identifica-se que nos dez municípios do tipo dos *Constantes* que têm atenção no nível primário: dois com médicos esporádicos; um município com médico que atende menos que cinco períodos na semana; quatro com um médico que atende a semana toda; dois com dois médicos; um com mais de três médicos atendendo durante toda a semana. Os dez municípios representam quase 50% da tipologia *Constantes* atendendo na atenção primária.

Na Figura 35, é possível visualizar, ainda, a percepção dos gestores sobre a demanda de consultas em homeopatia. Dos dez municípios com atenção primária, dois foram identificados com a demanda reprimida: um município de médio e um de pequeno porte. Em três foram identificados a oferta suprindo a demanda: um município de pequeno, um de médio e um de grande porte. Em dois municípios de médio porte não puderam ser identificadas a demanda para homeopatia, e finalmente outros três: um de pequeno e dois de médio porte, a desconhecem.

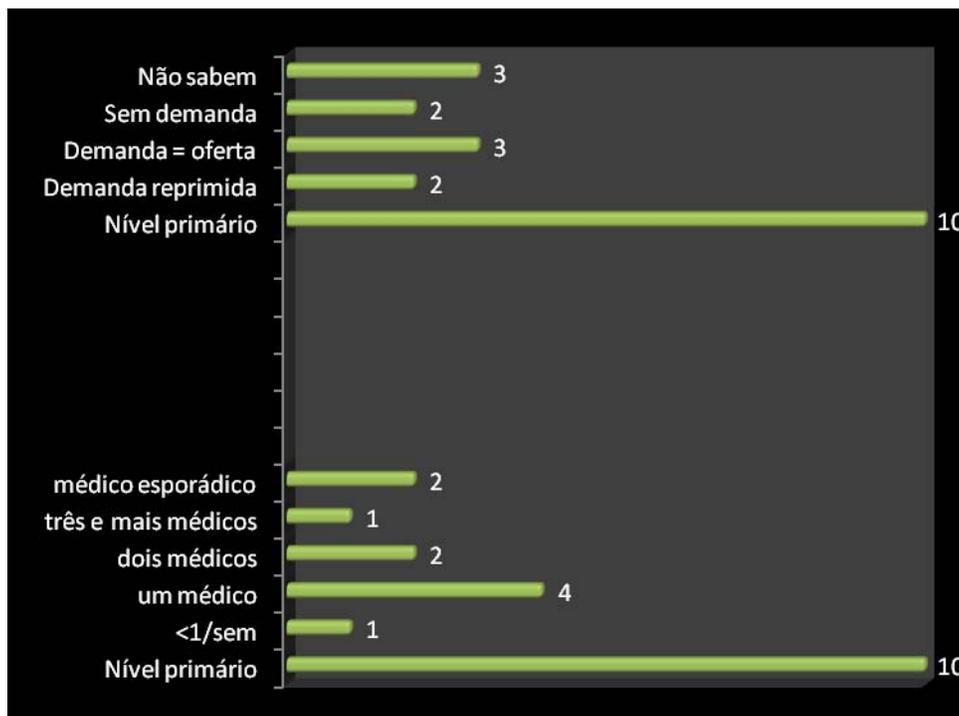


Figura 35- Nível primário de atenção, número de profissionais e demanda nos *Constantes*

Na Figura 36, verifica-se que, de acordo com a percepção do gestor, não houve modificação na busca por outras especialidades médicas em metade dos municípios; os demais gestores não souberam avaliar.

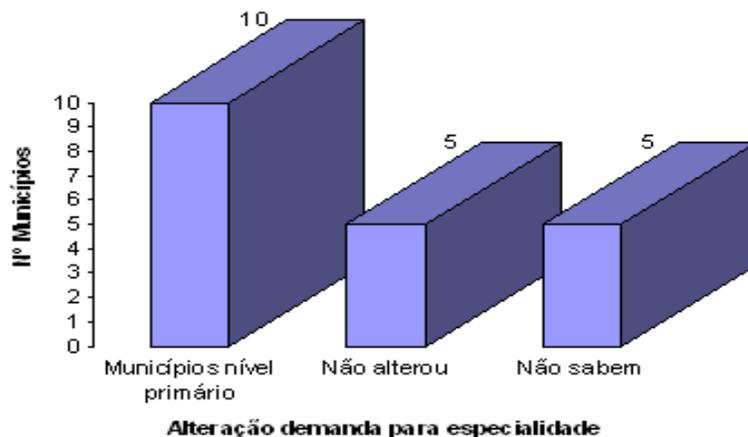


Figura 36- Atenção primária e movimento da demanda para as especialidades nos *Constantes*

No entanto, entre os gestores que não perceberam alterações, há o entendimento de que “[...] não dá para perceber (alteração da demanda) a atenção é muito pequena, o que dá para ver é que pacientes crônicos vêm menos na unidade, quando fazem homeopatia” (*TAS C*).

Houve aqueles que sentiram algumas alterações, sem que ela, contudo, fosse quantificada: “[...] acredito que sim (modificou), eles buscam menos as especialidades, [...] (os usuários) eles sempre voltam para a homeopatia, como já disse são bastante fiéis” (*LAP C*).

Associando-se as “falas” dos gestores aos dados quantitativos, foi possível identificar que a atenção implementada ainda é pequena e não efetiva, para que o gestor possa avaliar o seu impacto. Diante do panorama apresentado, identificou-se que a inexistência de demanda para a homeopatia está relacionada com a pequena oferta da atenção. Isso torna os resultados clínicos insuficientes para que a população e os gestores possam identificar os seus benefícios.

Em relação aos municípios do tipo dos *Constantes* que registraram atenção em homeopatia em nível secundário, sabe-se que quatro deles têm um médico para a semana toda e três possuem mais de três médicos na semana; três com demanda reprimida, três com oferta igual à demanda e um não soube responder (Figura 37).



Figura 37- Nível secundário de atenção, número de profissionais e demanda nos *Constantes*

Verifica-se que dos três municípios que apresentam demanda reprimida, dois contam com mais de três médicos e um com apenas um médico na semana. Dos que apresentam a oferta suficiente, foram encontrados dois municípios com um médico na semana e um com mais de três médicos. O município com um médico na semana foi aquele que não soube identificar sua demanda.

Em relação à modificação da demanda nas demais especialidades, conforme apresentado pela Figura 38, dois gestores perceberam não haver modificação do fluxo de atendimento para as demais especialidades, enquanto cinco desconhecem essa realidade.

No entanto, os gestores comentaram: “a gente sente que sim (modificou o fluxo), mas não temos avaliação sobre isto” (*JND C*), e “não dá para perceber (modificação o fluxo) porque só tem um médico” (*ARA C*).

Observou-se que, segundo a classificação por número de habitantes, esse grupo de municípios é de médio porte, o que poderia justificar o nível de atenção em que a homeopatia está implantada, uma vez que um maior número de usuários seria referendado para a Unidade de referência de homeopatia. Caso contrário, a atenção deveria estar lotada em mais de uma Unidade Básica de Saúde, de forma que, fosse descentralizada e com igual disponibilidade de acesso para todos os usuários, o que consequentemente levaria a um maior custeio do serviço.



Figura 38- Atenção secundária e movimento da demanda para as especialidades nos *Constantes*

Percebeu-se a inexistência de uma maneira para avaliar as alterações de demanda. Entretanto, a impressão é de que na atenção secundária o serviço está mais bem estruturado ou, pelo menos, que houve alguma discussão para que a homeopatia fosse implantada nesse nível. Considera-se como evidência disso o maior número de municípios que contam com mais de três médicos, bem como o conhecimento do gestor sobre a demanda. Também se identifica o pequeno investimento na atenção em homeopatia,

quando verificado que quatro municípios mantêm apenas um médico na atenção secundária e três consideraram ter demanda reprimida.

Ainda entre os municípios do tipo dos *Constantes*, observou-se a atenção nos níveis primário e secundário, concomitantemente, em três municípios, sendo que um município possui dois médicos e os outros dois, mais de três médicos (Figura 39).

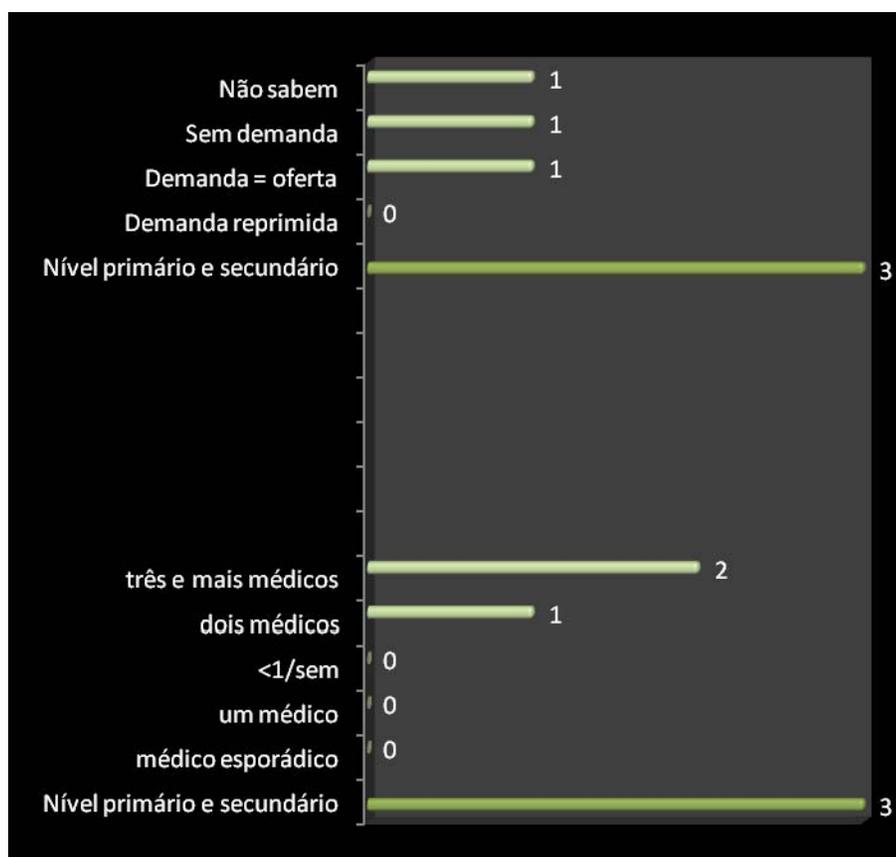


Figura 39- Nível primário e secundário de atenção, número de profissionais e demanda nos *Constantes*

O gestor do município com dois médicos acredita não ter demanda suficiente para aumentar o número de profissionais, uma vez que tal atenção está restrita a um ambulatório especial e atende pouco: “são apenas dois (médicos), uma está na saúde do escolar e lá vão os alunos de medicina da Faculdade, daí ela até faz umas aulas e atende alguns casos para os alunos” (SAA C).

Para o gestor de (SAA C), como o modelo de atenção não está estruturado, acredita-se ser difícil a percepção da necessidade da atenção. Já em um município que conta com mais de três médicos, a oferta foi considerada pelo gestor como suficiente para a demanda. E, no outro município, o gestor desconhece a demanda.

Quando os gestores desses municípios foram questionados sobre as relações entre o atendimento homeopático e as modificações dos fluxos de atendimento para as outras especialidades, dois perceberam que não ocorreram alterações e um não soube responder (Figura 40). Dois municípios são de grande porte e um de médio porte.

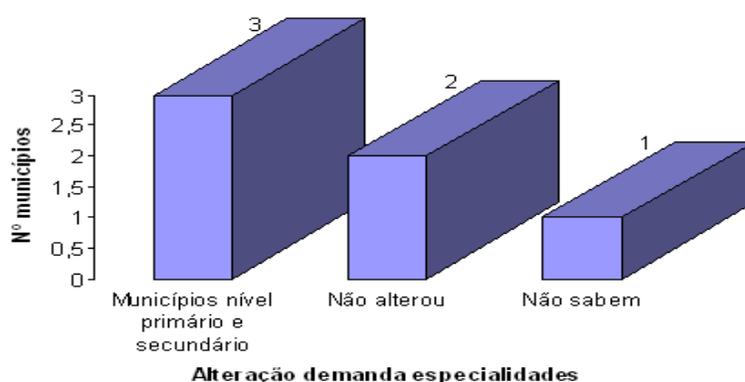


Figura 40- Atenção primária e secundária; movimento da demanda para as especialidades nos *Constantes*

Aqui a percepção dos gestores vincula a atenção homeopática às patologias específicas, referindo-se à demanda para os ambulatórios de homeopatia:

Alguns médicos solicitam homeopatia para Caps (Centro de Apoio Psicossocial) infantil, mas a gente não tem pernas para fazer o projeto. Acho que vou acabar focando a pediatria e implantar algo (SAA C).

Não (modificação do fluxo). As especialidades que mais encaminham para o atendimento homeopático são: neuropediatria por Transtorno por Déficit de Atenção, Psicologia em transtornos emocionais e Pediatria, nas alergias, e Infecções de Vias Aéreas Superiores de repetição (SJR C).

Ao se verificarem as “falas”, observa-se que dois gestores identificaram as especialidades que encaminham ou têm possibilidade de encaminhar para a homeopatia, que são as doenças predominantemente crônicas, em pediatria, com destaque para doenças respiratórias e transtornos psíquicos. Mas eles ainda não conseguem identificar claramente as modificações de fluxo para as demais especialidades, uma vez que os atendimentos homeopáticos ainda são insignificantes para o porte dos municípios.

Em seguida, apresentam-se os estudos relativos aos municípios do tipo dos *Descontínuos*, em relação aos níveis de atendimento, demanda e ofertas de profissionais.

Nos *Descontínuos*, existem dois municípios que mantêm a atenção em homeopatia e que, por alguns anos, tiveram interrupções da atenção. De um deles, não se obtiveram respostas sobre o atendimento e a demanda, por se tratar de atenção mantida pelo Estado; do outro, a resposta foi a de que o atendimento homeopático ocorre nos níveis de atenção primário+secundário.

Na tipologia *Descontínuos*, os municípios não apresentaram atendimento em nível primário exclusivamente. No entanto, são cinco os municípios que afirmaram ter prestado, em algum momento do período de 2000-2007, o atendimento homeopático em ambulatório de atenção secundária, conforme apresentado na Figura 41.

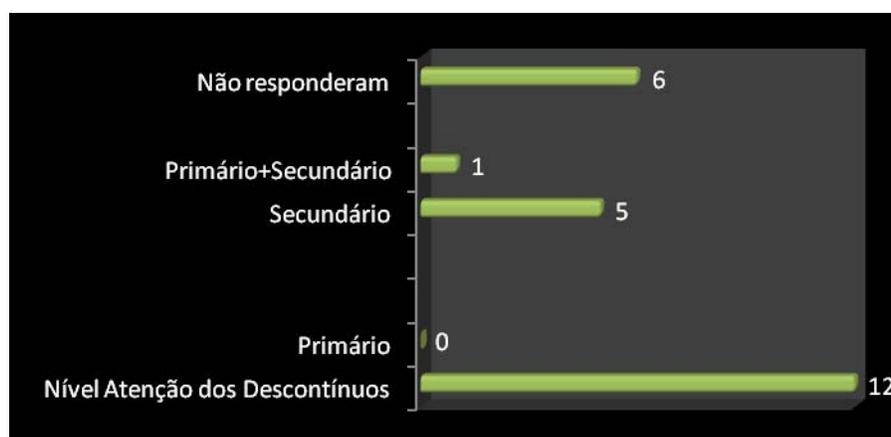


Figura 41- Níveis de atenção nos *Descontínuos*

O município que presta atendimento em nível primário e secundário da atenção conta com dois profissionais médicos, dispondo de oferta de consultas adequada à necessidade da demanda, sem identificar se houve alguma modificação no fluxo de usuários às especialidades. Os seis demais municípios não souberam responder sobre o nível da atenção do atendimento homeopático já ofertado nem sobre o ocorrido com relação à demanda.

Conforme apresentado na Figura 42, predomina o desconhecimento dos municípios sobre a modificação de fluxo do atendimento para as demais especialidades médicas, durante o período em que se prestou atendimento homeopático. E na fala de um gestor “[...] não (houve modificação) era muito pequeno o atendimento” (*RIC D*)

Dos municípios *Descontínuos*, sete são de pequeno porte e os outros cinco de médio porte, e foram os de médio porte que tiveram a atenção em nível secundário enquanto persistiu o atendimento, ou seja, não deveria ter ficado tão imperceptível assim esse atendimento.

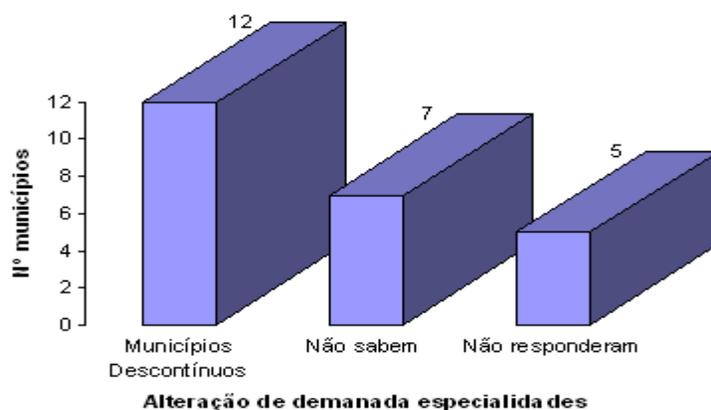


Figura 42- Movimento da demanda para as especialidades nos *Descontínuos*

Por fim, apresentam-se as análises dos municípios do tipo dos *Tardios*, em relação aos níveis de atendimento, demanda e oferta de profissionais.

Conforme apresentado na Figura 43, que condensa os dados quantitativos dos *Tardios*, dos nove municípios analisados, oito prestam atendimento em nível secundário de atenção; nenhum deles atende em nível primário e, também, não atendem nos níveis primário+secundário. Registra-se que o gestor do município que não soube responder mantém produção em homeopatia.

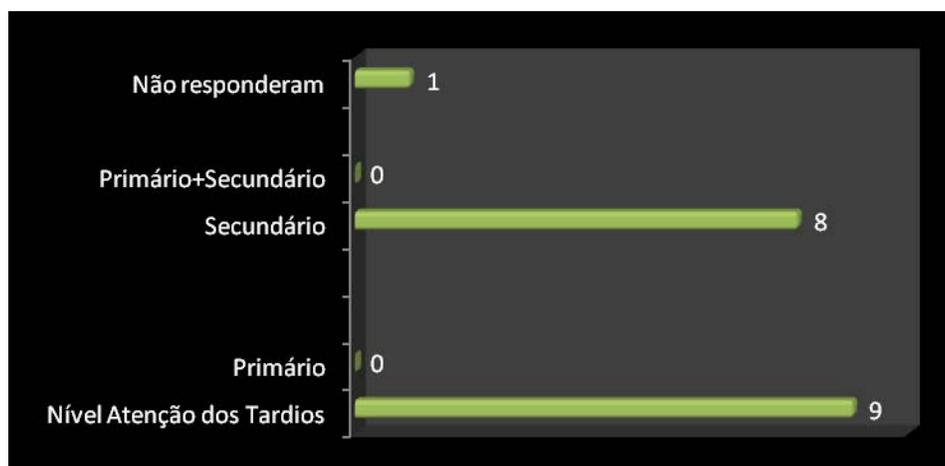


Figura 43- Níveis de atenção nos *Tardios*

Dos oito municípios que responderam e prestam atendimento secundário, quatro contam com médico regularmente, por menos de cinco períodos na semana; dois, com um médico, durante toda a semana; um, com mais de três médicos; um, na ocasião da entrevista, já estava sem médico (Figura 44). Nesse grupo dos *Tardios*, estão sete municípios de pequeno porte, de um desses o gestor não respondeu, e os outros dois de médio porte. Assim, encontram-se municípios de pequeno porte que otimizam o atendimento homeopático, quando se oferece a atenção no nível secundário.

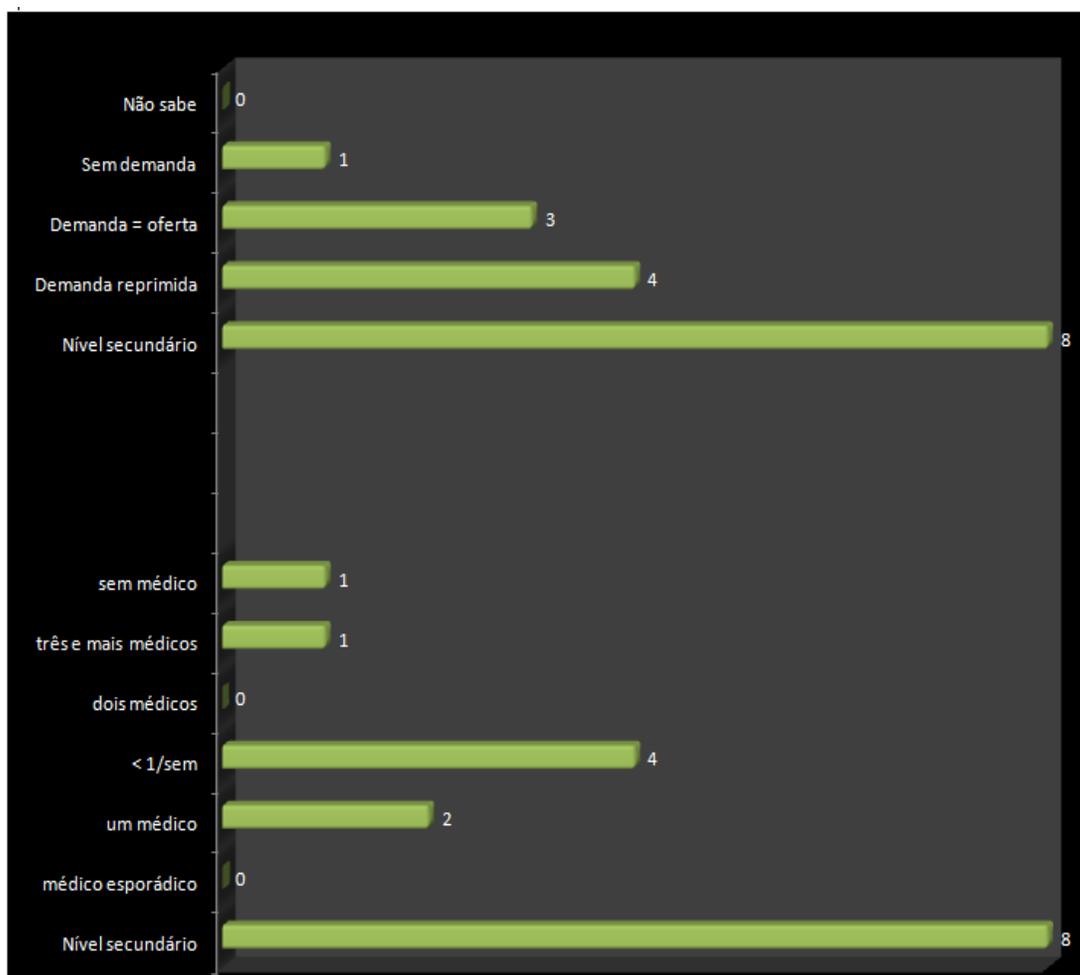


Figura 44- Nível secundário de atenção, número de profissionais e demanda para os *Tardios*

A demanda, na percepção dos gestores, foi identificada como reprimida para um município, com algumas horas médicas por semana; dois municípios, com um médico em toda a semana; no único município, com mais de três médicos. Há, também, a identificação da oferta suficiente para a demanda nos três municípios que só contam com algumas horas médicas na semana.

Pela Figura 45, observa-se que os gestores de três municípios identificaram a modificação de fluxo de atendimento para outras especialidades, embora ainda permaneça um grande número de não respondentes e de desconhecedores.

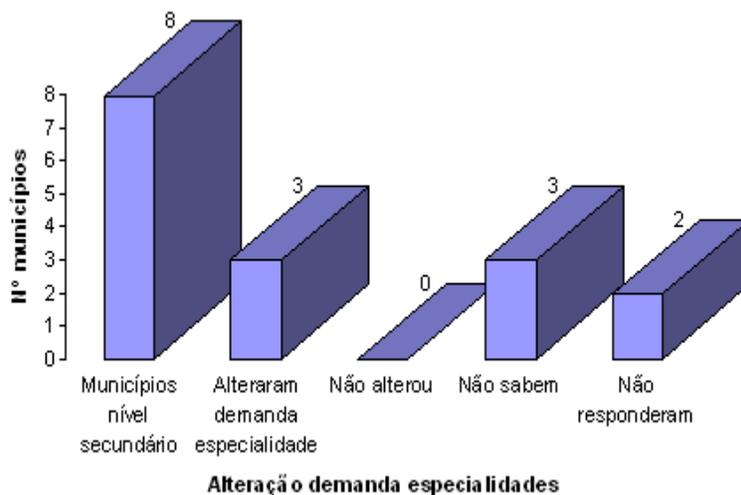


Figura 45- Atenção secundária e movimentação da demanda para a especialidade nos *Tardios*

Na percepção dos gestores sobre a demanda para as especialidades, um deles (*COS T*) fala com propriedade, uma vez que é de pequeno porte e o próprio gestor conduz a demanda para a homeopatia, procurando minimizar a saída da população do município, para buscar outras especialidades fora, principalmente nas doenças crônicas do aparelho respiratório. Ele considera o custo do medicamento menor que o transporte para outras cidades, em busca da especialidade. Outro gestor enfatiza a agilidade que encontrou na aquisição dos medicamentos e isso, de certa forma, garante que o tratamento homeopático seja cumprido pelo usuário e o mantém no ambulatório. Um terceiro gestor, além de perceber a diminuição do fluxo para outras especialidades, identifica a diminuição de solicitações de exames.

Temos aqui demanda reprimida, as consultas (homeopatia) estão para agosto (entrevista em maio de 2009), e sabemos que diminuimos o fluxo para a Unicamp em alergia, imuno e pneumo, são as asma, as bronquites. Sim (modificou a demanda), muitos deixaram de ir para a Unicamp, nós da assistência social estimulamos os pacientes a irem para a homeopatia, eles não retornam para as outras especialidades [...] nós perguntamos aos

pacientes, como estão na homeopatia, eles gostam, dizem que estão bem e vão continuar, vão ficar por aqui mesmo. Nosso trabalho é incentivar. Eu falo que se ele quiser ele pode voltar para a especialidade (na Unicamp), mas eles não querem [...]. Mas os pacientes se sentem melhor, o homeopata dá o “fundo do equilíbrio e pede para voltarem em dois meses, todos voltam e se sentem melhor (COS T).

Não tivemos problemas nem com os medicamentos, são muito mais baratos do que da alopatia, então o paciente compra. Se por acaso ele não puder comprar [...] a Secretaria compra [...] diminui muito o custo, diminui as idas ao especialista (alopata), diminui os exames, [...] e diminui a quantidade de medicamentos (COS T).

Sim (modificou de fluxo), os colegas enviam muito para o ambulatório de adolescente, as outras especialidades estão em baixa [...] também existe uma farmácia contratada que fornece os remédios conforme as receitas [...] agora ficou mais ágil (a entrega dos medicamentos) (JAG T).

Dá para perceber (modificação de fluxo), embora não medimos, que diminuíram as solicitações de exames e idas a outras especialidades (SAV T).

II- Características da consulta homeopática: linhas homeopáticas e modelo de agenda, nos municípios do tipo dos *Constantes, Descontínuos e Tardios*

Com relação a agendamento, ao modelo de atendimento implantado e às linhas homeopáticas aplicadas, foram observadas diferentes categorias.

Para agendamento considerou-se:

1. *Agenda local*: agendamento de consulta a pedido do usuário; espontaneamente na unidade de saúde onde o serviço está lotado.

2. *Agenda local+encaminhado*: agendamento espontâneo ou referenciado por outros profissionais de saúde, médicos ou não médicos.
3. *Agenda encaminhado*: agendamento do usuário por encaminhamento para o serviço.

Para o melhor entendimento do modelo de atendimento implantado, buscou-se evidenciar o tempo destinado à primeira consulta e aos retornos:

1. Para 1ª consulta as opções: 60 minutos ($1^a\ cons = 60\ min.$), maior que 60 minutos ($1^a\ cons > 60\ min.$), menor que 60 minutos ($1^a\ cons < 60\ min.$), igual a 30 minutos ($1^a\ cons = 30\ min.$), e menor que 30 minutos ($1^a\ cons < 30\ min.$). Observa-se que, embora houvesse no questionário semi-estruturado, como possibilidade de resposta, a 1ª consulta com tempo de duração de 60 a 90 minutos, nenhum dos municípios a assinalou. Então, o tempo máximo utilizado para primeira consulta, nos municípios que prestam atendimento homeopático, não ultrapassa 60 minutos.
2. Para retornos observou-se o tempo: maior que 30 minutos ($> 30\ min.$), igual a 30 minutos ($Ret. = 30\ min.$), menor que 30 minutos ($Ret. < 30\ min.$). Também existia no questionário semi-estruturado aplicado aos gestores a opção de 40 a 60 minutos e 60 a 90 minutos para o retorno, mas elas não foram assinaladas.

Para as linhas utilizadas pelo médico para sua abordagem homeopática adotaram-se os símbolos: *U* para *Unicista*, *A* para *Alternista* e *C* para *Complexistas*.

É preciso recordar que os *Constantes* apresentaram atendimento em nível primário, secundário e primário+secundário; os *Descontínuos* apresentaram o atendimento em nível secundário, embora no período da pesquisa um município mantivesse atendimento em nível primário+secundário; os *Tardios* somente atenderam em nível secundário.

Analisa-se a seguir as relações entre os diferentes tipos de municípios, níveis de atenção, organização de serviço, tipo de agendamento, consultas e escolas homeopáticas.

Tomando a Figura 46, que mostra o atendimento primário realizado pelo grupo dos *Constantes*, visualiza-se que: sete municípios realizavam agendamento no local; dois atendiam também usuários referenciados; um não soube informar. Quanto a esse último, quem respondeu pelo gestor foi a recepcionista, que se limitou ao que conhecia.



Figura 46- Atenção primária e modelos de agendamento nos *Constantes*

Identificou-se, em algumas “falas” dos gestores, que “[...] os pacientes (que) passam pelos alopatas e quando eles vêem que não melhoram encaminham para a homeopatia” (*BOT C*). E também quando “[...] o paciente quer vir (busca espontaneamente) e ser atendido na homeopatia. Temos muitos atendimentos para os crônicos” (*BOT C*).

Uma peculiaridade interessante foi identificada em um município de pequeno porte onde tanto o gestor como o médico destacaram que o bom relacionamento médico-paciente estimula o encaminhamento e o retorno dos usuários: “[...] encaminham das outras unidades [...] eu sempre dou um jeito de encaixar [...] mesmo que os pacientes vão para a especialidade voltam para o retorno [...]” (*LAP C*) (médico).

O profissional mora no município e tem boa vontade, tudo [...] dá certo porque ele é ótimo. É luta dele para conseguir tudo, [...] atende no serviço público, e mais do que o dobro do que deveria atender (LAP C) (gestor).

Enquanto para outro município, também de pequeno porte, a necessidade traz um modelo diverso, quase um pronto-atendimento:

[...] não atendemos com pacientes agendado, todos que chegam pegam um número e são atendidos, é assim com todos os médicos, quando eles são contratados já são esclarecidos sobre isto. Aqui não tem hospital (LUC C).

Na Figura 47, pode-se verificar que nos dez municípios *Constantes* na atenção primária, não existe agendamento coincidente ou uniforme. Assim, um agenda a primeira consulta para um período menor que 60 minutos e, para os retornos, um período de 30 minutos; os médicos são Unicistas e Complexistas, nesse município. Outro município agenda a primeira consulta num período inferior a 60 minutos e o retorno também inferior a 30 minutos; o médico é Unicista. Ainda outro reserva exatamente 60 minutos para primeira consulta e 30 minutos para retorno; também com médico da linha Unicista. Identificou-se outro município agendando primeira consulta com 30 minutos e retorno com menos de 30 minutos e o gestor não soube informar a linha homeopática adotada. Outros seis gestores desconheciam a forma de agendamento e sete desconheciam as linhas homeopáticas aplicadas no serviço.

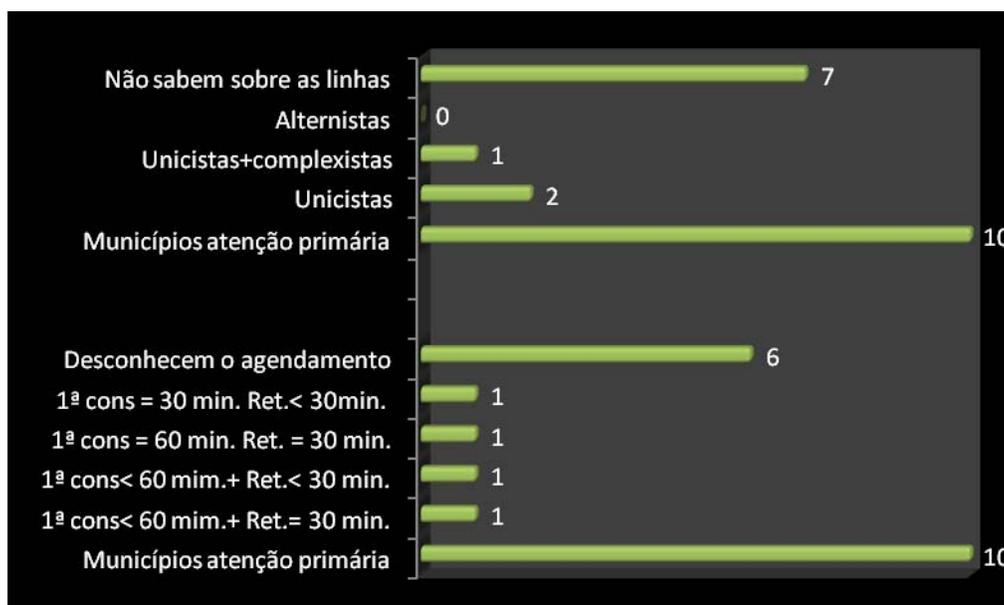


Figura 47- Atenção primária, modelo de agenda e agendamento nos *Constantes*

Esta pesquisa evidenciou a diversidade no modelo de agenda, no que se refere a período de tempo destinado a primeiras consultas e retornos, independentemente das linhas adotadas. Sabe-se que os Unicistas necessitam de mais tempo nas consultas, devido a sua maneira de atuar, buscando, na totalidade sintomática, um medicamento único. Já os Complexistas utilizam vários medicamentos simultaneamente, considerando o tropismo de cada um deles com os diversos sintomas apresentados, contudo, não foi esta a lógica encontrada.

Nos sete municípios do tipo dos *Constantes* com atenção em homeopatia nos níveis secundários, conforme a Figura 48, dois realizam agendamento no local e encaminhando, e cinco mantêm as agendas para os encaminhados de outros serviços ou outros médicos da mesma unidade.



Figura 48- Atenção secundária e modelos de agendamento nos *Constantes*

É possível identificar, pela Figura 49, a diversidade no modelo de agenda de consultas. Dois municípios contam com médicos Complexistas; um agenda a primeira consulta com menos de 60 minutos e retornos com menos de 30 minutos, enquanto o outro agenda a primeira consulta com 60 minutos e retorno com mais de 30 minutos. Outros dois possuem médicos Unicistas; um agenda a primeira consulta com menos de 60 minutos e retorno igual a 30 minutos, e outro agenda a primeira consulta com 60 minutos e retorno com 30 minutos. Já o único município que possui Alternista, agenda a primeira consulta com menos de 60 minutos e retorno com 30 minutos. Em um município, o gestor

desconhece a linha do homeopata, mas a agenda da primeira consulta é de 30 minutos e retorno de 30 minutos também. Existe um gestor que desconhece o modelo da agenda homeopática do serviço e as linhas existentes.



Figura 49- Atenção secundária, modelo de agenda e agendamento nos *Constantes*

Nos três municípios do tipo dos *Constantes* com organização do serviço em níveis primário+secundário, dois realizavam agendamento dos usuários tanto sem encaminhamento como de encaminhados (Figura 50).



Figura 50- Atenção primária e secundária; modelos de agendamento nos *Constantes*

Verificou-se, na Figura 51, o mesmo comportamento nos diferentes modelos de agendamento, para os dois municípios que possuem médicos Unicistas, Alternistas e Complexistas: um agenda a primeira consulta com menos de 60 minutos e retorno com 30 minutos; outro agenda a primeira consulta com 30 minutos e retorno também com 30 minutos; o município que só possui Unicista agenda a primeira consulta com 60 minutos e retorno com 30 minutos.

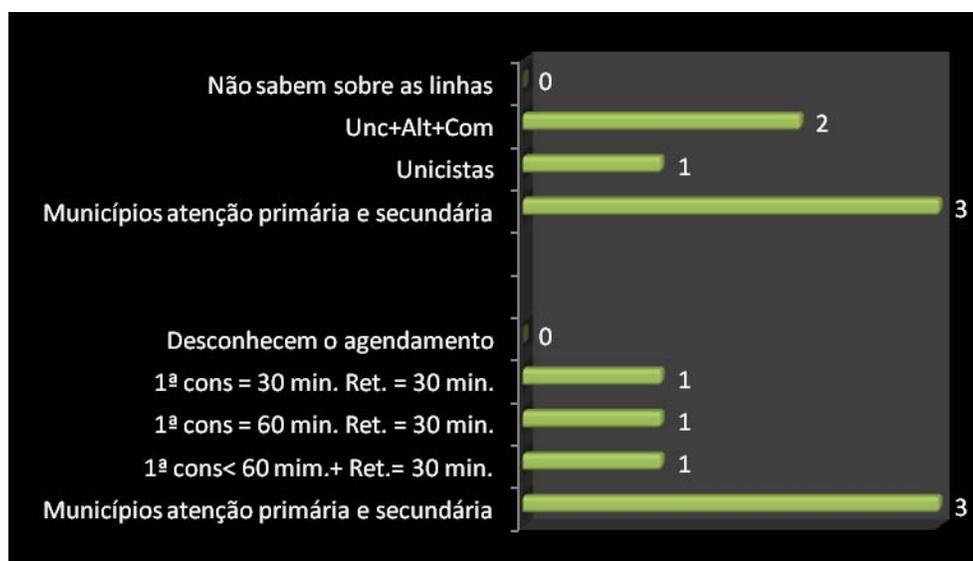


Figura 51- Atenção primária e secundária, modelo de agenda e agendamento nos *Constantes*

Algumas características particulares relacionadas ao agendamento de consultas homeopáticas de cada município são relatadas pelos gestores. Em um município “[...] a própria médica homeopata agenda as consultas no ambulatório de especialidade” (o médico da atenção básica que atende algumas horas no ambulatório de especialidade como homeopata) (*BRA C*). Outro “[...] cada três meses abrimos a agenda e marcamos todos os que estão na lista ninguém fica de fora” (*UTI C*). Um terceiro considera que os encaminhamentos “[...] não necessariamente (deveriam ser feitos) pelo médico, pode ser pela enfermeira, bom, mas alguns médicos dizem que nunca encaminharão” (*PIN C*).

Um gestor apontou uma questão que deve ser semelhante em todos os municípios com médicos Complexistas e perceptível somente àqueles melhor organizados:

Esse é um grande problema, são vários homeopatas e cada um de uma linha diferente. Tinha um médico que só ele usava 40% dos medicamentos, era um Complexista, daí não dá, foi muito caro, aquilo que era para ser mais em conta não é! (CAM C).

Apresentamos, em seguida, as análises com os municípios do tipo dos *Descontínuos*, em relação à organização do serviço. No nível de atenção secundário, nenhum dos gestores soube informar a situação organizacional da homeopatia, enquanto tiveram atendimentos, quer seja sobre as linhas de condução da consulta homeopática, quer seja sobre o modelo de agenda (Figura 52).



Figura 52- Atenção secundária e modelos de agendamento nos *Descontínuos*

No nível de atenção primário+secundário, o município tem o agendamento das consultas na unidade local ou por encaminhamento. O período deixado na agenda para atender uma consulta de primeira vez é menor do que 60 minutos, enquanto os retornos são agendados a cada 30 minutos. O gestor desconhece as linhas homeopáticas utilizadas nas consultas. E ainda esclarece que havia grande demanda para consultas, por atender não só o município, mas toda região: “[...] a homeopatia a partir deste mês deixou de ser referência, deixou de atender a região, fica muito grande a demanda, então preferimos manter somente para o município” (FRA D).

Nos municípios do tipo dos *Tardios* com atenção em homeopatia no nível secundário apenas um município não forneceu informações por estar lotado em ambulatório gerenciado pelo Estado e, aparentemente, sem parceria com o município.

Na Figura 53, identificam-se oito municípios que prestam atendimento homeopático em nível secundário, predomina o agendamento de encaminhados em seis de pequeno porte. Em um de médio porte, mantém-se o agendamento local e encaminhado e em outro, também de médio porte, só local.



Figura 53- Atenção secundária e modelos de agendamento nos *Tardios*

Na Figura 54, observa-se o modelo de agenda dos municípios *Tardios* e as linhas utilizadas pelos homeopatas. Dos dois municípios com médicos Unicistas, um marca primeira consulta com 30 minutos e retorno também com 30 minutos. O outro agenda primeira consulta com menos de 30 minutos e retorno também com menos de 30 minutos. Os dois

municípios com médicos Unicistas e Alternistas agendam a primeira consulta com menos de 60 minutos e retornos com menos de 30 minutos. Os outros quatro gestores desconhecem as linhas utilizadas, enquanto dois gestores desconhecem o modelo de agendamento.



Figura 54- Atenção secundária, modelo de agenda e agendamento nos *Tardios*

III- Fatores que influenciaram na evolução da produção das consultas homeopáticas

Alguns gestores dos municípios entrevistados apontaram como fatores influenciadores na evolução da atenção em homeopatia a boa qualidade da atenção dispensada, os bons resultados apresentados e a relação médico-paciente.

A médica é muito boa, muito atenciosa, nossa [...] todos gostam muito do atendimento dela, e daí foi aumentando o atendimento até três x por semana (BRA C) (crescimento atendimento de 2006-2007).

As pessoas gostarem e acreditarem na homeopatia [...] é muito bom ver as respostas do tratamento. Existe aqui também um médico de licença saúde e dois se aposentaram. Para suprir um, que já aposentou, vamos tirar um da atenção básica (CAM C) (decréscimo atendimento de 2006-2007).

Outro ponto considerado para explicar a evolução na produção de consultas é o reconhecimento dos benefícios da homeopatia pelos médicos da rede básica:

A conscientização da rede básica para a existência do ambulatório (de homeopatia), levando ao crescente referenciamento de pacientes e a progressiva sensibilização dos gestores para a importância da homeopatia (JAC C) (crescimento atendimento 2006-2007).

Um gestor considerou que o aumento da carga horária médica no PSF contribuiu para um maior atendimento homeopático e consequente aumento do registro na produção da atenção. Outros também relacionaram as novas propostas para o modelo de atenção em saúde, centrada na Estratégia Saúde da Família com médico generalista, como responsáveis pela diminuição no registro de produção de consultas homeopáticas, o que não permite identificar que exista o atendimento homeopático no município. Mas as “falas” não condizem com a realidade encontrada da produção de consultas, como se apresentam nos extratos:

As médicas que atendiam em UBS passaram para o PSF e aumentaram a carga horária então aumentou o atendimento em homeopatia (TAS C) (houve crescimento atendimento de 2006-2007).

Houve uma diminuição da atenção de 2002 e 2003 para os demais anos porque um médico saiu da UBS, onde registrava o código da especialidade homeopatia e passou para a USF como médico generalista, onde deve registrar no SIAB as consultas como generalista e não como homeopata (RIP C) (houve crescimento atendimento de 2006-2007).

O gestor do *PIN C* busca melhorar a qualidade da atenção, com um novo entendimento para alguns retornos e para as segundas consultas, considerando que assim terá uma menor produção:

Nossa produção caiu porque ao remodelar o serviço aumentamos o tempo para alguns retornos, chamamos de retornos complexos com 1 hora de atendimento, para 2ª consulta também deixamos 1 hora (PIN C) (houve crescimento atendimento de 2006-2007).

Alguns gestores consideraram o aumento e a diminuição do número de médicos, ou da carga horária médica, como os responsáveis pelo aumento ou diminuição na produção de atendimentos homeopáticos. Um deles, com decréscimo atendimento em 2006-2007, afirmou: “tínhamos dois médicos, um deles se aposentou, assim houve redução do atendimento” (SCS C). Outro, com crescimento do atendimento em 2006-2007, teve: “aumento do número de médicos com formação em homeopatia aderindo ao programa” (SJR C).

Outros gestores: “existem hoje dois médicos atuando, deve ter mais algum na rede, quando eles percebem que dá para usar homeopatia já usam e fica assim” (SAA C) (crescimento atendimento de 2006-2007).

Era um médico, depois veio outro, teve o concurso, os dois foram contratados, um fica três dias na semana no ambulatório de especialidades e vai fazendo (atendimento homeopático) para alguns pacientes que ele acha que precisa e que a mãe é atendida na USF e o outro (médico) faz o mesmo na USF (FRA D) (crescimento atendimento de 2006-2007).

Discussão Parcial

A tipologia dos *Constantes* possui o maior número de municípios em nível primário de atenção e, quando se considera o fato de serem na maioria municípios de médio porte, conclui-se que os médicos homeopatas distribuídos da rede básica de atenção pode ser pequeno. Percebeu-se que alguns municípios atenderam esporadicamente com homeopatia os casos específicos em que acreditaram ter indicação. Outros municípios não mantêm o médico em todos os períodos da semana e sim em um ou dois períodos, o que sugere que o atendimento prestado na atenção primária foi iniciativa e vontade do médico homeopata, existindo o consentimento do gestor para tal, sem planejamento e/ou organização do serviço.

Não se reconheceu nitidamente a existência de demanda reprimida, e sim o predomínio de oferta suficiente, principalmente para os municípios que possuem maior número de médicos. No entanto, 50% dos gestores entrevistados afirmaram não ter demanda para o atendimento homeopático ou não souberam responder.

Quanto à redução da procura pelas demais especialidades alopáticas depois da implantação da homeopatia, constatou-se que na maioria dos municípios o número de atendimentos é insuficiente para alterar o fluxo de usuários para as outras especialidades médicas. Alguns gestores, embora tenham percebido as principais patologias que são encaminhadas para a homeopatia, não evidenciaram se houve declínio dos encaminhamentos das mesmas para a alopatia.

Ao analisar o modelo de agenda da homeopatia nesses municípios, verificou-se que a maioria apresenta marcação de consulta na própria unidade de saúde, mediante solicitação do usuário. Quanto ao agendamento de consultas, observou-se a inexistência de um padrão predominante que venha justificar a linha utilizada. E diferentemente do esperado os Unicistas não demandaram mais tempo para a consulta, em relação aos Alternistas e Complexistas. Em apenas um município dos *Constantes*, existem Unicistas e Complexistas atuando no mesmo serviço. O gestor percebe a diferença do atendimento, principalmente na utilização de um número maior de medicamentos pelos Complexistas, o que leva a um maior custo, quando comparado com os Unicistas.

Também na tipologia *Constantes*, mais de 50% dos gestores dos municípios que prestam atendimento homeopático em nível primário desconhecem o modo de agendamento e a linha homeopática utilizada pelos médicos do serviço. Isso identifica, mais uma vez, o desconhecimento sobre a racionalidade médica homeopática.

A oferta da homeopatia em nível secundário, nos *Constantes*, parece ser mais bem organizada, possuem maior número de médicos e o agendamento predominante é para os usuários encaminhados da rede por médicos ou outros profissionais. O tempo para as consultas e retornos não segue qualquer padrão específico por linha da homeopatia. Quanto à percepção dos gestores sobre a demanda, predominaram a demanda reprimida e a oferta adequada à demanda. Entretanto, a produção de atendimentos ainda não foi suficiente para

promover alterações no fluxo de procura por consultas, nas demais especialidades da biomedicina.

Aqueles municípios do tipo dos *Constantes* que mantêm atendimento nos níveis primário e secundário da atenção são em número reduzido, mas mantêm médicos durante todos os períodos da semana e não apresentam demanda reprimida. Os gestores reconheceram os tipos de encaminhamentos e apresentaram sugestões para continuidade e implementação dos serviços. Sem, contudo, contribuir para modificações na demanda para as especialidades alopáticas. Não existe um padrão para a marcação de consultas e retornos e um município convive com Unicistas, Alternistas e Complexistas na atenção. O gestor reconheceu que os Complexistas utilizam maior número de medicamentos e demonstrou sua preocupação com a inviabilidade do serviço, pois seu encarecimento contraria a proposta das Práticas Integrativas e Complementares.

Na tipologia dos *Descontínuos*, só se apresenta ativo um município, cuja atenção está em nível primário e secundário. Os demais municípios prestaram atendimento em algum momento do período estudado e seus relatos não foram suficientes para acrescentar nenhum novo conteúdo a este trabalho. No único município que mantém o atendimento, estão dois médicos e o gestor desconhece a linha homeopática utilizada. O tempo agendado é igual para os dois profissionais. A demanda era reprimida por atender a região, então o atendimento foi limitado apenas ao município e não apresenta indicativo de modificação da demanda para outras especialidades.

Os municípios do tipo dos *Tardios* prestaram atendimento em nível secundário de atenção, possuem médicos em menos do que cinco períodos na semana e, em relação à demanda, 50% deles a consideraram reprimida. Nesta tipologia, foi percebida a modificação do fluxo de consultas para as especialidades da biomedicina, principalmente nas cidades de pequeno porte. O agendamento predominante é dos usuários encaminhados, geralmente portadores de patologias crônicas, principalmente respiratórias. O modo de marcação de consultas também é diverso e independe da linha homeopática utilizada. Um gestor mantém Unicistas e Alternistas no serviço e não menciona dificuldades, enquanto aproximadamente 50% dos gestores desconhecem as linhas utilizadas. Um gestor

mencionou ainda a descrença dos alopatas quanto à racionalidade médica homeopática, como fator do não encaminhamento.

Pontos críticos de divergências entre os gestores e homeopatas continuam mostrando-se presentes: o grande período para o atendimento das consultas homeopáticas levando a uma menor produção de consultas; o empenho dos gestores para atender o máximo da demanda possível e impedir as “filas”; os homeopatas atendendo menos que os demais profissionais. Entretanto, existe a perspectiva de que em médio e longo prazo reduza-se o fluxo de consultas para as outras especialidades médicas.

A percepção dos benefícios da homeopatia poderá ser evidente à medida que o gestor e toda sociedade venham conhecer a racionalidade homeopática e então requeiram investimentos para a sua estruturação na rede pública de serviços à saúde, modificando a situação de descrença e desconhecimento em que se encontra hoje a homeopatia, conforme verificado neste trabalho.

São destaques, entre os fatores influenciadores para o crescimento do número de consultas homeopáticas: o encaminhamento de indivíduos com doenças crônicas e recorrentes, realizado pelos médicos alopatas e outros profissionais, para o atendimento homeopático; o relacionamento médico-paciente, uma vez que a estrutura da anamnese proporciona e estimula “o contar de si”, o “autoconhecimento” e a reflexão sobre os “modos de viver”, pois o médico homeopata é um bom “escutador”, atento e observador para cuidar, conforme os princípios da sua racionalidade médica.

A saída e a aposentadoria de médicos homeopatas, que ficaram sem reposição, colaboraram para a diminuição da produção de consultas nos diferentes municípios. Sabe-se que os diversos tipos de sociedade produzem diferentes sistemas médicos e comportamentos distintos com relação à saúde e à doença, conforme a sua ideologia dominante. Seja qual for o tipo de sociedade, o sistema médico não apenas reflete esses valores e ideologias básicas, como também contribui para a definição de seus contornos e para sua manutenção (Helman, 2003).

Apesar de os gestores e os usuários não terem a compreensão da racionalidade médica homeopática, pois ela ainda se mantém à margem da atenção em saúde no SUS e permanece restrita aos consultórios particulares. Considera-se que a homeopatia é fundamental para a construção de um modelo de cuidado de saúde integral para o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O olhar para a história da saúde deixa ver que, após sucessivos movimentos e tentativas, a criação do SUS foi a primeira ferramenta legitimada por lei, para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal, conquista para toda a sociedade brasileira, direito básico, enquanto bem inalienável, de provisão do Estado. A Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou o Sistema Único de Saúde e estabeleceu como princípio um sistema unificado e descentralizado, em que cada município deve ter autonomia para dirigir seus recursos, com financiamento nas três esferas do governo, seguindo as diretrizes da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde.

Ao se considerar a existência de articulação entre a racionalidade biomédica, presente em todo o sistema de serviços, e a racionalidade médica homeopática, percebe-se que ela jamais ocorreu sem conflitos, desde a inserção da homeopatia no Brasil, em 1843. Esta relação deixa ver as bases da constituição da hegemonia biomédica, por meio de registros históricos e sociológicos.

A medicina do século XIX, com a valorização das explicações bacteriológicas, traz a unicausalidade biológica como certeza, num modelo teórico explicativo para a época. Contudo, esse modelo satisfatório para as doenças agudas passou a ser questionado e substituído por outro, baseado na multicausalidade das doenças e nos fatores de risco. Essas teorias multicausais ampliaram o olhar, tornando as variáveis sociais e psíquicas fortes determinantes do processo da saúde e do adoecimento.

A análise de Campos (1994) sobre a clínica aplicada à Saúde Pública identifica o seu caráter ritual, com tendência a medicalizar tanto a saúde como a doença, existindo o predomínio de procedimentos de interesse econômico, sem disposição para lutar contra o sofrimento, a dor, a doença e a morte. Em outros termos, uma prática fragmentada que tecnifica o cuidado, mecanicista, invasiva, restrita aos sintomas com dedicação de um tempo cada vez mais curto ao indivíduo, levando à desumanização da atenção, contrariando a Constituição Federal Brasileira de 1988 e as diretrizes do SUS.

Numa reflexão sobre a racionalidade médica homeopática e sua atuação na clínica, entende-se uma clínica ampliada, que em relação ao ponto de vista de Onocko (2003), é tida como a verdadeira clínica onde a doença não toma o lugar do sujeito, pois a

doença entra na vida do sujeito e faz parte dos saberes, tanto que o social e o subjetivo colaboram para a enfermidade.

Hahnemann (1984) já verificava a importância da integralidade individual para o restabelecimento da saúde:

Como auxílio da cura servem ao médico os dados detalhados da causa ocasional mais provável da doença aguda, bem como os momentos mais significativos na história inteira da doença crônica, [...] no que se deve considerar a constituição física visível do paciente (especialmente do paciente crônico), seu caráter moral e intelectual, suas ocupações, seu modo de vida e hábitos, suas condições sociais e domésticas, sua idade e função sexual etc (Hahnemann, 1984, p.5).

Assim é preciso valorizar as subjetividades individuais associadas a cultura e inter-culturalidade e os fatores históricos e sociais como responsáveis pela noção da saúde e doença, e também influenciadores no desenvolvimento das diversas racionalidades médicas nas diferentes sociedades. No Brasil, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, foi um marco importante, pois as práticas complementares possuem saberes e técnicas voltadas para a promoção da saúde, com a lógica integrativa que combina as práticas com qualidade, segurança e efetividade. Nos países pobres, as Medicinas Alternativas e Complementares respondem por grande parte do cuidado, tanto pelas crenças, costumes e cultura, como pela facilidade de acesso e alto custo da biomedicina. Nos países ricos, aumenta a procura por uma medicina complementar que possibilite a melhora na qualidade de vida, ao mesmo tempo em que crescem as pesquisas sobre o tema (WHO, 2002).

O pressuposto deste estudo foi de que a homeopatia já estivesse implantada e implementada nos serviços de saúde pública dos municípios de São Paulo, contudo demonstrou-se que a oferta da atenção em homeopatia, nos municípios, teve comportamentos diversos. Houve tendência ao crescimento da atenção de 2000-2007, enquanto no período de 2006 – 2007 houve diminuição dos atendimentos, apesar da publicação da PNPIC em 2006.

Observaram-se ainda a existência de três tipos de municípios, segundo a produção de consultas: *Constantes* (aqueles municípios que mantiveram o atendimento durante todo o período), *Descontínuos* (aqueles que encerraram ou interromperam a atenção no período) e *Tardios* (aqueles que iniciaram a atenção após 2001 até 2007). Entre os municípios que fizeram parte dos *Constantes*, predominaram os de médio porte, a maioria dos de grande porte que se apresentaram no estudo e uma minoria de pequeno porte. Esses últimos juntamente com os de médio porte tiveram diminuição na atenção em homeopatia no período, já os de grande porte tiveram crescimento da atenção.

A maior concentração territorial desses municípios está na região sudeste do Estado de São Paulo, onde se localizam as cidades mais populosas, com maior desenvolvimento tecnológico, médico e científico. A área também concentra as maiores universidades do Estado e diversificadas opções para o trabalho (Apêndice 3), ficando os outros municípios dispersos no restante do território estadual.

Nos *Descontínuos*, estão os municípios de pequeno e médio porte nos quais houve o decréscimo da atenção em homeopatia. Verificou-se que o encerramento da atenção independe do número de habitantes, pois tanto aqueles com mais de 50.000 habitantes, como os de menos de 10.000 habitantes encerram o atendimento.

Nos *Tardios*, estiveram os municípios de pequeno porte com mais de 20.000 habitantes e de médio porte e a produção da atenção em homeopatia aumentou por inclusão de municípios de 2000 a 2007 que passaram a atender com homeopatia e não por crescimento do atendimento.

Os municípios de grande porte foram os responsáveis pelo crescimento da atenção em homeopatia. Isso ocorreu, possivelmente, por: serem possuidores de maior recurso financeiro e apresentarem uma rede de atenção básica com melhor estrutura; atraírem médicos de todas as especialidades e terem condições para contratação de homeopatas; possuírem os atrativos dos grandes centros comerciais, tecnológicos e de lazer, bem como instituições de ensino médico, que são referências para os níveis terciários de atenção.

Como foi destacado na história da homeopatia no Brasil, o movimento para a inclusão da homeopatia na rede pública sempre dependeu de iniciativas individuais de alguns médicos homeopatas. Contudo, para que um novo atendimento médico homeopático seja ofertado no Sistema Único de Saúde de um município, é necessário estar inserido no planejamento dos serviços de saúde, ser operacionalizada a inclusão desse atendimento com o profissional específico, ter os recursos materiais e a área física adequados para possibilitar o trabalho. Além disso, é necessário o envolvimento dos gestores locais, centrais, dos Conselhos de Saúde e/ou dos demais níveis de governo, a exemplo do que ocorreu no município de Juiz de Fora, em Minas Gerais (Estrela, 2006).

Neste estudo reafirmou-se o fato de que os homeopatas contratados para atuar com a racionalidade biomédica iniciaram atendimentos com homeopatia, para aqueles pacientes com doenças crônicas, alérgicas e cujos sintomas não faziam parte de patologias que a biomedicina conseguisse diagnosticar. Assim, os homeopatas da rede de atenção à saúde nos municípios estudados foram os facilitadores para a implantação, a manutenção e até para a implementação da homeopatia, nas três tipologias estudadas.

Os gestores dos municípios do tipo dos *Constantes* consideraram a demanda como caracterizadora da necessidade de ser implementada a atenção; os *Descontínuos* relataram a ação do gestor para regulamentar a contratação do homeopata e realizar concurso, como gesto facilitador para a implementação. E os *Tardios* tiveram os Conselhos Municipais de Saúde e os gestores envolvidos, bem como serviços de referência já estruturados com o atendimento homeopático, o baixo custo dos medicamentos e a diminuição da busca por especialidades da biomedicina, como facilitadores da implementação da atenção em homeopatia.

Os municípios que mantiveram a atenção em homeopatia centrada somente nos atendimentos por iniciativa dos médicos, sem quaisquer investimentos e envolvimento do gestor, como ocorreu nos *Descontínuos*, evoluíram para o encerramento. Mais do que isso, percebeu-se pelas “falas” desconsideração e desvalorização para com este tipo de atenção.

Os gestores elencaram a falta de farmácia homeopática própria, no município, para manipulação de medicamentos e a indisponibilidade de medicamentos homeopáticos, na rede como fatores dificultadores para a implementação da atenção em homeopatia.

Tal quadro é agravado, sobretudo, pela grande variedade de medicamentos homeopáticos e pela diversidade das potências. Os municípios optam por contrato com farmácias homeopáticas privadas, mediante processo licitatório com limite de preços e, então, o usuário do serviço retira seu medicamento por meio de receita em duas vias. Mas, para os municípios de grande porte, não pareceu ser uma boa estratégia, já que necessitariam de farmácias contratadas por região.

Também desviam a atenção do gestor do atendimento homeopático e se tornam dificultadores para a implementação da homeopatia: a necessidade de investir na Estratégia Saúde da Família (ESF), a busca da população pelo atendimento hospitalar e a lógica dos serviços centrada na produção. Mais uma vez, fica demonstrada a hegemonia da biomedicina, com raízes profundas na cultura hospitalar, na queixa – conduta, no imediatismo, na tecnologia para diagnósticos e no alto custo, trazendo dificuldades no pensar e operacionalizar a ESF. Como exclamaram os gestores, “é difícil implantar o novo”, é difícil organizar serviços e fixar médicos em cidades de pequeno porte.

A contratação de homeopatas também representou dificuldades para os municípios que tiveram apoio do gestor e criaram cargo para homeopatas, principalmente por não se apresentarem médicos homeopatas interessados nos concursos. Nesse caso, vale ressaltar a realidade deste século XXI, em que se formam menos homeopatas. A pequena contratação pelos serviços públicos e o inviável credenciamento em empresas médicas privadas, causado pelos baixos honorários, podem representar os fatores que desestimulam os médicos a se especializarem em homeopatia.

Para reorganizar a atenção em homeopatia, os gestores constataram a necessidade de organizar a distribuição de medicamentos, de contratar homeopatas e de expandir o atendimento para a rede básica. Isso demonstra que seria adequado ofertar a possibilidade de especialização para os médicos da saúde da família, nesse caso em homeopatia, conforme especificado na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Não parece ser imprescindível aos municípios uma Legislação Municipal que regulamente a implementação da homeopatia, pois apenas três municípios, dentre os 42 estudados, possuem uma legislação e apenas um considera a sua necessidade, para que a

atenção não seja um “ato isolado” dos homeopatas da rede. Os gestores não relacionaram a legislação como uma garantia da continuidade da atenção, mesmo com a mudança de gestão.

O desconhecimento do gestor sobre a racionalidade médica homeopática pode ter contribuído para a não implementação e regulamentação da atenção. Em outros termos, o desconhecimento dos benefícios aos usuários dos serviços de saúde de seu município, da redução do custo com o atendimento homeopático, da abordagem integral do ser e da capacidade do homeopata em tratar com as queixas para as quais a biomedicina não estabelece diagnósticos e possui poucos recursos.

Os gestores também não demonstraram conhecer totalmente o conteúdo da PNPIC, alguns nem sabem a sua existência e, assim, não puderam ou não souberam utilizá-la favoravelmente para implementação e/ou manutenção da atenção em homeopatia.

O Ministério da Saúde vem publicando, ano após ano, documentos (estratégias, pactos, programas e diretrizes) que apontam caminhos para efetivação do SUS, mas em nenhum deles existem citações ou referência às Práticas Integrativas e Complementares e tampouco à Política que regulamenta essas práticas no SUS. As Práticas Integrativas e Complementares não estão inseridas no Pacto pela Saúde, composto por três documentos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (Brasil, 2006) e tampouco nas Leis de Diretrizes Orçamentárias ou nas Normas Operacionais Básicas, tornando-se assim uma política isolada, pouco conhecida e de pouca influência. O Pacto pela Saúde, documento importante que vem sofrendo atualizações conforme realidade social, prevalência das doenças e causas de mortalidade, dispõe sobre as estratégias para o fortalecimento da atenção básica, dentre elas o oferecimento de cursos de especialização para profissionais, o que vem reforçar a possibilidade de ofertar a especialização em homeopatia, uma vez que a importância das práticas integrativas e complementares para a atenção básica de saúde, já vem sendo discutida nas Conferências de Saúde em vários anos seguidos.

Esses fatores associados à precariedade da divulgação da atenção em homeopatia existente nos serviços de saúde parecem ser potentes dificultadores para a implementação dos serviços. O desconhecimento da racionalidade médica homeopática e

da existência desse tipo de atenção, tanto por parte dos médicos alopatas que fazem parte da rede de saúde do município, como dos usuários dos serviços e dos Conselhos de Saúde, levam à desvalorização e a não percepção dos benefícios da homeopatia.

Poucos foram os municípios que mantiveram a atenção homeopática ou a implementaram com o apoio do gestor conhecedor da racionalidade médica homeopática e da PNPIC. Ficou evidente na pesquisa que o apoio do gestor foi fundamental para implementação, manutenção da atenção implantada e concurso para médico homeopata.

Em contrapartida, os usuários que experimentaram esse tipo de atenção e que deixaram de recebê-la, pelas diferentes situações relatadas nas entrevistas, mantiveram-se imobilizados, mesmo com a disponibilidade da participação e controle social por meio dos Conselhos Municipais de Saúde. Ainda que, os Conselhos não se “empoderaram” de suas atribuições e são mantidos submissos aos gestores da saúde ou adquirem posturas clientelísticas.

As iniciativas de homeopatas para a implantação da homeopatia no SUS ficam na dependência de outras forças presentes no campo, como a demanda social, a simpatia e o conhecimento da racionalidade médica homeopática, bem como da PNPIC, por parte do gestor, para acolhê-los, apoiar e viabilizar medidas para implementar tal prática.

Conforme se observa nos resultados das entrevistas, o pouco conhecimento sobre a prática da medicina homeopática, por parte de alguns gestores, a pequena utilização dos serviços de homeopatia, por parte dos usuários, bem como a necessidade de adequar os serviços ao modelo Estratégia Saúde da Família vêm contribuindo para a não implementação da homeopatia, nos serviços públicos de saúde. Entretanto, aqueles poucos gestores que já tiveram alguma percepção dos benefícios da racionalidade médica homeopática, como a atenção integral, a satisfação do usuário, o baixo custo e a diminuição da demanda para as demais especialidades, têm incentivado o seu uso.

Vários fatores fazem recordar Campos (1994) que discutiu sobre a impossibilidade de abalar a hegemonia das classes dominantes e o poder de Estado, sem a existência e o apoio de movimentos multicêntricos de milhões de pessoas e sobre a necessidade de construção de um saber crítico que negue o determinismo absoluto do geral

sobre o particular, do econômico e do político sobre as instituições e dessas sobre as pessoas e os grupos. Esse saber crítico só é possível com conhecimento e vivência de muitos indivíduos e não apenas de pequenos “nichos”. Entende-se, então, que a homeopatia ofertada no serviço público é pouco utilizada e as escolhas pelas racionalidades médicas são realizadas sem consciência do que isso possa representar para a construção de um estilo de vida autônomo e saudável.

Outro fator é a importância que os médicos e seu saber fazer têm neste Sistema de Saúde Pública. Uma vez que esse profissional é respeitado por todos, poucos ousam contradizê-lo e o “poder curar”, de certa forma, inibe a sociedade organizada e os movimentos populares de manifestarem o desejo de outra racionalidade médica que possa vir contrariar a postura do médico alopata.

Ao se estudar o modelo da atenção homeopática estruturado nos municípios, evidenciou-se grande variedade de alternativas e a não existência de predomínio da atenção em um determinado nível. Aqueles municípios, porém, que prestam atendimento no nível secundário de atenção demonstraram-se mais bem estruturados e contaram com o apoio do gestor. Os períodos destinados a consultas e retornos variaram muito, menos de 30 a 60 minutos, independentemente da linha homeopática utilizada. Embora se esperasse que os Unicistas tivessem um período maior para o atendimento do que as demais linhas, e, por conseguinte atendessem um número menor de consultas, mas prescreveriam apenas um medicamento.

Os colaboradores para o aumento do atendimento homeopático foram percebidos e apontados pelos gestores como: a boa relação médico-paciente, a boa qualidade da atenção dispensada, o reconhecimento dos benefícios do tratamento, o aumento da carga horária do médico, quando inserido no Programa de Saúde da Família (PSF) e o aumento de médicos homeopatas no serviço. Porém, a crença na demora do resultado efetivo do tratamento homeopático interfere para diminuir a busca por esta prática médica, o que contribui para o decréscimo da produção de consultas. Também o menor número de médicos, por exoneração do serviço ou por mudança da área de atuação e a não uniformidade no registro do código de atendimento levam à redução da produção de consultas.

Ao se pensar a homeopatia no SUS, tem-se a compreensão generalista da assistência médica homeopática como colaboradora para a otimização dos recursos disponíveis, como contribuidora para a maior abrangência das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde da população brasileira. Então, numa ação conjunta entre Ministério da Saúde, Estados, Municípios e Instituições representativas da prática e do saber homeopático certamente se promoveria a assistência homeopática segura e de qualidade aos usuários do SUS.

Esta prática clínica integral com terapêutica individualizada, que tanto traz benefícios aos indivíduos, como mais uma possibilidade terapêutica, ainda é possível para poucos no SUS. O Ministério da Saúde, com o apoio de grupos e instituições, publicou a PNPIC, mas ela permanece desconhecida para os gestores da saúde, que, ao serem substituídos por outros a cada quatro anos, conforme o estatuto de governo, introduzem novos serviços, com outros objetivos e com intenção de deixar sua marca no município ou Estado. Neste estudo, ficou claro que a grande preocupação dos gestores é implantar a ESF, prioridade nacional para a promoção da saúde, e, por desconhecerem a racionalidade médica homeopática, não percebem a possibilidade de inseri-la nessa estratégia.

Sabe-se que a incorporação de práticas não convencionais nos sistemas nacionais de saúde, com novas concepções do processo saúde-doença e cura, são absorvidas pelas instituições médicas dependendo da conjuntura política, dos governos centrais ou locais, da demanda social e da pressão política em seu favor. Sabe-se, ainda, que as pressões exercidas por meios de difusão de massa ou movimentos sociais geram contrapressões das corporações profissionais, constituindo os embates dos diferentes campos sociais de conhecimento. Dessa forma, a ampliação da PNPIC é a única maneira de efetivar a oferta da Homeopatia no SUS, em todos os municípios brasileiros, pois, conforme afirma Barros (2006), a Política “tira da sombra e promove a inclusão de práticas de cuidado subsumidas no discurso e ação dominadora do complexo mercado de produtos e serviços da racionalidade biomédica”.

A desconsideração do papel dos Conselhos Municipais de Saúde tornou-se evidente no estudo. Verifica-se, assim, a necessidade de formação e capacitação de conselheiros, conforme descrito na Lei número 8142, informando-os sobre os Programas,

Pactos e Políticas publicadas pelo Ministério, em especial sobre a PNPIC e sobre as diferentes racionalidades médicas que poderão ser utilizadas como complementares nos tratamentos de saúde.

Para que a homeopatia possa interferir positivamente na saúde da população brasileira é necessário que esteja inserida na atenção primária à saúde, que faça parte, como as demais políticas, dos Pactos para a Saúde. É imprescindível uma equipe responsável pela implementação das Práticas Integrativas e Complementares, em nível de Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que também leve o saber sobre a racionalidade médica homeopática e a PNPIC aos Conselhos de Secretários da Saúde e tenha papel de sustentação e apoio para a implementação da homeopatia e demais práticas integrativas nos serviços municipais de saúde. É necessário também o estabelecimento do financiamento para implementação das ações numa pactuação de responsabilidade com Estado e Municípios.

Mais ainda, o estudo desencadeia questionamentos para diferentes setores relacionados ao desenvolvimento da homeopatia no Brasil. Em primeiro lugar, além de reconhecer a importância da ação inclusiva do governo brasileiro, é necessário questionar sobre o cronograma de ações referentes aos próximos passos de desenvolvimento da PNPIC. Em segundo lugar, destaca-se que as instituições representantes da homeopatia no Brasil não se mobilizaram para ocupar o espaço aberto pelas autoridades de saúde e, por isso, é fundamental inquiri-las sobre quais os seus planos de mobilização, sobretudo, porque o projeto profissional da homeopatia ligada ao setor privado parece estar com os dias contados.

Todavia o que se pode afirmar é que, nos municípios do Estado de São Paulo, os fatores influenciadores, encontrados neste estudo, estão diretamente relacionados às realidades locais ou regionais, ou seja, os fatores explicativos das variações em cada município parecem associados aos interesses corporativos de categorias profissionais, às pressões de grupos políticos e à falta de organização de setores das municipalidades que gostariam de ter acesso à homeopatia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida ES de, Chioro A, Zione F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e SUS. In Westphal MF, Almeida ES de. (Org.). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo, Edusp: 2001.

Associação Médica Homeopática Brasileira. **Conselho de Entidades Formadoras (formadoras cadastradas na AMHB)** www.amhb.org.br Acessado em 31/03/2005.

Bardin L. **Análise de Conteúdo**. Traduzido por Luís A. Reto & Augusto Pereira. 3ª Ed. Lisboa/ Portugal: Edições 70, Ltda, 2004, p. 15-44, p. 117-131.

Barros N F. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: CANESQUI, A. M. **Org. Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000, p. 201-216.

Barros NF, Tovey P, Adams J. Investigações Qualitativas em Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas. In Barros NF, Cecatti JG, Turato ER. **Pesquisa Qualitativa Saúde: Múltiplos Olhares**. Campinas: Unicamp; 2005. p. 219-231.

Barros N F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.11 no. 3 Rio de Janeiro July/Sept. 2006.

Barros NF, GALHARDI WMP. National Policy Integrative and Complementary Practices in the Brazilian Health System: steps towards the expansion of homeopathy. **Homeopathy: The Journal of the Faculty of Homeopathy**. London, 97 (3): 53, January – 2008

Bergel R. Doses mínimas. In: **Compêndio de Homeopatia**, vol I, São Paulo: Editora Robe, 1995, p. 71-93.

Bonnewitz P. **Primeiras lições sobre a Sociologia de P. Bourdieu**. Trad. Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2003. 77 p.

Brasil. **Constituição Federal Brasileira**. Título VIII – Da Ordem Social; Capítulo II – Seção II, Da Saúde – Artigos 196; 197; 198 (parágrafo único – EC 29); 200. 1988.

Brasil. **Lei N° 8080 Regulamenta o SUS**, <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>, 19 de setembro de 1990.

Acesso em setembro de 2009.

Brasil. **Lei N° 8142, 28 de dezembro de 1990. Participação Social na Gestão do SUS**. <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso setembro de 2009.

Brasil. Sistema Único de Saúde: **Constituição Federal Seção II, Lei Orgânica da Saúde n° 8080, Lei n° 8142, Decreto n° 99.438. 3**. Ed. Porto Alegre: CONASEMS, 1992. 24p. (Publicações Técnicas).

Brasil. Ministério da Saúde. **O SUS e o Controle Social – guia de referência para Conselheiros Municipais**. Coordenação de Informações, Educação e Comunicação, Brasília, 1998, 08 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**, 1ª Ed. Brasília; 2006. 92 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Portaria N° 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006, <www.saude.gov.br>. Acesso em fevereiro de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2º ed. Brasília; 2006. 74 p.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. **Procedimentos Ambulatoriais**. <www.datasus.gov.br> Acesso: fev. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso. **Informe da Atenção Básica Nº 53**. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. ISSN 1806-1192. Ano IX, julho/agosto de 2009.

Cairo N. **Guia de Medicina Homeopática**. São Paulo: Livraria Teixeira; 1987 p. 5-109.

Campello MF. **Relação Médico-Paciente na Homeopatia: Convergência de Representações e Prática**. Dissertação de Mestrado do Instituto de Medicina Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

Campos GW de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas o caso da saúde. In: Cecílio LCO. **Inventado a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. 333 p.

Canesqui AM. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In Alves PC, Minayo MCS. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1994, p. 13 -32.

Canesqui AM. Ciências Sociais e Saúde no Ensino Médico. In: Canesqui AM. **Saúde em Debate – Série Didática**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000, p. 25-44.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. **Os sentidos da integralidade e equidade na atenção em saúde e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. UERJ. IMS: ABRASCO, 2001, p. 113-126.

Comissão de Saúde Pública da Associação Médica Homeopática Brasileira; **Ecos de Brasília: 1º Fórum Nacional de Homeopatia: A Homeopatia que queremos implantar no SUS**. In: **Informativo Homeopático**, Órgão Informativo da Associação Médica Homeopática de Minas Gerais (AMHMG), ano XIII, número 29, maio a julho de 2004. 3 p.

XI Conferência Nacional de Saúde 15 – 19 dezembro 2000, Brasília. **Dados do Relatório final**. Disponível em: <http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/Mat16CNS.html>. Acesso em 17 junho 2004.

XII Conferência Nacional de Saúde, 07 - 11 dezembro 2003, Brasília. **Relatório sobre inclusão Homeopatia SUS.** Comissão de Saúde Pública AMHB. Disponíveis em: Web Portal System, <http://www.amhb.org.br/nuke/modules.php?name=Comissão&file=print&sid=193>. Acesso em 17 junho, 2004.

Eizayaga FX. **Tratado de Medicina Homeopática**, Livraria Teixeira, Bueno Aires, junho de 1972. 314 p.

Eizayaga J. **Homeopatia em la Universidad.** www.elhomeopatico.com.ar/Anteriores/N9_en_la_Universidad.htm Acesso: 2005.

Elman C. **Explanatory Typologies in Qualitative Analysis.** <<http://wjh.harvard.edu/Elman%20Paper.pdf>>. Acessado: setembro, 2010.

Estrela WL. **Integralidade no Cuidado nas Medicinas Naturais: a resposta dos usuários ao medicamento homeopático.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ); 2006.

Feuerwerker LCM. e Sena de R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida, M.; Feuerwerker LCM, Llanos MC. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina, teoria e prática de um movimento de mudança.** S. Paulo: Ed. Hucitec Ltda, 1999, p. 47-88.

Fernandes F, Cohn G. **Max Weber.** 7ª Edição. 5ª Impressão. São Paulo: Editora Ática, 2003, p. 115 – 122.

Ferreira ABH. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira; 1986. p.1679 e 1680.

Ferreira ABH. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 3ª edição Curitiba: Positivo, 2004, p.1078.

Focult M. **O nascimento da clínica.** Trad. Roberto Machado. Ed. Forense Universitária (6ª ed.). Rio de Janeiro, 2004.

Freitas J de F. **História da Homeopatia na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO**. Associação Médica Homeopática do Brasil. Acesso www.amhb.gov.br 2005.

Galhardi WMP. **A Formação do Médico Homeopata na Faculdade de Medicina de Jundiaí: uma prática de ensino no SUS**. Dissertação de Mestrado. Faculdade Ciências Médicas – Unicamp. Campinas (SP); 2005.

Galhardi WMP, Barros NF. O ensino da homeopatia e a prática no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Interface: comunicação saúde educação**. Fundação Uni/UNESP. abr.junho 2008; 12 (25): 247-266.

Garnelo L, Langdon J. A Antropologia e a reformulação das prática sanitárias na atenção básica à saúde. In Minayo MCS, organizador. **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América latina**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 133-156.

Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. In: **Saúde e Sociedade**. Maio-agosto, 2004; 13 (2): 20-31.

Gramcko A.A. **Hahnemann y su Tiempo**, Gac. Homeopatica de Caracas. 2001, 9 (1) p. 22-24.

Hahnemann CFS. **Exposição da Doutrina Homeopática ou Organon da Arte de Curar**. Tradução 6ª edição alemã, 2ª edição brasileira, G.E.H.P. “Benoit Mure”, SP. 1984, 165 p.

Hahnemann CFS.. **Doenças crônicas (matéria médica)**. Escrito em 1755-1843. Traduzido por Tarcizio de Freitas Bazilio. São Paulo: Editorial Homeopática Brasileira, 1998. v.1, v2, 1028 p.

Hahnemann CFS. **Doenças Crônicas - sua natureza peculiar e sua cura homeopática**. Tradução da segunda edição alemã, 1835. Quinta edição brasileira, G.E.H.S.P. “Benoit Mure”, 1999. 188 p.

Helman CG. org. Abrangência da Antropologia Médica. In: Heilang CG. org. **Cultura, Saúde & Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2003. p. 11-24.

Ibáñez N, Marsiglia R. Medicina e Saúde: um enfoque histórico. In: Canesqui AM. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p. 49-74.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Brasil em Síntese, www.ibge.gov.br, acesso em abril de 2010. Brasil.

Japiassu H, Marcondes D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar; 1996.

Lacerda A, Valla V. Homeopatia e Apoio Social: repensando as Práticas de Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007, p. 171-194.

Laplantine F, Rabeyron, PL. **Medicinas paralelas**. Trad. Vasques, R. A . Ed. Brasiliense; 1987. p. 32-64.

Leite SN, Vasconclo MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Rev. História, Ciências, Saúde**. jan.-mar. 2006; v.13 (1): 113-128.

Lévay E. **Bento Mure e Thomaz Cocchrane: dois apóstolos da homeopatia no Brasil**. www.ts.sp.gov.br/museu. Portal do Tribunal da Justiça/SP, 2004.

Lüke M, André MEDA. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária; 1986. p. 18-52.

Luz HS. **Racionalidades médicas: a medicina homeopática**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1993. (Série Estudos em saúde coletiva, n. 64).

Luz, HS. O Conselho de Entidades Formadoras de Especialistas em Homeopatia, suas Metas e Perspectivas- **Revista de Homeopatia da AMHB**, p.113-118. Nº3 Dezembro de 1999.

Luz MT. Estratégia de Hegemonia e Análise Política de Instituições. In: LUZ. M. T. **As Instituições Médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 3º edição, 1986.

Luz MT. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. In: CAMARGO Jr., K. R. de **Racionalidades Médicas: A Medicina Ocidental Contemporânea**, Série Estudos em Saúde Coletiva – Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 1993. p. 01 – 32.

Luz MT. **A arte de curar versus a ciência das doenças : história social da homeopatia no Brasil**- São Paulo : Dynamis Editorial, 1996. 332 p.

Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis - **Revista de Saúde Coletiva**, v7, n1, 1997.

Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM. Org. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Editora Hucitec; 2000, p. 181-200.

Luz MT. **Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna**. 2ª edição – São Paulo: editora Hucitec, 2004, 209 p.

Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. PHYSIS: **Revista Saúde Coletiva**. 2005; 15 (Suplemento): 145-176.

Luz MT, Rosenbaum P. **Medicina Integrativa: Uma política pública de saúde conveniente**. 2006. WWW.homeopatia.med.br/biblioteca/medicina_integrativa.pdf . Acessado em 2008.

Luz MT. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudos Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007, 174 p.

Luz MT, Pinheiro R. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007, p. 09-36.

Machado FRS, Pinheiro R, Guizardi FL. As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

Machado MH. **OS Médicos no Brasil - um retrato da realidade**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 15 -97.

Machado R. et al **Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1978, p. 193 – 213.

Marconi M de A, Lakatos EM. **Metodologia Científica**. 4ª Edição. 3. Reimpressões. São Paulo: Atlas, 2006, p. 90 - 97

Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007, p. 47 – 61.

Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1999.

Michaelis – Moderno Dicionário da Língua Portuguesa – <www.michaelis.uol.com.br> Acesso, maio de 2008.

Minayo MCS. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 9-28, p. 89-104, p. 197-247.

Moreira NG. **Homeopatia em Unidade Básica de Saúde (UBS): Um Espaço Possível**. Dissertação de Mestrado. Faculdade Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo (SP); 1999.

Nassif GMR. **Vida e Obra de Hahnemann**. In: **Compêndio de Homeopatia, vol I**, São Paulo: Editora Robe, 1995. p. 27-41.

Nunes EN. A doença como processo social. In: Canesqui AM. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p.217 - 229.

Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa. In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1986. p. 158-162.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa**. –Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p.

Onocko CR. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2000; 16(3): 723-731.

Pinheiro R, Luz MT. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, MATTOS RA. Organizadores. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007, p.9-36.

Queiroz MS. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: Nascimento MC. Organização. **As duas faces da montanha estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 19-39.

Rao D. 'Choice of Medicine and Hierarchy of Resort to Different Health Alternatives among Asian Indian Migrants in a Metropolitan City in the USA', **Ethnicity & Health**, 11:2, 153 – 167 To link to this article: DOI: 10.1080/13557850500460300 URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13557850500460306>. Acesso 2007.

Ribeiro MC. A homeopatia no Brasil como Especialidade Médica há 25 anos. **Informativo Homeopático**. Órgão Informativo da Associação Médica Homeopática de Minas Gerais – AMHMG, Ano XIII, nº 31, janeiro a março de 2005.

Romanach AK. **Homeopatia em 1000 conceitos**. São Paulo: ELCID. 1984.

Rosenbaum P. **Homeopatia e Vitalismo (um ensaio acerca da animação da vida)**, São Paulo: Editora Robe, 1996. p. 96-139, p. 169-190.

Rosenbaum P. **Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 212.

Rosenbaum P. **Homeopatia – medicina sob medida**. Entrevista. Jornal da USP [online], 2006. Disponível em: <<http://www.usp.br/jorusp/progs/search.php>>. Acesso em: 12 mar. 2006.

SALLES, S. A. C. **Perfil do Médico Homeopata** – Tese de mestrado apresentada ao Departamento de Práticas em Serviços de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

Salles SAC. **Homeopatia, Universidades e SUS: resistências e aproximações**. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. 210 p.

Salles SAC, Schraiber LB. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(1):195-202, jan, 2009.

Sampier RH, Collado CF, Lucio PB. **Metodologia de Pesquisa**. 3ª Edição. São Paulo: McGraw-Hill, 2006, p. 96 -115.

São Paulo (Estado). **Perfil dos Municípios do Estado de São Paulo**. <www.seade.gov.br> , acesso em abril de 2008.

São Paulo (Estado). **Perfil do Estado de São Paulo**. <www.seade.gov.br> , acesso em abril de 2010.

Schraiber LB. A profissão de ser médico. In: Canesqui AM. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**, São Paulo: Editora Hucitec, 2000, p. 75-98.

Silva JR, AG da, Merphy EE, Carvalho LC de. Refletindo sobre o ato de Cuidar da Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Organizadores. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007, p.115-127.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 25(8): 1732-1742, ago, 2009.

Tétau M. **Hahnemann - muito além da genialidade**, São Paulo: editora Organon; Lisboa: Biopress, 2001. p.11-66, p. 231-248.

Weber M. Ação social e relação social. In: Foracchi, M. M e Martins, J. De S.: **Sociologia e sociedade: leituras de introdução à Sociologia**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1977, p. 139-144.

Weber M. **Conceitos básicos de Sociologia**. Trad. FRIAS, R. E. F. & DELAUNAY, G. G. São Paulo: Centauro, 2002, p. 9 – 15 e p. 41 – 44.

World Health Organization. **Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A worldwide review**. Geneva; WHO: 2001. 170p.

World Health Organization. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Geneva: WHO; 2002. 63p.

World Health Organization. **Traditional Medicine – growing Needs and Potential**. Geneva: WHO; 2002. 6p.

World Health Organization. **Nacional policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: report of a WHO Global Survey**. Geneva:WHO; 2005. 155p.

_____ **Censos demográficos**. Disponível. <www.ibge.gov.br> Acesso, 2007.

_____ Banco de Redação. Disponível. <<http://educacao.uol.com.br/bancoderedacoes/redacao/ult4657u122.jhtm>> Acesso, setembro de 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Questionário Semi-estruturado

Município:

Data:

Cargo do respondente:

Nº Habitantes:

Partido do Prefeito:

Sistema de gestão - SUS:

Município referência para outros níveis de atenção:

1. IMPLEMENTAÇÃO HOMEOPATIA

1.a Quais fatores colaboraram para a implementação da homeopatia no SUS de seu município?

Resp:

1.b Quais itens dificultaram a implementação da atenção em homeopatia no SUS de seu município?

Resp:

2. LEGISLAÇÃO

2.a Existe alguma legislação própria no seu município que se relacione à homeopatia?

() **SIM**

() **NÃO**

QUAL?

2.b Existe influência dos outros níveis do governo – Federal e Estadual-, na atenção/implementação em homeopatia no município?

() **SIM**

() **NÃO**

QUAL?

2.c Você conhece a PNPIC ?

SIM

NÃO

2.d O quê entende da PNPIC?

Resp:

2.e A PNPIC teve influência na evolução da homeopatia no seu município?

SIM

NÃO

QUAL?

3. AÇÕES POPULARES/CONSELHOS SAÚDE

3.a A população participou da resolução sobre a implementação da atenção em homeopatia no seu município?

SIM

NÃO

COMO?

3.b Qual a percepção do Conselho Municipal de Saúde com relação à atenção em homeopatia no SUS?

Resp:

4. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO/HOMEOPATIA

4.a Que fatores influenciaram nessa evolução do atendimento (produção ambulatorial) em homeopatia?

Resp:

4.b Quantos profissionais (médicos homeopatas) atendiam homeopatia até 2007?

Resp:

4.c Quantos foram contratados mediante concurso para médico homeopata?

4.d Quantos foram deslocados de suas atividades para atender homeopatia?

4.e Em que nível de atenção se desenvolve o atendimento homeopático?

Atenção Primária à Saúde: UBS USF

Atenção Secundária à Saúde – ambulatório de especialidades

Pronto Atendimento

Pronto Socorro

Hospitalar - Internação

Hospitalar – UTI

4.f Como ocorre a relação demanda/oferta na atenção em homeopatia?

Demanda reprimida – filas para marcação consulta

Relação Demanda – Oferta adequada

Mais oferta do que demanda

4.g Como são agendadas as consultas?

agenda diretamente/ espontaneamente na Unidade

encaminhamento da rede básica para homeopatia

4.h Qual o período tempo disponível para as consultas de homeopatia?

• **1ª consulta:** 60-90 minutos 40-60 minutos 30 minutos < 30 minutos

• **Retornos:** 60-90 minutos 40-60 minutos 30 minutos < 30 minutos

4.i Quais as “linhas” da terapêutica homeopática usadas no serviço?

Unicista

Alternista/ Pluralistas

Complexista

4.j O código da consulta em homeopatia no SIS/SUS sempre é anotado?

SIM

NÃO

A partir de:

5. O que é necessário reorganizar no serviço para alcançar a implementação de fato?

Resp:

6. Houve mudança na demanda para as outras especialidades médicas ao longo do período em que existe a atenção em homeopatia?

Resp:

7. Existe algum registro da atenção em homeopatia no município?

SIM

NÃO

8. Avaliação do nível de satisfação dos usuários?

SIM

NÃO

QUAL? O QUE REVELOU?

9. Sobre conhecimento e crenças sobre homeopatia?

SIM

NÃO

O QUE REVELOU?

10. Da melhora da qualidade de vida?

SIM

NÃO

O QUE REVELOU?

