

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Christiane Lima Machado

**Avaliação da Assistência Farmacêutica Homeopática na dispensação dos
medicamentos no Sistema Único de Saúde**

Juiz de Fora

2020

Christiane Lima Machado

Avaliação da Assistência Farmacêutica Homeopática na dispensação dos medicamentos no Sistema Único de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo saúde-adoecimento e seus determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Prof. Dr. Sérgio Xavier de Camargo

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Machado, Christiane Lima .

Avaliação da Assistência Farmacêutica Homeopática na dispensação dos medicamentos no Sistema Único de Saúde / Christiane Lima Machado. -- 2020.

123 f. : il.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Sérgio Xavier de Camargo

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Avaliação em Saúde. 3. Homeopatia. 4. Terapias Complementares. I. Campos, Estela Márcia Saraiva , orient. II. Camargo, Sérgio Xavier de , coorient. III. Título.

CHRISTIANE LIMA MACHADO

“Avaliação da Assistência Farmacêutica Homeopática na Dispensação dos Medicamentos no Sistema Único de Saúde”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

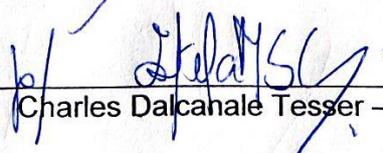
Aprovado em 13/05/2020



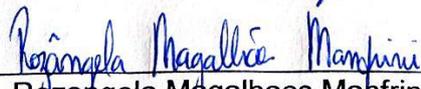
Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF



Sérgio Xavier de Camargo – UFJF



Charles Dalcanale Tesser – UFSC



Rozângela Magalhães Mahfrini - UFJF

Dedico esse trabalho ao meu filho, ao meu marido e aos amigos e familiares que acreditaram, torceram e confiaram. O apoio de vocês me dá segurança e certeza de que não estou só.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado condições de chegar até aqui, me mostrar que a vida é um sopro e lutar por ela é nossa maior missão.

Ao Ney, meu grande amor que, além de marido e pai espetacular, foi também grande parceiro na elaboração deste trabalho.

Ao meu filho Moisés por todo cuidado e paciência nesse período, compreendendo minhas ausências e por vir me abraçar para lembrar de descansar.

Aos meus familiares e amigos pela torcida e oração entorno deste projeto.

Aos meus pais Francisco e Rosiene por me ensinarem o valor das pequenas coisas e darem asas aos meus sonhos, confiando que Deus pode transpor qualquer barreira. Ao meu irmão e à minha cunhada pela leitura crítica e opiniões na construção textual. A minha avó Maria Lizete, meu porto seguro em vários momentos e, madrinha Eloína por todo exemplo de superação.

Ao Dr. Gláucio Franco por ser instrumento de conquistas inexplicáveis tornando muitos sonhos possíveis e por todos ensinamentos de vida.

Agradeço aos amigos e colaboradores do SPIC. À Dra. Neysa Campos e Dra. Walcymar Estrêla que plantaram o amor pelas PIC. À Karla e Débora por autorizarem a realização deste trabalho. a equipe de Enfermagem e Serviço Social pelo auxílio na coleta dos dados. aos médicos pela difusão de conhecimentos, especialmente Dr. Pedro Paulo Nabuco por complementar minha saúde com a homeopatia.

Agradeço à Dra. Estela Campos e Dr. Sergio Camargo por todo conhecimento, paciência e orientação na realização deste trabalho, sobretudo por permitirem a construção desafiadora deste tema e, assim, fomentarem o grande apreço às PIC. a Dra. Isabel Leite por todo suporte na análise dos dados e valiosíssimos ensinamentos para além da Epidemiologia e Saúde Coletiva. aos membros da banca avaliadora que muito contribuíram na lapidação deste resultado. aos colegas do mestrado e toda equipe do PPgSC.

*“Quanto mais distante para trás você puder olhar,
mais distante à frente é provável que você veja”.*
(CHURCHILL apud LANGWORTH, 2011, p. 25,
tradução nossa).

RESUMO

A crescente movimentação da sociedade em busca do pluralismo terapêutico nos serviços públicos remete ao contexto gradativo de inserção das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde. A homeopatia é uma Práticas Integrativas e Complementares que tem o medicamento como instrumento essencial para a efetividade da terapêutica. Desta forma, a Assistência Farmacêutica busca garantir o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos homeopáticos. O objetivo deste estudo foi analisar a Assistência Farmacêutica Homeopática em um serviço público de saúde sob o olhar da efetividade na perspectiva do acesso da população aos medicamentos homeopáticos. Foi realizado um estudo transversal de indivíduos atendidos pelo Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora/MG, a partir da amostra de 405 receitas e os respectivos prontuários no período de outubro de 2018 a junho de 2019. Foram feitas análises descritivas dos dados clínicos, demográficos, medicamentos dispensados e não dispensados. As faixas etárias de maior procura pelo serviço foram adultos de 30 a 59 anos (39,1%) e idosos com mais de 60 anos (34,9%), com predomínio da população feminina (83%). As condições clínicas mais descritas foram: “Transtornos mentais e comportamentais” (17,4%) e Doenças do aparelho respiratório (16,5%). Apenas 34,81% dos pacientes tiveram seu tratamento garantido pelo Sistema Único de Saúde, com atendimento completo de suas receitas. O principal motivo do não atendimento da receita foi a inclusão de substâncias indisponíveis na lista padronizada pelo serviço de saúde municipal (56,8%). O que tenciona a dispensação dos medicamentos é a diversidade observada na prática médica de prescrição - várias correntes homeopáticas orientam as prescrições, em contraponto com a indisponibilidade da substância na lista padronizada pelo serviço. Embora esta heterogeneidade de prescrições seja um fator benéfico no sentido de individualizar o tratamento, especificidade do tratamento homeopático, os resultados indicam a necessidade de planejamento, gestão e avaliação do serviço quanto a protocolo, lista padronizada e processos de trabalho para garantir acesso aos medicamentos e efetividade do tratamento homeopático no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Avaliação em Saúde. Homeopatia. Terapias Complementares.

ABSTRACT

The increasing movement of society looking for the therapeutic pluralism in public services refers to the gradual context of insertion of Complementary and Integrative Health Practices from the scope of the Unified Health System. Homeopathy is a PIC that has medication as an essential tool for the effectiveness of therapy. In this way, Pharmaceutical Assistance seeks to guarantee SUS users' access to homeopathic medicines. This study has aimed to analyze Homeopathic Pharmaceutical Assistance in public health service from the perspective of the effectiveness of the population's access to homeopathic medicines. A cross-sectional study was carried out of individuals assisted by the Complementary and Integrative Health Practices Services of Juiz de Fora/MG, from the sampling of 405 prescriptions and the respective medical records from October 2018 to June 2019. Descriptive analyses of clinical, demographic data, as well as, dispensed and non-dispensed medicines have been done. The age groups in higher demand for the service were adults-30 to 59 years (39.1%) and elderly-over 60 years (34.9%), (34.9%), being predominantly in the female population (83%). The most common clinical conditions were: "Mental and behavioral disorders" (17.4%) and Diseases related to the respiratory system (16.5%). Only 34.81% of patients had their treatment guaranteed by SUS, with full compliance regarding their prescriptions. The main reason for not complying with the prescription was the inclusion of unavailable substances on the standardized list of the municipal health service (56.8%). What leads to dispense medications is the diversity observed in medical prescription practice – several branches of homeopathy guides the prescriptions, in contrast to the unavailability of the substance on the list standardized by the service. Although this heterogeneity of prescriptions is a beneficial factor in the sense of individualizing the treatment, the specificity of the homeopathic treatment and the results indicate the need for planning, management and evaluation of the service regarding the protocol, standardized list and work processes to guarantee access to medication and effectiveness of homeopathic treatment in Unified Health System.

Keywords: Pharmaceutical Care. Health Assessment. Homeopathy. Complementary Therapies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Quadro comparativo entre medicina alopática e homeopatia	36
Fluxograma 1 –	Ciclo da Assistência Farmacêutica	53
Gráfico 1 –	Profissões declaradas pelos usuários atendidos na Farmácia do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho 2019, agrupadas pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	67
Gráfico 2 –	Perfil etário dos pacientes atendidos na Farmácia do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho 2019	68
Gráfico 3 –	Percentual dos diagnósticos clínicos associados aos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no período de outubro de 2018 a junho de 2019 no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários atendidos na Farmácia do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora, segundo sexo, outubro de 2018 a junho de 2019.....	66
Tabela 2 – Comparação do tempo de tratamento, segundo dados sociodemográficos dos usuários atendidos na Farmácia do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora, de outubro de 2018 a junho 2019.....	69
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes atendidos, com prescrição, segundo Região Administrativa e Sanitária - Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora - outubro de 2018 a junho de 2019.....	69
Tabela 4 – Quantidade e tipo de medicamentos homeopáticos prescritos no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho de 2019.....	73
Tabela 5 – Substâncias mais prescritas no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho de 2019.....	74
Tabela 6 – Formas farmacêuticas prescritas no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho de 2019.....	74
Tabela 7 – Motivos para não atendimento das fórmulas contidas nas receitas do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho de 2019.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMHB	Associação Médica Homeopática Brasileira
APH	Associação Paulista de Homeopatia
BMAC	Bloco de Média e Alta Complexidade
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CH	Centesimal Hahnemanniana
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CMC	Central de Marcação de Consulta
CPL	Comissão Permanente de Licitação
DCE	Departamento das Clínicas Especializadas
DHSMCJF	Departamento de Homeopatia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora
DPIC-JF	Departamento de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHB	Farmacopeia Homeopática Brasileira
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHB	Instituto Hahnemanniano do Brasil
IIQ	Intervalo Interquartil
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IQC	Instituto Questão da Ciência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MI	Medicina Integrativa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MT/MCA	Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PEPIC	Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PIC	Práticas Integrativas e Complementares

PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
RA	Região Administrativa
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS	Região Sanitária
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
SES-MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPIC/JF	Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	CONTEXTO HISTÓRICO DA MEDICINA OCIDENTAL.....	19
2.2	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	26
2.2.1	Homeopatia: suas origens e definições	30
2.2.2	O medicamento homeopático	33
2.2.3	Racionalidade médica homeopática	35
2.2.4	Homeopatia no Sistema Único de Saúde	37
2.3	POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	41
2.3.1	Os desafios para implementação da política de Práticas Integrativas Complementares.....	44
2.4	POLÍTICA ESTADUAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	46
2.5	AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA	47
2.6	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO Sistema único de saúde E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES	52
2.7	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS	56
3	PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA	60
4	OBJETIVOS	61
4.1	OBJETIVO GERAL.....	61
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	61
5	METODOLOGIA	62
6	RESULTADOS	66
7	DISCUSSÃO	77
7.1	PERFIL DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	77
7.2	CONDIÇÕES CLÍNICAS DOS PACIENTES.....	79
7.3	ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOMEOPÁTICA EM JUIZ DE FORA	82
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	87

APÊNDICE A – Recursos terapêuticos das práticas integrativas e complementares dispostas na PNPIC, 2018	99
APÊNDICE B – Lista total de matrizes - Medicamentos homeopáticas padronizados nas relações municipal e nacional e as que foram prescritas no SPIC/JF de outubro de 2018 a junho de 2019, ainda não padronizadas	101
APÊNDICE C – Lista com todas as substâncias homeopáticas prescritas no SPIC/JF, com suas respectivas frequência e porcentagem, no período de outubro de 2018 a junho de 2019.....	108
APÊNDICE D – Matrizes homeopáticas prescritas, indisponíveis no SPIC/JF, padronizadas na FHB e previstas pela RENAME.....	116
APÊNDICE E – Matrizes homeopáticas externas à FHB, prescritas, mas não disponíveis no SPIC/JF	117
APÊNDICE F – Total de receitas prescritas de outubro 2018 a junho 2019 do SPIC/JF.....	118
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	119

1 INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo tem sofrido muitas transformações e a tecnologia se torna algo crescente a uma velocidade e horizontes inalcançáveis. Na saúde, não foi diferente, a tecnologia tornou possível diagnósticos precoces e curas de doenças antes desconhecidas. Em contraponto, se perderam instrumentos extremamente valiosos para o alcance da saúde, como o contato entre paciente e médico e a valorização do que o indivíduo traz para além de sintomas físicos e laudos de exames técnicos. Esse caminho percorrido, contudo, ainda não conseguiu proporcionar a saúde integral (FRANÇA, 2017; NORMAN; TESSER, 2009).

O modelo ainda hegemônico tem colocado, na maioria de suas ações, o cuidado centrado nas doenças e não nas pessoas; as intervenções não têm valorizado a bagagem cultural vivida pela pessoa que é tratada. Além disso, as especialidades médicas cada vez mais fragmentam o indivíduo ao olhar unicamente o quadro clínico que foge à norma, a partir da especialidade do profissional (CANGUILHEM, 2009; ESTRÊLA, 2006; LUZ, 2014).

Apesar dos avanços da biomedicina, o tratamento médico se distanciou do princípio da integralidade ao desconsiderar sintomas subjetivos e o meio social do indivíduo. Fato que leva a população a buscar outras terapias que resgatem este vínculo com o profissional, valorizem a escuta acolhedora e sobretudo avaliem o ser que sofre de uma maneira integral (TELESI JÚNIOR, 2016; TESSER; BARROS, 2008).

No âmbito do SUS, cabe destacar algumas estratégias para promoção da integralidade do cuidado do paciente e para sua participação ativa em seu processo terapêutico: a centralidade do cuidado na Atenção Primária à saúde, com longitudinalidade; a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o ressurgimento do médico de família (generalista); a Política Nacional de Humanização (PNH) com a proposta de acolhimento e; por fim – não menos importante – a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Por muitos chamada de “medicina alternativa” – por estarem à margem do modelo biomédico – hoje, as denominadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC) abrangem um conjunto de práticas, saberes e produtos, incluindo racionalidades médicas, em um contexto de maior valorização e resgate da medicina popular e de valores culturais para se fazer saúde (LUZ, 2014).

A Organização Mundial da Saúde tem incentivado a inserção destas modalidades nos sistemas de saúde, por meio das políticas públicas, incluindo a ampliação do fomento para pesquisas e ensino no campo destas práticas, para que sejam bem utilizadas, com objetivo ampliar as formas de cuidado das pessoas (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE, 2002). Tais orientações incentivaram os órgãos gestores do SUS a reconhecerem as PIC como opção para a população construir e complementar sua saúde individual e coletiva (BRASIL, 2006b).

Pode ser visto em várias PIC a valorização desta integralidade que compõe o conceito de saúde. Como exemplo, a Homeopatia apresenta uma anamnese detalhada do paciente como um todo; a enfermidade que ele relata é fruto de um desequilíbrio de sua energia vital e para alcançar a cura é preciso reestabelecer este equilíbrio. Diante do olhar que compõe a doutrina homeopática, o medicamento é visto como um instrumento do alcance deste equilíbrio energético para que o organismo possa reestabelecer a saúde (HAHNEMANN, 2013).

Na farmácia homeopática tem-se além da dispensação, a manipulação de maneira individualizada. Desta forma, a Assistência Farmacêutica contribui para o alcance do cuidado integral com a individualização do paciente e a valorização de sua subjetividade. Para a execução da Assistência Farmacêutica Homeopática em uma farmácia pública é de grande importância que as etapas de seleção das substâncias e sua programação sejam bem exercidas para que a aquisição seja a mais precisa de acordo com as necessidades da população, se atentando ao planejamento orçamentário para conseguir produzir o máximo possível diante dos recursos disponíveis (LOPES FILHO, 2012; SILVA, C. C.; ALVES, 2011).

No ato da dispensação é imprescindível atentar-se às peculiaridades da homeopatia, a sua forma de tratamento e aos cuidados com os medicamentos. Pode-se dizer que neste momento o farmacêutico é o elo de ligação entre a prescrição e o plano farmacológico que de fato o paciente irá cumprir. Neste sentido destaca-se a Atenção Farmacêutica que orienta sobre a prescrição, observa necessidades para melhor adesão e pode ainda dialogar com o prescritor para possíveis adaptações a fim de alcançar melhor eficácia do tratamento (ISRAEL, 2016).

A formação em Farmácia propiciou a esta pesquisadora o estudo de princípios teóricos científicos do medicamento e seu uso racional, e também despertou o interesse para outras formas de cuidado, além dos exames técnicos e prescrições protocoladas.

Hoje a abordagem clínica do farmacêutico pretende se distanciar da medicalização da vida – tão pronunciada no modelo biomédico hegemônico – e resgatar atitudes que contribuam para a construção de um organismo saudável. Busca também contribuir para uma visão mais integralizada de cuidado, exercida nas ações da Atenção Farmacêutica.

Atuar na Farmácia Homeopática do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora (SPIC/JF) motivou a pesquisa do efetivo acesso aos medicamentos homeopáticos. Acesso que se constitui ferramenta do cuidado humanizado e integral do indivíduo prestado também por estas distintas racionalidades.

Diante do exposto, este trabalho – cujo tema principal são as Práticas Integrativas e Complementares, representadas aqui pela homeopatia – tem o objetivo de analisar a Assistência Farmacêutica e sua efetividade na perspectiva do acesso aos medicamentos homeopáticos pela população de Juiz de Fora, município de médio porte do Estado de Minas Gerais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O grande objetivo de um Sistema de Saúde, especialmente os que defendem a universalidade do acesso, é garantir a todo cidadão condições de uma vida saudável. No entanto, o que tem sido observado atualmente é que o Complexo Médico Industrial, ao se orientar pela lógica capitalista, na qual o interesse pela produtividade é crucial para o processo competitivo de mercado, acaba adotando uma visão fragmentada do paciente. Este modelo hegemônico atual segue o paradigma biomédico flexneriano que tem a visão do corpo humano como uma máquina dividida em peças e as doenças como algo que danifica uma ou outra peça. O diagnóstico é centrado em localizar o que de concreto (lesões materiais ou agentes infecciosos) pode ser a causa da doença. E, para o tratamento, são procurados medicamentos quimicamente purificados e cirurgias (FRANÇA, 2017; LUZ, 2005; NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

Tal racionalidade se mostra coerente com a visão ocidental do ser humano como algo segmentado; diferente da concepção oriental que apresenta um olhar integral e uma variedade de saberes, práticas e racionalidades médicas para garantir a saúde (CAPRA, 1989).

Muitas queixas que levam as pessoas aos serviços de Saúde não podem ser categorizadas pelo paradigma biomédico, atualmente centrado na doença, não se tornando, portanto, eficaz no processo saúde-doença da população tanto a nível individual quanto coletivo (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

Alguns autores (LUZ, 2005; NUNES, 2009; TEIXEIRA, J. B. P., 2014) vêm relatando o esgotamento sofrido pelo modelo científico biologicista de cuidado à saúde, surgindo assim a necessidade de construção de um campo teórico conceitual em saúde que vá além da observação, diagnóstico das doenças e prescrição de tratamentos ao paciente, como é o caso de várias PIC.

Para a eficácia do tratamento, prevenção das doenças e garantia de saúde é importante valorizar os conhecimentos culturais tanto quanto os científicos; não deve ser um relacionamento autoritário onde apenas o profissional detém o conhecimento, mas valorizar as práticas que já vêm sendo usadas por séculos e que compõem a origem do saber médico atual. Estes valores culturais são tratados com mais abertura na medicina oriental que não segue apenas um modelo cartesiano, mas um conjunto de práticas trazidas com a evolução dos povos (CAPRA, 1989).

Com o passar dos anos, o mundo ocidental vem revalorizando a incorporação da cultura ampliadora da saúde, incorporando de forma mais ativa o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde que estabelece: “[...] saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade [...]” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 1, tradução nossa). Essa conceituação trouxe um novo olhar para os profissionais da saúde, cujo foco até então era extremamente centrado na doença, no órgão a ser curado, dentro do que Freud (1996) denominou de “*furor curandis*”, que havia de ser combatido com a proposta de que havia mais do que o elemento físico em cada sujeito, ao que denominou de aparelho psíquico.

A valorização do Homem dentro de seu contexto biopsíquico-social é um dos preceitos de Saúde Coletiva que considera todas variáveis como ambiente, sociedade, espaço geográfico e ausência ou controle das doenças (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Galli *et al.* (2012), apontam a necessidade crescente de doutrinas que resgatem a visão holística do indivíduo, não mais fragmentado em suas partes de órgãos e funções, mas visto na completude do físico, psicossocial e também o espiritual. A exemplo de tentativa para atender essa necessidade, observa-se o crescente uso mundial de PIC.

As PIC se apresentam como práticas, saberes e produtos não consagrados ou validados pelo modelo biomédico hegemônico. Por sua abrangência mente/corpo/espírito, estas são chamadas de “integrativas” e não pretendem necessariamente se sobrepôr à biomedicina, nem substituir outra prática existente, mas somar junto a elas, de forma “complementar”, considerando o valor e aplicação das diversas formas terapêuticas (DEUS, 2016; TEIXEIRA, M. Z., 2009).

Outrossim, convém dizer que é direito do cidadão a opção pelo método medicinal que melhor lhe convier para a manutenção/recuperação de sua saúde, salvo nos casos de risco iminente de morte. A vontade deriva da dignidade humana, e esta é disposta, como princípio máximo de nosso Estado Democrático de Direito, em seu art. 1º, inc. III, da Constituição Federal (BRASIL, 2019). Aliada à liberdade, a vontade, que deve ser respeitada, leva o cidadão à autonomia, decidindo suas ações de acordo com as regras estabelecidas pela sociedade.

Com um olhar mais integral do indivíduo, várias PIC caminham em direção à singularidade, inerente a cada ser, proposta igualmente pela Saúde Coletiva. Ao

considerar a autonomia e a participação dos sujeitos em seu processo saúde-doença, a Saúde Coletiva se aproxima de racionalidades terapêuticas ancestrais, representadas pelas PIC. Vale dizer que o emprego de PIC, além de contribuir para a integralidade da atenção à saúde, faz avançar rumo à racionalização e melhor emprego dos serviços de saúde, diminuindo os custos para o sistema (DEUS, 2016).

Considerando que o uso de PIC caminha em paralelo à evolução do saber médico, se faz necessária, para melhor visualização do todo, alguma digressão histórica com vistas a se compreender a necessidade de resgatar e reintegrar tais práticas ao modelo hegemônico atual.

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA MEDICINA OCIDENTAL

Para a adequada compreensão das PIC – especificamente da homeopatia – como alternativa clínica válida e como política de saúde acessível à sociedade, se faz necessária a crítica da racionalidade médica hegemônica. A medicina – enquanto fenômeno social e histórico – tem sido fundamentada por diversos paradigmas desde o início das civilizações, e é importante compreender as origens do saber médico, as formas de cuidado e seu desenvolvimento histórico até atualidade, com vistas a identificar as deficiências do modelo atual e traçar estratégias de gestão para implementar modelos de atenção que garantam a integralidade do cuidado.

Luz (1993) destacou a importância do contexto sócio-histórico para a compreensão permanente da medicina e a constituição do adoecer, o recuperar e o morrer humanos. Os saberes médicos, em sua visão abstrata, caminham para a definição de aspectos particulares de cada sistema e em contraponto, ajudam estabelecer pontos específicos e traços estruturais comuns transculturais aos sistemas.

Observa-se historicamente que, para a maior parte das doenças, sempre foi difícil estabelecer relações de causa e efeito; pois trata-se de um tipo de raciocínio que depende do grau de desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Para os povos primitivos, privados de tais recursos, a explicação da doença se dava dentro de uma teoria mágica do mundo, onde o doente era vítima de demônios, espíritos malignos, mobilizados por inimigos. A patologia caminhava paralelamente com a mitologia, e competia ao feiticeiro ou xamã curar o doente, isto é, reintegrá-lo ao universo total, do

qual ele é parte. Através de um ritual, retomava-se o equilíbrio, restaurando assim a saúde do indivíduo (SCLIAR, 2005).

Alguns povos, dentre eles: sumérios, assírios, babilônicos e egípcios acreditavam que as doenças eram causadas por espíritos malignos e, para combatê-los, era preciso a invocação de divindades, através dos astros, pelo médico-sacerdote. Já para os antigos hebreus, a doença era um sinal da cólera divina diante dos pecados humanos. Face ao antigo testamento, a doença era vista como sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, frequentemente em forma visível, como no caso da lepra em que o doente era isolado até a cura (SCLIAR, 2005).

Contra-pondo-se ao conhecimento da doença sobre a lógica mágica e religiosa observa-se uma fissura, representada pelo componente empírico acentuadamente expresso na medicina hipocrática, que substitui as explicações mágicas e religiosas por uma concepção racional em relação ao mundo (CATÃO, 2011).

Na escola Médica de Hipócrates o pensamento médico desviou o foco das forças sobrenaturais para os portadores da doença, que aos poucos foi sendo vista como um fenômeno natural que podia ser compreendido e liberado da intromissão de forças mitológicas. Por este novo enfoque observava-se a valorização do indivíduo como um todo, o sujeito mais que a doença, com ligação ao cosmo e sua cura se dava por meio do conhecimento dos mestres antigos e consagrados (CATÃO, 2011; MORAES, 2007).

A terapêutica hipocrática, reunida sob a epígrafe *Corpus Hipocraticum*, ou coleção hipocrática, na qual se tem a valorização de uma gama de fatores para a determinação do bom estado de saúde, dissemina não apenas estratégias de recuperação da saúde, mas sobretudo, de prevenção das doenças. Dentre esses fatores podem ser elencados: o ambiente de trabalho, a habitação e a dieta do indivíduo (MARTINS; SILVA; MUTARELLI, 2008).

Do ponto de vista da fisiopatologia hipocrática, a saúde é fruto do equilíbrio dos humores (*sangue, flema, bile amarela e bile negra*) e a doença seria o desequilíbrio destes. Esta forma de pensar o processo saúde-doença é conhecida por “Teoria Humoral”. Seguindo essa teoria tem-se a concepção que a natureza está sempre encarregada de atingir este equilíbrio, este princípio passou a ser reconhecido como “*vis natura medicatrix*”, ou “cura pela natureza”, sendo esta capaz de

restabelecer a saúde do paciente. Como referido pelo autor: “As naturezas são os médicos das enfermidades. A natureza encontra por si mesma os caminhos... Bem instruída por si mesma, sem aprendizagem, faz o que deve ser feito” (HIPÓCRATES apud CORRÊA *et al.*, 2006, p. 16).

Além da concepção “*vis natura medicatrix*”, o *Corpus Hipocraticum*, é norteado por dois princípios: o primeiro, *Contraria Contrariis Curentur*, chamada “lei dos contrários” em que os sintomas são tratados por coisas contrárias a eles, princípio que hoje fundamenta a farmacologia da medicina alopática; e o segundo, *Similia Similibus Curentur*, chamada “lei dos semelhantes”, diz que a maior parte das enfermidades são curáveis pelo mesmo agente que as causou (CORRÊA *et al.*, 2006).

Esses dois princípios não se configuravam opostos pelo olhar do médico hipocrático, ele entendia que as duas modalidades de tratamento eram eficazes no restabelecimento da saúde. A arte médica era tratar o enfermo de forma mais abrangente, com foco no homem e não na doença (CORRÊA *et al.*, 2006).

Outros filósofos também registraram grandes contribuições para a construção não sobrenatural da saúde e da doença. Galeno, no século II, propunha um diagnóstico fundamentado no exame cuidadoso do doente, o conhecimento do seu estado quando sadio, seu temperamento, regime de vida, alimentação, além das condições ambientais e a época do ano. As enfermidades e os agentes medicinais, para ele, eram classificados em: frios, quentes, úmidos e secos, reatualizando a “cura pelos contrários”. Avicena, o Príncipe dos Médicos foi reconhecido, no século XIII, como um dos grandes difusores da obra de Galeno e também compactuou com a terapêutica baseada na *cura pelos contrários* (GILSON, 2001; PEREIRA, 2005).

No século XVI, frente a grandes epidemias e o grande uso de técnicas invasivas como sangrias, vomitivos, purgativos e suadores, surgem pensadores com ideias inovadoras, tal como Paracelso, que contrapunha a medicina galênica. Ele acreditava que existia um princípio vital, chamado *anima*, que garantia a perpetuação da vida. Paracelso era intensivamente oposto à “cura pelos contrários”, a terapêutica proposta por ele seria em consonância com a lei dos semelhantes, na qual o que produz determinado sintoma pode tratar o mesmo sintoma (LOPES FILHO, 2012).

O pensamento humano foi se desenvolvendo sob tendências teóricas de várias áreas científicas e sociais. E, com o surgimento destas novas correntes de pensamento, a ciência médica também sofreu diversas influências do cientificismo. A idade Moderna foi marcada pelo Racionalismo do filósofo René Descartes. Seu

pensamento por meio do “*Cogito, ergo sum*” (Penso, logo existo) resultou na fragmentação do ser humano, separando o corpo da consciência. As teorias matemáticas de Isaac Newton confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo, como uma grande máquina a ser explorada, parte por parte. A mecânica newtoniana fomenta a medicina mecanicista que oferece mais instrumentos para os médicos lidarem com as doenças (LOPES FILHO, 2012).

O iluminismo, no século XVII, enfatiza a razão como única forma de desenvolvimento humano. Este período teve como consequência a valorização exagerada do especialista e o racionalismo alcançou resultados paradoxalmente irracionais e cruéis quando a razão é colocada a serviço da destruição da natureza, da alienação humana e da dominação (LOPES FILHO, 2012).

Canguilhem (2009), em seu livro “*O normal e o patológico*”, afirma que, na história da medicina, o pensamento médico oscilou entre duas representações fundamentais da doença: uma concepção organicista, mecanicista, no que se refere à causalidade, a qual ainda hoje é predominante; e outra que é naturalista, na maioria das vezes vitalista. Consonante a este pensamento, Sayd (1998) acredita que tais teorias, ligadas ao Iluminismo marcaram o século XVIII. Para ela, o vitalismo afirma que o organismo, além de uma soma de peças que se ajustam, é regido por um agente vital, ou alma racional que mantém sua integridade e o compasso de suas funções. Já o mecanicismo enxerga o corpo como uma máquina bem regulada, e a “*vis natura medicatrix*” consistiria em uma operação mecânica a reger a contração e dilatação dos órgãos.

No final do século XVIII Christian Frederich Samuel Hahnemann desenvolve a teoria homeopática, que se assemelha ao modelo hipocrático com uma vantagem: consegue unir as ideias de “*vis medicatrix nature*”, de uma força vital que se enfraquece e desequilibra, à possibilidade de buscar auxílio nos medicamentos homeopáticos, para reestabelecer o equilíbrio (SAYD, 1998). Hahnemann foi um dos críticos da terapêutica da época, ele propôs a cura pelos semelhantes e defendeu o impulso vital inerente ao organismo como principal alvo da ação dos medicamentos homeopáticos (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

No século XIX, o filósofo Augusto Comte propõe o Positivismo como corrente de pensamento, apresentando como tema principal a exaltação do saber científico, negligenciando outras formas de conhecimento como o mito, a religião e até a filosofia, tidas como manifestações inferiores desvinculadas da experiência humana

(CORRÊA *et al.*, 2006).

Pode-se assim considerar que houve o surgimento da medicina moderna através do conhecimento prático e da razão deixando de considerar as teorias e as especulações imaginárias dos velhos sistemas. Desta forma, a experiência clínica pôs por terra o dogma aristotélico e iniciou o discurso científico (FLORA, 2006).

O saber médico contemporâneo foi construído embasado por alguns marcos como a Revolução de Bichat, que associou sintoma e lesão e gerou uma nova compreensão da doença. O desenvolvimento da bacteriologia e farmacologia clínica inaugurou a terapêutica contemporânea, focada no controle da doença em sua expressão material, biológica. O método experimental e quantitativo, imbuído do imaginário mecanicista, alcança assim hegemonia na medicina que se quer científica (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

Em consonância com marcos históricos e a evolução do pensamento científico percebe-se que a atuação médica se torna ancorada na razão, nas evidências, no que era perceptível, no exame clínico. Neste contexto compreende-se a análise tecida por Foucault (1977): “[...] a certeza médica se constitui não a partir da individualidade completamente observada, mas de uma multiplicidade inteiramente percorrida de fatos individuais” (FOUCAULT, 1977, p. 115).

De fato, a partir daí se percebe o que pode ser chamado de categorização das doenças, de acordo com os relatos e sintomas comuns dos pacientes. O tratamento se dá sob uma ótica generalizada, deixando de ser algo individualizado (FRANÇA, 2017). Assim, as diversas contribuições para o pensamento humano vêm sedimentando ao longo do tempo uma prática cartesiana da assistência à saúde que separa corpo e mente, que coloca o profissional especialista, o cientista, como superior ao indivíduo. A clínica passa então a negligenciar o diálogo e considerar apenas aspectos fisiológicos e biológicos do adoecer, ofuscando a subjetividade humana (LUZ, 2019).

A medicina, a partir do século XX, passa a ser hegemonicamente influenciada pela decomposição das teorias biomecânicas e, teve no Relatório Flexner de 1910, um marco histórico de institucionalização do saber acadêmico mecanicista e positivista. O referido relatório praticamente afasta do cenário todas as práticas médicas não condizentes com esse modelo científico, tornando preponderante o assim denominado modelo biomédico (ESTRÊLA, 2006): “desta forma, procurou anular ou restringir – porque ineficazes (frente aos novos paradigmas de validação) –

as formas populares de cura [...] ou mesmo outras formas alternativas como a homeopatia” (MENDES apud ESTRÊLA, 2006, p. 21).

A medicina contemporânea passa então a ser pautada sobre o modelo denominado de alopatia, no qual se observa o uso de medicamentos para o combate aos sintomas das doenças. No século XXI persiste ainda a medicina representada por um aspecto ontológico, organicista, mecanicista (GONTIJO, 2014).

Neste cenário atual, Gontijo caracteriza o modelo alopático e biomédico como: “hospitalocêntrico, reducionista, descontextualizado, objetivo e racional” (GONTIJO, 2014, p. 23), ou seja, afasta-se de um modelo de assistência baseada na singularidade do indivíduo. Fato também destacado por Tesser e Luz (2008) ao apresentar o deslocamento da integralidade da relação com o curador para o conjunto dos serviços e curadores das profissões da saúde de maneira fragmentada e desarticulada.

A integralidade, no que concerne à medicina, só pode ser obtida de forma rústica, através de um discurso que busque dar algum sentido à lista, por vezes extensa, de diagnósticos e riscos de doenças. É necessário um saber que integre os saberes múltiplos sobre partes e aspectos dos pacientes, ou sobre patologias e seus riscos (TESSER; LUZ, 2008).

No contexto do SUS, a Atenção Primária ainda se encontra um pouco mais próxima desta integralidade por estar historicamente menos comprometida com a cultura das especialidades biomédicas. Alguns movimentos como a Medicina de Família e Comunidade e a Política Nacional de Humanização (PNH) têm tentado cumprir esta missão. Contudo, ainda é preponderante o discurso biomédico construído com regras e tradições práticas que fragmentam as especialidades e os conhecimentos e, que não há em seu interior saber ou tradição amplamente instituída, reconhecida e legitimada como suficientemente competente para tal.

Observa-se que mesmo na rede básica, a equipe multidisciplinar mantém-se em condição fragmentada, já que cada profissional está habilitado e preparado, no geral, para abordagem de problemas e aspectos específicos dos adoecimentos, com ações a eles restritas, bem longe do global adoecimento do doente (TESSER; LUZ, 2008).

A lógica capitalista trazida pela tecnologia e pelo assim chamado complexo médico-industrial, bem como a crença nas promessas científicas e tecnológicas para o futuro, faz com que sejam progressivamente distantes a medicina e a realidade

vivenciada pelos doentes de forma global, restringindo os indivíduos às “peças”, riscos e poder de intervenção sobre os mesmos, tornando, assim, intangível a integralidade (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

É certo que essa situação está presente na crise da medicina em sua relação com os doentes e com a sociedade, já que os seus custos astronômicos não correspondem a equivalentes melhorias da saúde, e cada vez mais se observa as iatrogenias relativas às intervenções médicas no indivíduo.

A expressão “prevenção quaternária” está intimamente relacionada à iatrogenia clínica e à medicalização social. O termo é definido como detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo, para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (JAMOULLE apud NORMAN; TESSER, 2009). A importância da *prevenção quaternária* é destacada quando o potencial danoso alcança larga escala como exemplificado pelos autores, no relato de Starfield (apud NORMAN; TESSER, 2009), que as iatrogenias clínicas são a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos da América.

Não se pode deixar de reconhecer que a hegemonia científica, associada à especialização e ao emprego de tecnologias em larga escala, tem disponibilizado grande acúmulo de recursos à clínica médica. Entretanto, essa terapêutica também está associada aos já referidos efeitos iatrogênicos. Além de outros aspectos negativos como a degradação da natureza, desestabilização de relações sociais com avanço do individualismo e acirrado consumismo materialista (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

Estrêla (2006) destaca essa grande contradição entre a intensa evolução tecnológica da medicina, com grande ampliação do conhecimento acerca da doença, e o reducionismo médico, com uma profunda fragmentação de seus saberes e práticas. Este último vem circunscrevendo a saúde e a doença aos seus aspectos exclusivamente biológicos; rebaixando, a segundo plano, os aspectos subjetivos e sociais dos pacientes, tais como o sofrimento e a vulnerabilidade social.

O reducionismo da medicina é criticado por vários autores, como Canguilhem (2009): “é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. A clínica lida com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (CANGUILHEM, 2009, p. 28).

Ao utilizar a metáfora da máquina para melhor entendimento do corpo

humano, são lançadas noções de uso, desgaste, conservação e eventual reparação. A determinação do adoecer, nesse caso, tende a ser dissociada do regime e condições de vida, e sua responsabilidade passa a ser do próprio corpo ou do indivíduo que não o maneja de maneira correta. Sendo paulatinamente mais necessário utilizar produtos e procedimentos técnicos especializados oferecidos pela tecnologia médico-industrial para alcançar a cura (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013). Para atender essa demanda tecnológica nota-se a crescente protocolização das ações em saúde que não conseguem suprir as necessidades individuais dos pacientes.

Frente a tudo isto se faz perceptível a ampliação da procura por outras formas de cuidado, cujo saber e prática parecem apresentar maior teor de integralidade, e que procuram causar menos efeitos iatrogênicos a nível individual e social.

No século XX observa-se o surgimento de novos modelos de cura e saúde, sobretudo com o movimento social urbano denominado contracultura, desencadeado entre os anos 1960 e 1980, nos EUA e na Europa. Este movimento contribuiu para a importação de outras práticas distintas da racionalidade médica brasileira. Desta forma, tem-se observado a utilização de medicinas naturais e práticas complementares como forma de ofertar ações de cuidado integral (ESTRÊLA, 2006; LOPES FILHO, 2012).

Alguns pesquisadores observam um retorno à valorização de algumas formas de cuidado com o resgate de antigas tradições e saberes populares. Resgate que envolve sobretudo práticas que prestigiam aspectos relacionados ao físico, ao afetivo, o psicossocial e também ao espiritual. Realçam a importância da busca de modelos que vejam o indivíduo de forma holística, não fragmentado em partes como sugere o pensamento cartesiano, que orienta a biomedicina. Nesta conjuntura, os países ocidentais estão redescobrendo as “terapias alternativas” como métodos de auxiliar o indivíduo no seu processo de adoecimento e cura (GALLI *et al.*, 2012; NEGRELLE *et al.*, 2007; RAMOS, 2017; RIBEIRO, 2015).

2.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Moraes (2007) caracteriza as Práticas Integrativas e Complementares da

seguinte forma:

Propor a recuperação dos modelos hipocráticos de saúde, alcançáveis com o desenvolvimento de hábitos saudáveis e através de meios naturais, as práticas não convencionais visam a um atendimento voltado para o indivíduo e sua singularidade, não se limitando à dimensão biológica, mas incluindo a esfera psíquica emocional e espiritual. (MORAES, 2007, p. 86).

É possível observar a crescente movimentação da sociedade em busca da inserção do pluralismo terapêutico nos serviços públicos. Tem havido muito empenho na criação de outras estratégias de cuidado, de programas e políticas voltados para a Atenção Básica, como a Estratégia Saúde da Família. Esse movimento levou à inserção de Práticas Integrativas e Complementares nos serviços públicos de saúde, antes mesmo de se ter uma política desenhada (RIBEIRO, 2015).

Desde a Conferência Internacional de Alma-Ata que ocorreu no ano de 1978, discute-se nos sistemas de saúde pública no mundo a inclusão da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), sendo estas, práticas e ações de saúde, que não estão inclusas na biomedicina (THIAGO; TESSER, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde por meio de programas e políticas nacionais, promovendo o acesso e utilização coerente (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE, 2002).

O assunto vem sendo discutido no Brasil em várias ocasiões desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foi sugerida a introdução das práticas tradicionais de cura popular no atendimento público de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), decidiu-se incorporar as terapias alternativas e práticas populares no SUS, sendo nomeadas de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) (NEGRELLE *et al.*, 2007).

A história mostra que as PIC utilizadas para fins medicinais se tornaram parte da cultura de muitos povos, permanecendo na atualidade. Com o benefício de apresentar menor custo, as PIC podem ser tanto ou mais eficazes quanto os medicamentos convencionais. Além disso proporcionam a conexão do indivíduo com o meio ambiente e a sociedade, acolhimento e o aumento do vínculo terapêutico

(TELESI JÚNIOR, 2016).

Com base nesses argumentos, o Ministério da Saúde defende o uso das PIC pelo Sistema Único de Saúde aduzindo que:

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos [...] que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.” Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. (BRASIL, 2006b, p. 20).

O termo “Práticas Integrativas e Complementares” pode ser também reconhecido em outros países como Medicina Tradicional (MT), Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e Medicina Integrativa (MI). Esse campo de saberes e cuidados articula um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. Esse amplo acervo de cuidados terapêuticos utiliza ainda recursos como terapias nutricionais, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia (ANDRADE; COSTA, 2010).

Hoje são reconhecidas 29 PIC no SUS: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia Antroposofia, Termalismo, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (BRASIL, c2019).

Por se tratar de um campo amplamente genérico e heterogêneo, para essas práticas foi produzida uma matriz de análise de formas de cuidados à saúde útil para consideração deste conjunto. Trata-se de “Racionalidades Médicas”, conceito criado em 1992 por Madel Therezinha Luz, quando inseriu uma visão médica diferente da biomedicina, ao relacionar as PIC a tratamentos complexos, com base teórica sólida e que considera dimensões relacionadas a valores, crenças e representações

da sociedade (LUZ; BARROS, 2012).

O desenvolvimento desta categoria analítica “Racionalidade Médica” foi para investigar e comparar sistemas médicos complexos. Esta nova categoria é construída como um tipo ideal weberiano, definida como um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: uma doutrina médica (concepções e explicações gerais sobre vida, saúde, adoecimento e cura), uma dinâmica vital (equivalente à fisiologia, na biomedicina), uma morfologia (ou anatomia, na biociência), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Estas cinco dimensões são permeadas por uma cosmovisão ou cosmologia, como sexta dimensão subjacente (LUZ; BARROS, 2012; TESSER; LUZ, 2008, 2018).

O estudo de sistemas de cuidado por meio dessas dimensões permitiu distinguir entre sistemas médicos complexos (Racionalidades Médicas), como a biomedicina, a medicina ayurvédica, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a medicina antroposófica de terapias ou métodos diagnósticos isolados ou fragmentados, como os florais de Bach, a iridologia, o reiki, entre outros que hoje proliferam na cultura alternativa do pós anos 60 (TESSER; LUZ, 2008).

Assim, as PIC no SUS instauram uma espécie de rede com a filosofia da medicina oriental apoiada na tradição cultural, articulada com a ideia de normatividade da vida, citada por Canguilhem (2009), que se apoia no aceite da fragilidade, levando a múltiplas conformações de vida que acompanha formas de cuidado mais sensíveis às variações do viver. É a possibilidade de pensar a saúde de outras maneiras e os cuidados mais pautados na paciência, no aprendizado sobre o processo incerto e ondulante de ter saúde, do bom cuidado com negociações a cada instante. São outros fatores de interferência no processo vital a partir do cuidado de olhar para a saúde e não para a doença (SANTOS, M. A., 2016).

O Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019 destaca a priorização e estruturação das PIC nas três esferas do Governo e aponta para a ampliação e manutenção das PIC em todos os níveis de atenção com o estímulo à formação dos profissionais de saúde e infraestrutura, assegurados pela definição de recursos financeiros da União. É também proposto assegurar o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde dos povos e comunidades tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde; ampliar a oferta de serviços e expandir o elenco de práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, c2019).

A institucionalização das diversas Práticas Integrativas e Complementares tem sido um processo gradativo a fim de atender à demanda social e orgânica da população que vem buscando, no decorrer da história, compor uma dinâmica de cuidado integralizado. Dentre as PIC, esta investigação abordará especificamente a Homeopatia em vista sua grande aceitação pela população, vasta aplicabilidade no sistema de saúde e maior tempo de reconhecimento como especialidade médica (PUSTIGLIONE; GOLDENSTEIN; CHENCINSKI, 2017).

2.2.1 Homeopatia: suas origens e definições

A homeopatia fora idealizada e organizada pelo médico alemão Christian Friedrich Samuel Hahnemann em 1789. Há alguns anos atrás, foi incluída entre as PIC, caracterizando-se, porém, como a que mais se aproxima da prática da clínica médica ocidental; vem daí sua grande importância social e corporativa (PUSTIGLIONE; GOLDENSTEIN; CHENCINSKI, 2017).

Hahnemann retomou as ideias de seus antecessores e estabeleceu um método terapêutico fundamentado na *Lei dos Semelhantes* registrada em 1810 no seu “*Organon da arte de curar*” (TEIXEIRA, M. Z., 1998). Unindo seus conhecimentos de medicina ao resultado de experiências testadas com drogas, tomou como base fundamental para seus estudos a ação farmacológica das drogas sobre o homem sadio, para depois aplicá-las nos indivíduos doentes seguindo o princípio da similitude (LOPES FILHO, 2012).

A palavra homeopatia vem do grego “*ómios*, semelhante”, e “*páthos*, doente”. Ela baseia-se na lei natural de cura já descrita, *similia similibus curantur*, ou seja, o semelhante será curado pelo semelhante (HAHNEMANN, 2013). Desta forma, a Homeopatia é uma ciência consolidada por quatro princípios: Lei dos semelhantes, Experimentação no homem são, Dose mínima e Medicamento único (MENEZES, 2011).

A lei dos semelhantes baseia-se nos dogmas de Hipócrates. Ela descreve que qualquer substância capaz de provocar em um homem sadio, porém sensível, determinados sintomas é capaz de curar, desde que em doses adequadas, um homem que apresente um quadro mórbido semelhante, com exceção de lesões irreversíveis (MOTA, 2009).

A experimentação no homem sadio é um método empírico de investigação natural, onde observa-se os efeitos que as drogas e os medicamentos produzem para saber que enfermidades estes são capazes de curar, sendo esta considerada a única forma para conhecer os efeitos farmacológicos de forma confiável. Esta é também chamada experimentação patogenética ou pura (FONTES, 2013).

Hahnemann conduziu seu primeiro experimento com a substância quina (*Cinchona officinalis*), utilizada para tratar malária e observou que ela provocava, em indivíduos sadios, sintomas semelhantes ao do quadro patológico dessa doença. E, deste modo, a quina, diluída e dinamizada, seria capaz de tratar sintomas semelhantes na doença natural. Patogenesia do Medicamento, foi o nome dado ao conjunto de sintomas provocados na experimentação (ESTRÊLA, 2011).

Tais sintomas, observados no homem sadio, obtidos para cada substância, a partir de uma ordem destinada a facilitar a consulta, foram listados desde a época de Hahnemann em compêndios denominados Matérias Médicas. Foram 99 substâncias experimentadas por Hahnemann, até sua morte, tendo seu trabalho continuado por seus seguidores até nossos dias atuais (LUZ, 2014; NICHOLS, 1988).

Para facilitar a escolha do medicamento indicado para cada paciente, os mesmos sintomas foram agrupados em capítulos (por exemplo, sintomas relacionados ao quadro mental, ilusões, vertigem, cabeça, olho, visão, etc.) e em rubricas e sub-rubricas, que modalizam os sintomas classificados nos diversos capítulos. Estes livros são chamados de Repertórios. Estas duas obras formam a base da literatura médica homeopática (HAHNEMANN, 2013).

Em uma consulta homeopática o médico faz a anamnese, na qual interroga o paciente sobre seus sintomas, sinais, sensações e características pessoais, procurando associá-los com os sintomas produzidos por uma substância que foi anteriormente experimentada em indivíduo são, e que está descrita em uma Matéria Médica. Será escolhida para ser administrada como medicamento a substância cujos sintomas forem mais semelhantes aos do paciente (CESAR, 1999).

O tratamento homeopático é, desse modo, individualizado, tendo em vista que duas ou mais pessoas com o mesmo diagnóstico nosológico podem ser tratadas com diferentes medicamentos, dependendo dos sintomas específicos de cada uma delas. Estrêla (2006) também salienta que, em se tratando de Homeopatia, fala-se de doentes e não de doenças. Portanto, os sintomas referem-se à pessoa, e não apenas a alterações patológicas. Logo, os sonhos, sensações, medos, desejos, aversões,

dentre outros, despertados pelo medicamento na experimentação, vão compor a patogenesia da substância experimentada assim como os sintomas de patologias que possam aparecer.

Os outros dois princípios falam do medicamento homeopático. Hahneman recomendava a utilização do medicamento único: em nenhum caso de tratamento é necessário e, por conseguinte, não é admissível administrar a um doente mais que uma única e simples substância medicamentosa de cada vez. Esta recomendação fundamentava-se na dificuldade de avaliar cada caso, com a utilização de vários medicamentos ao mesmo tempo. E ao se referir a “doses mínimas”, faz referência ao medicamento muito diluído, dezenas, centenas e milhares de vezes e pronto para a dispensação ao paciente (HAHNEMANN, 2013).

Em relação a prescrição, observa-se na homeopatia, não diferente de outras terapêuticas, que existem variados tipos de conduta adotados de acordo com a interpretação de conceitos desenvolvidos ou emitidos, geralmente, por diferentes grupos, se desenvolvendo assim diferentes "linhas", "correntes" ou "escolas" (SAMPAIO; BOMFIM, 2007).

Vários foram os motivos que fizeram surgir diferentes escolas médicas homeopáticas, com suas respectivas maneiras de elaborar a prescrição. Entre estes motivos destaca-se: a complexidade da doença observada, a imprecisão dos sintomas, o desconhecimento dos princípios homeopáticos, o processo de industrialização do medicamento homeopático, a inexistência de patogenesias capazes de cobrir a totalidade dos sintomas observados no doente, a necessidade de estudo constante e a experiência particular de alguns homeopatas. As principais escolas homeopáticas são o Unicismo, o Pluralismo, o Complexismo e o Organicismo (FONTES, 2013).

No Unicismo, o clínico prescreve um único medicamento, à maneira de Hahnemann, com base na totalidade dos sintomas do doente (*simillimum*). Neste caso, procura-se a individualização do paciente "como um todo". Além de ser considerada a enfermidade do órgão com seus sintomas, consideram-se, também, outros sintomas físicos e mentais. No caso do homem, os tipos e frequência dos sonhos são, também, muito importantes (FONTES, 2013).

No Pluralismo, também conhecido por alternismo, o clínico prescreve dois ou mais medicamentos para serem administrados em horas distintas, alternadamente, com a finalidade de um complementar a atividade do outro, atingindo assim, a

totalidade de sintomas do paciente (FONTES, 2013).

No Complexismo, o clínico prescreve dois ou mais medicamentos para serem administrados simultaneamente pelo paciente, normalmente são manipulados complexos de 3 até 10 medicamentos, em potências, geralmente, baixas. Estes são dispensados no mesmo frasco (FONTES, 2013).

No Organicismo, o homeopata pode avaliar um órgão específico e, neste caso, trata diretamente o órgão enfermo, considerando as queixas mais imediatas do paciente. Exemplo: inflamação do útero. Escolhe-se um ou mais medicamentos que, comprovadamente, atua ou atuam num útero inflamado. Este tipo de conduta se aproxima bastante da medicina alopática, que fragmenta o ser humano em órgãos e sistemas, fixando-se apenas no problema local, não levando em conta os sintomas emocionais e mentais que podem estar relacionados (FONTES, 2013).

Fontes (2013), assim como outros autores, também relata sobre variações dentre os prescritores que podem ser segregados entre os ortodoxos que admitem apenas o uso de homeopatia para o tratamento do paciente, sendo assim radicais em não utilizarem outro recurso terapêutico que não a homeopatia. E, os ecléticos que prescrevem medicamentos homeopáticos combinados com outras práticas terapêuticas como: acupuntura, medicamentos alopáticos, fitoterápicos, florais, etc.

Diante das diversas possibilidades de conduta impera o manejo do conhecimento de cada profissional moldado por sua experiência clínica buscando uma terapêutica medicamentosa que seja mais adequada para cada paciente. Assim, cabe ao clínico ter um vasto conhecimento das diferentes escolas médicas e sistemas terapêuticos para buscar o "remédio" mais adequado ao paciente (FONTES, 2013).

2.2.2 O medicamento homeopático

O medicamento homeopático é preparado por um processo denominado dinamização, sendo este uma sequência de diluições seguidas por 100 succussões, ou seja, agitação vigorosa e ritmada contra anteparo semirrígido (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011). Essas diluições são realizadas em número fixo, que varia de acordo com a escala utilizada. No caso da escala mais utilizada durante todo o percurso histórico da Homeopatia até os dias atuais, a Centesimal Hahnemanniana (CH), a razão da diluição é de 1/100ml (uma parte do

medicamento para cem de água ou álcool) seguida de 100 succussões para cada dinamização que se quer atingir. No caso de uma 30^a dinamização (30CH), por exemplo, partindo da tintura mãe esse processo é repetido 30 vezes de forma sequencial (ESTRÊLA, 2006).

Foram observações empíricas que possibilitaram que Hahnemann chegasse a esta maneira de manipulação dos medicamentos homeopáticos (ESTRÊLA, 2006). Hahnemann considerou diluir certas substâncias, uma vez que dentre elas havia venenos e outras substâncias tóxicas, para não ocorrerem fatos trágicos. Nesta tentativa observou algo não habitual: quanto maior se tornava a diluição, ou seja, com menor concentração química da substância, mais sintomas apareciam, inclusive os da ordem da percepção, das sensações, dos sonhos e das fobias. Compreendeu, então, que algum outro elemento, que não o químico tradicional, hoje nomeado de “princípio ativo”, é despertado pela diluição e age nas experimentações e este continua sendo o ponto principal da crítica pelos não adeptos à esta racionalidade médica (HAHNEMANN, 2013; KENT, 1998; NASSIF, 1995).

A respeito das succussões, não há nada registrado nos legados deixados por Hahnemann, apenas uma tradição oral diz que ele próprio tivera observado que quanto mais cavalgava para fazer os seus atendimentos, carregando consigo a Botica Homeopática, mais potentes ficavam seus medicamentos, dessa forma se somou 100 succussões após cada diluição, o que aumentava a eficácia dos medicamentos. Essa observação também foi responsável pela utilização de impregnação dos medicamentos em glóbulos inertes para manterem-se inalterados na mesma potência durante as cavalgadas (ESTRÊLA, 2006).

Existe uma vasta gama de medicamentos homeopáticos e constantemente novos são criados, tendo sempre como ponto de partida a experimentação descrita, inicialmente, pelos dogmas hanemaneanos. Buscando-se uma classificação, estes podem ser divididos em “policrestos” e “medicamentos menores”, segundo a sua patogenesia, que é a capacidade de provocar sintomas no indivíduo são (CESAR, 1999; DENEZ, 2015; FONTES, 2013).

Os policrestos produzem uma maior quantidade de sintomas patogenéticos que os medicamentos menores, sendo, normalmente, prescritos com maior constância, pois como o tratamento visa o restabelecimento do doente, um mesmo medicamento pode ser utilizado para diferentes patologias. São de ação ampla (em muitos sintomas, incluindo principalmente os mentais ou psicológicos), profunda

(capaz de curar não só o sintoma específico de forma pontual, mas agir profundamente no corpo, curando o desequilíbrio que causou o sintoma), múltipla e abundante (CESAR, 1999; DENEZ, 2015; FONTES, 2013).

Além desta classificação, existe a divisão por suas origens: vegetais, minerais, animais, bioterápicos e isoterápicos. Os Bioterápicos são preparações medicamentosas obtidas a partir de produtos biológicos, quimicamente indefinidos: secreções, excreções, tecidos, órgãos, produtos de origem microbiana e alérgenos. Estas podem ser de origem patológica (nosódios) ou não patológica (sarcódios). Os Isoterápicos são preparações medicamentosas obtidas a partir de insumos relacionados com a patologia/enfermidade do paciente que de alguma forma o sensibiliza, sendo classificadas como autoisoterápicos (obtidos do próprio paciente-fragmentos de órgãos e tecidos, sangue, secreções, excreções, cálculos, fezes, urina, culturas microbianas e outros) e heteroisoterápicos (externos ao paciente: alérgenos, alimentos, cosméticos, medicamentos, toxinas, poeira, pólen, solventes e outros (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

Independentemente de sua classificação, o objetivo do medicamento homeopático, cuja indicação está baseada na lei dos semelhantes, é atingir o equilíbrio da energia vital. Desta forma, a Homeopatia, como Racionalidade Médica Vitalista, trabalha com a abordagem do homem como um todo, incorporando no conceito hahnemanniano de saúde-doença a perspectiva do equilíbrio/desequilíbrio da energia vital, energia esta que rege o pleno funcionamento do organismo (TEIXEIRA, M. Z., 1998).

2.2.3 Racionalidade médica homeopática

A Homeopatia possui os elementos que descrevem uma “Racionalidade Médica”, ou seja, a doutrina, a semiologia (morfologia e dinamismo vital), diagnose e terapêutica, sendo assim caracterizada como um sistema médico complexo. Ela tem, na semiologia, a partilha da anatomia e algo da fisiologia com a medicina clássica. Entretanto, no dinamismo vital, na doutrina, na diagnose e terapêutica, possui características que divergem da medicina oficial, por conta do princípio vitalista (ESTRÊLA, 2006).

A Homeopatia, como uma Racionalidade Médica, traz características

próprias e o seu tratamento não deveria seguir à farmacologia aplicada com um pensar alopático. Mesmo sendo individualizada pela clínica de cada homeopata, ela não deve ser restrita em uniformização dos sintomas, pois numa mesma patologia, em pessoas diferentes, podem ser usados medicamentos distintos, tendo como destaque o foco no doente e não na doença. O que diverge disso pode ser chamado de falsa homeopatia ou numa prática alopática, utilizando medicamentos homeopáticos (ESTRÉLA, 2013).

Pode ser estabelecido algumas comparações entre a clínica da biomedicina atual, assim chamada alopatia, e a medicina homeopática, exposto no Quadro 1 a seguir:

Quadro 2 – Quadro comparativo entre medicina alopática e homeopatia

Clínica	Medicina Alopática	Homeopatia
Base	Paradigma newtoniano-cartesiano. Foco na doença	Visão holística, integral. Foco no individuo
Teoria	Teoria da causalidade da doença e seu combate	Teoria da força ou energia vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais
Anamnese	Exame físico e exames complementares	Exame físico e exames complementares. Valorização do diálogo para definição do diagnostico
Diagnóstico	Diagnostico nosológico. Semiologia, anamnese, exame físico e exames complementares.	Amplitude no diagnóstico: Diagnostico nosológico, constitucional, biotipológico, temperamental, diatésico. A partir do similimum. Repertorização.
Queixa principal	Sintomas físicos e alterações fisiológicas	Sintomas físicos e alterações fisiológicas. Sintomas subjetivos
História Familiar	Predisposição genética	Cultural, genética, hábitos alimentares. Influência miasmática
História da Doença Atual	Considerações clínicas atuais da doença	Considerações clínicas das doenças psíquicas fisiológicas e comportamentais do paciente.
Histórico social	Hábitos, dados socioeconômicos	Hábitos, dados socioeconômicos Religiosidade
Tratamento	Medicamento padronizado, cirurgia e higiene	Medicamento individualizado e higiene
Prescrição	Conforme o protocolo de tratamento da doença	Individualizada com base no paciente
Análise do ambiente "adoecedor"	Determinantes sociais e infecciosos e laborativos	Determinantes sociais e infecciosos, comportamentais e laborativos

Fonte: Adaptado de Luz (1993).

Esta comparação destaca que, embora partam de um mesmo tronco histórico do saber médico, suas ramificações tomaram posições distintas. Nota-se distinção em vários campos aqui apontados e, o mais relevante seria o olhar integral atribuído a homeopatia que avalia a totalidade sintomática do paciente, e totalidade não restrita ao físico, mas também ao psicossocial e espiritual.

Por estas características peculiares se torna difícil enquadrar a Racionalidade Médica Homeopática dentro da lógica produtivista e reducionista. A exemplo, a anamnese para a homeopatia e outras PIC se torna comprometida considerando que a produção de consultas deve ser alcançada para atender a normatizações do sistema de saúde, geralmente baseadas na biomedicina. Devido a essas dificuldades têm se buscado meios de legitimação das PIC destacando suas peculiaridades.

2.2.4 Homeopatia no Sistema Único de Saúde

No contexto das PIC, a homeopatia se refere à uma transição cultural, hoje contra hegemônica do paradigma sanitário. Este paradigma tem uma interface com a efetivação dos conceitos que constroem o SUS. Como dito por Estrêla: “as PIC têm vocação para o SUS” (ESTRÊLA, 2013, p. 202).

Neste contexto a autora menciona que o processo de implantação das PIC no SUS, mais que uma oferta de serviços, significou um processo de resistência e de luta para que essas práticas pudessem ter o *status* institucional atual. Segundo Luz (2014) esta resistência e luta seria no sentido de buscar intervenções médico-sociais que atendessem as necessidades de saúde da população de forma distinta da que se observava no modelo biomédico.

As PIC sempre estiveram presentes na assistência à saúde da população. Antes do reconhecimento das especialidades da Homeopatia em 1980 e da Acupuntura em 1995, estes atendimentos eram oferecidos aos pacientes por meio de ambulatórios filantrópicos geralmente mantidos por instituições religiosas e até mesmo dentro da assistência médica das forças armadas (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

Embora seja considerada uma especialidade médica, a Homeopatia é uma medicina de caráter generalista, que pode ser utilizada em todas as faixas etárias e

em qualquer perfil de paciente. Fato que explica sua presença na Atenção Primária em UBS, compondo equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, também, na Atenção Secundária, nos centros de práticas integrativas ou de especialidades (SALLES; AYRES, 2013).

No Brasil, a homeopatia foi trazida pelo médico francês Dr. Benoit Jules Mure, em 21 de novembro de 1840, data que hoje se comemora o dia nacional da homeopatia e este mesmo mês assume a cor verde, com intuito de aumento da divulgação desta prática. Nacionalmente, a homeopatia foi reconhecida como prática médica desde o final do século XIX, sendo objeto de citação no Decreto Imperial nº 9.554 de 3 de fevereiro de 1886 (BRAZIL, 1886), fundamentando e apoiando a oficialização das farmácias homeopáticas (SILVA, C. C.; ALVES, 2011).

Anos mais tarde, em 1912, foi fundada a Faculdade do Instituto Hahnemanniano do Brasil e em 1916 inaugurado o Hospital Hahnemanniano. Os médicos formados nesta instituição são aptos a exercer as terapêuticas alopática e homeopática. Em 1979 nasce a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), que é a atual representante de todos os médicos homeopatas do país (JUSTO; GOMES, 2007).

A implementação da homeopatia na rede pública de saúde iniciou-se em 1985, com a celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB). Tal convênio teve como intuito institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde do país (LUZ, 2014).

Este convênio pluri institucional iniciou uma série de discussões sobre a necessidade de regulamentar as práticas que por direito deveriam estar sendo oferecidas aos cidadãos no SUS segundo a Constituição Federal e que já estavam disponíveis no sistema, mesmo que pontualmente (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

Dentre os acontecimentos que seguiram, vale destacar dois eventos que contribuíram para a consolidação da Homeopatia: sua inserção nos próprios serviços do Inamps e a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, pois, pautada pela reforma sanitária, deliberou em seu relatório final a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan) publicou a resolução que traçava as primeiras normas para implantação do atendimento homeopático nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015).

A partir de então as redes locais de saúde começaram a introduzir programas de terapias alternativas, iniciando um movimento de expansão no qual os municípios ganharam autonomia para a execução dos serviços de saúde. Muitos deles passaram, assim, a considerar a Homeopatia como opção terapêutica a ser inserida nesses serviços (JUSTO; GOMES, 2007)

Ainda na década de 1990, a X Conferência Nacional de Saúde aprovou a incorporação ao SUS de práticas de saúde como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares em todo o País (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

A partir do I Fórum Nacional de Homeopatia, realizado no ano de 2004 em Belo Horizonte, Minas Gerais, intitulado “A homeopatia que queremos implantar no SUS”, onde a AMHB apresentou o tema “A estratégia de Juiz de Fora”, que alertava para a regulamentação e o controle social na implantação/implementação das PIC nos municípios, uma política nacional começava a se desenhar no país. Em 2006, foi aprovada pelo Ministério da Saúde (MS) a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006b), que traz a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC-SUS), como descrito anteriormente (DENEZ, 2015).

Segundo os conceitos de Luz (2014), a história social da Homeopatia no Brasil segue períodos de avanço e retrocesso desde sua introdução no país. Experimenta períodos onde alcança certo status no cenário médico nacional, períodos de coexistência pacífica com a racionalidade médica hegemônica, ou mesmo uma posição de disputa pelos espaços institucionais dentro da medicina.

Esta prática médica bicentenária é caracterizada, por consenso entre os homeopatas, como de alta resolutividade, baixo custo, amplo alcance e boa aceitação social (PUSTIGLIONE; GOLDENSTEIN; CHENCINSKI, 2017). No entanto, há críticas feitas pela comunidade científica de que esta é uma prática que não tem evidências científicas e eficácia clínica comprovadas. Atualmente tem havido movimentos contra o uso das PIC no SUS, a exemplo do Instituto Questão de Ciência, criado em 2018, que usa o termo *pseudociências* para se referir às medicinas alternativas, incluindo a homeopatia (INSTITUTO QUESTÃO DE CIÊNCIA, c2020).

O principal alvo de resistência à homeopatia se baseia na não

compreensão da ação das ultra diluições. Grandes são as dificuldades para comprovação científica da ação farmacológica dos medicamentos homeopáticos. Muitos experimentos laboratoriais foram desenvolvidos para confirmar a essa ação (BASTIDE; LAGACHE, 1997; BELON *et al.*, 1999, 2004), mas faltam explicações sobre os mecanismos e o local de sua ação.

Para além das críticas, observa-se um movimento científico para legitimar o que, na prática, já é uma verdade consagrada a vários anos: os notáveis resultados da terapêutica homeopática. Para sustento favorável, a Câmara Técnica de Homeopatia do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo elaborou, em 2017, o Dossiê Especial "Evidências Científicas em Homeopatia" com o intuito de esclarecer a classe médica e a população (CÂMARA TÉCNICA DE HOMEOPATIA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2017).

Além de trazer o panorama mundial da homeopatia como especialidade médica e de sua inclusão nos currículos das faculdades de medicina, o dossiê abarca outras revisões sobre as linhas de pesquisa que fundamentam os pressupostos homeopáticos (CÂMARA TÉCNICA DE HOMEOPATIA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2017). Também pode ser destacado o dossiê internacional "*Scientific Framework of Homeopathy: Evidence Based Homeopathy*", publicado em 2015 (MANCHANDA, 2015). Este último traz a situação atual da homeopatia e sua pesquisa em vários campos e países.

Muitos são os referenciais teóricos de pesquisa sobre esta racionalidade médica, tanto a nível nacional quanto internacional e muitos trabalhos científicos são publicados periodicamente. Assim como dito por Marcus Zulian Teixeira à Folha de São Paulo: "*Ausência de evidências ou negação das existentes?*" (TEIXEIRA, M. Z., 2018).

Estudos da Prefeitura de Belo Horizonte demonstraram resultados positivos da Homeopatia em comparação com a alopatia na Atenção Primária. Puderam ser observados menor índice de encaminhamentos e menor número de exames complementares, o que demonstra maior resolutividade com menor gasto financeiro (NOVAES, T. C., 2003). Corroborando com os dados deste estudo, Moreira Neto em 1999 observou que os homeopatas da cidade de São Paulo encaminhavam 1 em cada 41 pacientes atendidos e solicitavam apenas 1 exame complementar em cada 31,3 consultas realizadas, o que representa redução de custos do tratamento.

Por estes e outros motivos a implantação da homeopatia no SUS é um fator

de extrema beneficência, não só para os pacientes que demonstram confiança na terapêutica e melhor adesão a este tratamento, como também para a gestão do sistema de saúde por contar com predomínio de tecnologias leves, baixo custo e grande resolutividade.

Pode ser observado, de acordo com Lemonica (2014), que a efetiva implantação da Homeopatia nos serviços públicos de saúde está associada à vontade política dos gestores para que sejam oferecidos serviços e produtos de alta qualidade, incluindo profissionais qualificados e medicamentos confiáveis, com investimento financeiro nos diversos níveis de governo.

A Homeopatia requer poucos recursos ou materiais para que possa ser praticada com eficiência. Sua técnica de atendimento consiste em uma anamnese detalhada, baseada num processo de “ouvir atento”, dando liberdade para que o paciente relate de forma espontânea toda informação a seu respeito que achar relevante (SALLES, 2006; TEIXEIRA, M. Z., 1998). O processo de cura homeopático baseia-se nessa relação de confiança e acolhimento, onde o paciente é chamado a participar ativamente de todo caminho de autoconhecimento, corrigindo hábitos de vida e afastando obstáculos a cura (LEMONICA, 2014).

Desta forma, o SUS, em consonância ao cenário mundial, tem reconhecido os benefícios das PIC tanto a nível de ampliação das formas de cuidado quanto a nível socioeconômico com a valorização de práticas culturais de grande resolutividade, baixo índice de efeitos nocivos e reduzido custo para a rede de saúde.

Para tanto, se faz necessário o estabelecimento de políticas públicas que legitimem e positivem o uso de tais práticas no SUS, possibilitando a orientação para como implementá-las no sistema de saúde.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O Ministério da Saúde (MS) em 2006 aprovou, através das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006b) e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006a), uma política pública para essas práticas denominada “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” (PNPIC), por considerar prioridade o incremento de diferentes abordagens, a melhoria dos serviços, o aumento do acesso e da resolutividade do Sistema Único de Saúde. Para tanto,

tornou disponível outras opções preventivas e terapêuticas além da medicina chamada ocidental (BRASIL, 2006b).

A PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. A implantação ou implementação da PNPIC no SUS busca a ampliação da oferta de ações de saúde e promove a abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a prática de cunho privado (BRASIL, 2006b).

Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006b).

Após a publicação da política foi percebido não só o crescimento das práticas institucionalizadas como também o reconhecimento de outras práticas que já eram utilizadas na rede de saúde de vários estados, Distrito Federal e municípios. Assim, observou-se a necessidade de inclusão de novas práticas na Política.

Em 28 de setembro de 2017, através da portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, foram incluídas 14 práticas integrativas, sendo esta alterada em 21 de março de 2018, por meio da portaria nº 702 de 21 de março de 2018 (BRASIL, 2017), que acrescentou mais 10 novas práticas na PNPIC, chegando assim ao total de 29 Práticas Integrativas no SUS. Os recursos terapêuticos de cada uma delas foram sucintamente apresentados no Apêndice A.

Pode-se elencar algumas características que são comuns às Práticas Integrativas: essas apresentam origens milenares e nos mais diversos povos, predominando nas descrições a terapêutica de forma holística onde as dimensões: corporal, mental, espiritual e social são integralizadas para atingir a saúde do indivíduo (BRASIL, c2019).

Observa-se também que são terapêuticas que demandam tecnologias leves e poucos recursos tendo em vista que o diferencial é o aumento do vínculo e a reestruturação do cuidado, principalmente com valorização do autocuidado. Estes fatores enfatizam a necessidade de maior reconhecimento e valorização de tais práticas, haja vista que estas aumentam a quantidade de recursos a serem utilizados pelos cidadãos para promoção, proteção e recuperação de saúde.

O cuidado humanizado, integrado e continuado contribui com a maior

resolutividade do sistema de saúde com qualidade, eficácia, eficiência, segurança e participação social. Ademais, as PIC fazem com que o cidadão se sinta cada vez mais à vontade e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque ele passa a se sentir mais respeitado, valorizado e, principalmente, bem acolhido (SILVEIRA, 2017).

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das PIC e orienta que estados, Distrito Federal e municípios instituem suas próprias normativas trazendo para o Sistema Único de Saúde (SUS) práticas que atendam às necessidades regionais. A política traz diretrizes gerais para a incorporação das práticas nos serviços e, compete ao gestor municipal elaborar normas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde (BRASIL, 2006b).

Não há recursos específicos para as PIC na Atenção Básica. Alguns tratamentos, como acupuntura recebem certo tipo de financiamento, que compõe o bloco de média e alta complexidade (BMAC). Estados e municípios também podem instituir sua própria política, considerando suas necessidades locais, sua rede e processos de trabalho (BRASIL, 2018b).

A nível nacional observa-se algumas experiências de implantação das PIC, segundo dados do Ministério da Saúde, entre a Atenção Básica e os serviços de média e alta complexidade totalizavam 9.350 estabelecimentos de saúde no país, ofertando 56% dos atendimentos individuais e coletivos em PIC nos municípios brasileiros em 2016. As PIC estão presentes em quase 54% dos municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras (BRASIL, c2019).

As recentes atualizações da PNPIC vêm legitimar o aumento do uso de novas práticas de saúde pela população, em consonância com seu crescente uso internacional. Todavia, a incorporação das PIC na saúde pública brasileira ainda está em lenta expansão. E, em municípios que já apresentam as práticas na rede de atenção à saúde, tem-se notado um campo fragmentado e com diversas limitações para seu efetivo funcionamento (RAMOS, 2017).

Frente a este cenário de institucionalização das PIC no SUS depara-se com uma série de desafios, sendo alguns destes relacionados ao reconhecimento no meio acadêmico, escassez de pesquisa e outros fatores de ordem econômica e institucional que dificultam a execução da PNPIC e fragilizam a existência das PIC no âmbito do sistema público.

2.3.1 Os desafios para implementação da política de Práticas Integrativas Complementares

Ponderando sobre a progressiva procura e a institucionalização dos serviços relacionados às PIC, sobretudo após a publicação da PNPIC e suas atualizações, se torna indispensável enumerar os desafios de sua implementação e propor formas para transpô-los com o intuito de atender às necessidades de saúde da população.

Esta temática é parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Contudo, a OMS indica como grandes desafios a realização de estudos de custo efetividade, assim como de segurança, eficácia e qualidade dessas práticas, além de pesquisas que estabeleçam as situações clínicas nas quais as PIC possam ser utilizadas (TEIXEIRA, J. B. P., 2014).

A literatura acrescenta ainda que tanto a acupuntura, como a homeopatia têm maior oferta no setor privado se comparada ao público, considerando tanto o atendimento e execução quanto a formação acadêmica. Acontece, na atualidade, um processo de comercialização e de elitização da oferta das PIC, tendo em vista a sua presença no setor de saúde privado e liberal (SOUSA *et al.*, 2012).

Com relação à clínica, pelos dados literários, é sugerido que o uso de PIC pela população, comumente, seja omitido em consultas médicas e de enfermagem. Observa-se ainda que tal questionamento não é levantado pelo profissional de saúde em sua anamnese, o que pode, inclusive, levar a sérias consequências, relacionadas a interações medicamentosas e/ou toxicidade (DEUS, 2016; SOUSA *et al.*, 2012). Desta forma, é imprescindível o profissional de saúde estar capacitado para reconhecer o uso destas como instrumento terapêutico, mesmo que não tenha afinidade com estes tratamentos.

Concorda-se que o conhecimento insuficiente pode levar a concepções errôneas sobre o tema, prejuízos na sua aplicabilidade e desvalorização do alcance das PIC. Essa lacuna pode ser superada com a qualificação, prevista pela PNPIC, dos profissionais atuantes no SUS, por meio de educação permanente, de responsabilidade das gestões federal e estadual. Em consonância, observa-se a necessidade de investir mais em pesquisas que possam assegurar o uso dessas práticas e também na formação multiprofissional que contemplem discussões sobre PIC, a fim de preparar os profissionais de saúde para a demanda que ressurge.

A respeito da formação profissional em PIC, endentem os autores Wenceslau, Röhr e Tesser (2014) ser insatisfatório o modelo de ciência hegemônico para o aprendizado de uma medicina que contemple a integralidade do ser humano. À vista disso, o ensino das racionalidades não biomédicas, deve ser mais bem realçado uma vez que é imprescindível o desenvolvimento de uma nova proposta de abordagem científica que propicie compreensão integral das condições de saúde e adoecimento.

As disciplinas que abarcam a capacitação em Práticas Integrativas e Complementares, atualmente, são pouco exploradas nas Universidades Públicas e, quando presentes, são de maneira eletiva, inexistente na formação básica dos futuros profissionais de saúde. Percebe-se que no meio acadêmico também há falta de conhecimento sobre as políticas que amparam o uso dessas práticas (DEUS, 2016; SOUSA *et al.*, 2012).

Ademais, a incorporação das PIC exige uma nova postura profissional frente aos usuários e suas práticas cotidianas, redefinindo a finalidade do processo de trabalho e reconhecendo o usuário como participante ativo em seu processo terapêutico. Portanto, existe a necessidade de mudança dos modelos de formação profissional na saúde a partir do compromisso social, perante o ideário do SUS e de seus usuários, principalmente na capacitação para atuar na Atenção Primária à Saúde (DEUS, 2016).

Outro obstáculo relevante na esfera pública é a falta de articulação das PIC com os demais programas, serviços e ações do SUS. Há várias interfaces nas quais essas práticas poderiam contribuir, tais como: doenças respiratórias; saúde do idoso; saúde da mulher; doenças crônicas, por exemplo hipertensão e diabetes; assim como prevenção de doenças como a dengue, dentre várias outras. Contudo há um distanciamento do conceito de complementares e integrativas pois não se observa este intercâmbio. Este fato se dá pela grande dificuldade dos gestores técnicos das PIC trabalharem de forma matricial no sistema, em parte porque essas práticas ainda apresentam poucos dados nos sistemas de informação e se tornam negligenciadas pela gestão das três esferas governamentais (ESTRÊLA, 2013).

A respeito da institucionalização da homeopatia e das demais PIC observa-se que a PNPIC, como já dito, trouxe visibilidade a estas, porém ainda se faz necessário mais investimentos tanto a nível financeiro, quanto a nível de formação de profissionais da área. A respeito do financiamento, destaca-se que nas presentes

atualizações desta política não se prevê orçamento específico para implementar as novas 29 práticas, ficando retidas à simples permissão do gestor.

Assim, mesmo nas situações nas quais os serviços já estão estruturados, eles mantêm funcionamento de forma isolada e dependente de profissionais já presentes na rede pública estarem dispostos a se capacitarem e exercerem as PIC em consonância com o serviço já exercido.

Além de todos os obstáculos, as publicações nacionais apresentam a utilização de PIC para diversas patologias, desde tratamentos de transtorno mental, doenças respiratórias, hipertensão, doenças crônicas, profilaxia de dengue e ansiedade, até a utilização para tratamento de leishmaniose tegumentar americana (DEUS, 2016).

Para que sejam institucionalizadas, os estados e municípios formulam políticas para implementar as PIC de acordo com as demandas de sua população, fato percebido no Estado de Minas Gerais.

2.4 POLÍTICA ESTADUAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O Estado de Minas Gerais tem um importante percentual de municípios, 66% (564 dos 853), que oferece PIC, principalmente na Atenção Primária (88%) (BRASIL, 2018a). Como pode-se observar no diagnóstico situacional feito em 2008, já existiam municípios mineiros, em 1991, que adotavam alguma iniciativa de inclusão de PIC no SUS. As práticas mais encontradas neste diagnóstico foram a fitoterapia, a homeopatia e a acupuntura, nessa ordem, seguida de práticas corporais variadas. Embora não tenha sido encontrada crenoterapia ou termalismo nas respostas, o Estado de Minas Gerais possui vocação natural para essas práticas graças ao grande manancial de fontes termais e medicinais existentes em seus municípios (MINAS GERAIS, 2009a).

Nos anos de 2004 e 2005, em meio as discussões para elaboração da Política Nacional observa-se o incremento desta implantação. Após a publicação da PNPIC em 2006, gerou-se a necessidade de formulação de uma política estadual que norteasse as diretrizes de acordo com as necessidades e demandas existentes no exercício das PIC (MINAS GERAIS, 2009a).

Assim, em 27 de maio de 2009 foi publicada a Resolução SES-MG nº

1.885, de 27 de maio de 2009 (MINAS GERAIS, 2009b) que aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC-MG). Esta propôs diretrizes e estratégias para implantação e implementação das PIC no Estado de Minas Gerais, com a definição de seus aspectos inerentes, como a elaboração de protocolos técnicos, a articulação intersetorial e entre municípios, educação permanente, Assistência Farmacêutica, índices indicadores para acompanhamento e definição de recursos orçamentários (MINAS GERAIS, 2009a).

Por meio desta política esperava-se o aumento da inclusão das PIC a nível estadual, fato que realmente ocorreu. Contudo, para o efetivo acesso da população à estas, ainda se faz atual e necessária a discussão do financiamento dessas práticas junto aos três níveis de gestão (MINAS GERAIS, 2009a).

2.5 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

Localizado na Zona da Mata Mineira, o município de Juiz de Fora possui população estimada de 568.873 habitantes para 2019, com índice de Desenvolvimento Humano – IDHM de 0,778 em 2010. Juiz de Fora, em 2017, alcançou um PIB per capita de R\$ 28.355,07 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2017).

Juiz de Fora tem como principais setores econômicos a indústria e os serviços, sendo o setor de serviços responsável por 62,4% do PIB do município em 2010, enquanto a indústria gera 23,4% do PIB. As principais atividades do Município são as fabricações de alimentos e bebidas, produtos têxteis, artigos de vestuário, produtos de metal, metalurgia, mobiliário, montagem de veículos e outros (JUIZ DE FORA, 2014).

Sendo município polo da microrregião de saúde de Juiz de Fora (totalizando 12 municípios) e da macrorregião de saúde Sudeste (totalizando 94 municípios), Juiz de Fora tem, sob sua responsabilidade sanitária, prevista na Programação Pactuada Integrada (PPI), a oferta de atenção especializada (MINAS GERAIS, 2019).

Em Juiz de Fora, a Atenção Primária à Saúde dispõe de 63 Unidades Básicas de Saúde - UBS. Destas, 19 unidades implantadas no modelo tradicional e o

restante no modelo da Estratégia de Saúde da Família (JUIZ DE FORA, 2017).

Juiz de Fora é um dos cinco municípios do Estado de Minas Gerais referência em Práticas Integrativas e Complementares, pois institucionalizou a homeopatia no SUS em 1995, antes mesmo da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) de 2006 e da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC-MG) de 2009, tendo relevante papel na elaboração destas (JUIZ DE FORA, 2019).

Ao vislumbrar o cenário de Juiz de Fora pode-se notar que as PIC fazem parte do planejamento municipal e, em Plano de Saúde anterior, já tivera até propostas mais ampliadas como a criação de um Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Juiz de Fora, para atendimento de toda microrregião (JUIZ DE FORA, 2013). Todavia a prática cotidiana tem mostrado várias limitações na efetivação do que propõe a PNPIC.

A homeopatia, primeira prática integrativa a compor o planejamento de saúde neste município, foi iniciada por um médico que atuava como clínico e conseguiu autorização do secretário de saúde para utilizar a homeopatia no posto de saúde onde clinicava, desde que fornecesse a medicação por meios próprios e permanecesse com o mesmo tempo e número de consultas. E assim o fez por 10 anos, até a consolidação do serviço de homeopatia no SUS-JF (ESTRÊLA, 2006).

O movimento efetivo de organização institucional da especialidade na cidade propiciou a criação do Departamento de Homeopatia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora (DHSMCJF), formalizada na reunião realizada em 12 de setembro de 1992, a fim de legitimá-la como entidade com fins científicos junto à comunidade médica e à sociedade local (ESTRÊLA, 2006).

Em abril de 1994, iniciava a implementação do regime de gestão semiplena do SUS na cidade, neste momento houve a solicitação de implantação da Homeopatia no SUS. Criou-se, então, um acordo de cooperação entre a SMS e o DHSMCJF. A estratégia de implantação previa um serviço centralizado, submetido a uma chefia local, e uma farmácia própria, sendo este inaugurado em 20 de dezembro de 1995 (ESTRÊLA, 2006).

Em 2002, com a reforma administrativa, foi criado o Departamento das Terapêuticas não Convencionais. Em 2004, o serviço apresentou sua experiência no I Fórum Nacional de Homeopatia, a convite do Ministério da Saúde, com a finalidade de fundamentar debates essenciais à construção das linhas estratégicas da Política

de Medicinas Naturais e práticas complementares (2004), que futuramente deu origem à PNPIC. Logo depois, em 2005, foi agraciado com uma menção honrosa, na categoria experiências exitosas, com o prêmio Sérgio Arouca da Secretaria de gestão participativa do Ministério da Saúde (ESTRÊLA; CAMPOS, 2014).

Após a publicação da PNPIC, o departamento foi renomeado para Departamento de Práticas Integrativas e Complementares (DPIC). Em 2010, recebeu o primeiro lugar no prêmio Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde (SES-MG) na categoria de experiências exitosas (ESTRÊLA; CAMPOS, 2014).

A partir da nova reforma administrativa de 01 maio de 2019 o DPIC perde o status de departamento e situa-se na Atenção Secundária dentro do organograma do Departamento das Clínicas Especializadas (DCE) da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora. Sendo desde então denominado “Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora” (SPIC/JF).

O serviço conta com uma equipe multidisciplinar capacitada, composta por: 9 médicos prescritores de medicamentos homeopáticos, 2 médicos acupunturistas, 2 farmacêuticas, 2 técnicos de laboratório, 2 enfermeiras, 4 auxiliares de enfermagem e 1 assistente social. Com exceção dos técnicos de laboratórios, os profissionais são concursados estatutários. Os médicos cumprem carga horaria semanal de 12,5 horas e os demais profissionais, 40 horas.

O acesso ao SPIC/JF é feito via Central de Marcação de Consulta (CMC), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O usuário pode solicitar consulta para especialidade médica homeopática por demanda espontânea ou por encaminhamento de um profissional da equipe de Atenção Básica. Já para a acupuntura somente por encaminhamento médico.

O estudo de Paiva, 2019, realizou entrevistas no SPIC/JF observando que a maioria dos usuários chegaram a UBS já decididos a se tratar com as PIC em busca de um tratamento mais amplo. Foi observado também incentivo da equipe da Atenção Primária para que a população buscasse as PIC. Resultados que demonstram que tanto usuários quanto profissionais reconhecem a importância destas terapêuticas como uma nova forma de trabalhar o adoecimento.

No período deste presente estudo foram em média 6,52 encaminhamentos por mês para cada médico, ou seja, 528 novos pacientes nos 9 meses analisados, sendo a média mensal de 58,7 encaminhamentos da UBS.

Atualmente não há demanda reprimida para a homeopatia. O que dificulta

muitas vezes a chegada do usuário ao SPIC/JF é a orientação inadequada por parte do serviço de Atenção Básica que, embora conheçam o serviço e reconheçam sua importância, apresentam dificuldades no direcionamento dos usuários. Não é permitido encaminhamento direto dos serviços de Atenção Secundária para o SPIC/JF. Os usuários têm que se direcionar a Atenção Básica e solicitar marcação da consulta via CMC. Podem ser agendadas até 5 consultas por dia/médico, o que garante uma oferta de 45 consultas diárias. Entretanto, de outubro de 2018 a junho de 2019 foi uma média real de 3,45 consultas por médico ao dia, contando as vagas de primeira vez, atendimentos de retorno e as intercorrências.

O SPIC/JF organiza as atividades por meio de um Protocolo de Rotinas elaborado pela equipe e revisado anualmente. Na primeira consulta os pacientes participam de uma “Reunião de Acolhimento” que é realizada pela enfermagem e o serviço social. Esta atividade preza pelo atendimento humanizado, visa esclarecer sobre o funcionamento do Serviço e os fundamentos da homeopatia para uma melhor compreensão da dinâmica da consulta e do tratamento homeopático. É também abordado o funcionamento da farmácia e os cuidados com os medicamentos, que na homeopatia e nas PIC possuem diversas peculiaridades (JUIZ DE FORA, 2019).

Após esta reunião é aberto um prontuário exclusivo do serviço e o usuário recebe um cartão para registro das consultas seguintes, que são marcadas diretamente no SPIC/JF, de acordo com o agendamento previsto pelo médico. O tratamento é individualizado, com tempo previsto na primeira consulta de 50 a 60 minutos e, nas de retorno, de 20 a 30 minutos, conforme legislação pertinente (JUIZ DE FORA, 2019).

Em relação a Educação Permanente, há um seminário interno anual para atualização do Protocolo de Rotinas, exposição de temáticas atuais com toda equipe e programação das atividades futuras. Quinzenalmente, os médicos se reúnem para discussão de casos clínicos e troca de conhecimentos científicos; a Enfermagem, Farmácia e Serviço Social realizam reunião para apresentação de assuntos específicos da dinâmica de trabalho e educação continuada com temas de interesse da equipe. É realizado em novembro a comemoração do dia da homeopatia, onde acontecem atividades para integração com a população e divulgação do serviço. Neste mês normalmente é feito também atividades científicas para os funcionários e outras abertas à população.

O SPIC/JF dispõe de uma farmácia própria para manipulação dos

medicamentos homeopáticos. Disponibiliza também acupuntura e outras atividades de promoção a saúde como: Roda de Conversa, Atenção Farmacêutica e programas de alimentação saudável (Grupo Educação em Saúde). Direcionado pela proposta de ampliação das PIC, o SPIC/JF avança com a proposta de um projeto de implantação de fitoterapia apoiado pelo Ministério da Saúde, através do Edital 2 SCTIE/MS/2015, entretanto, este ainda está dependendo de processos licitatórios para compra dos insumos necessários.

Em março de 2019 iniciou-se o grupo de Meditação e, em novembro, o grupo de Autocuidado, ambos mediados por um dos médicos do serviço. Este, por sua vez, tem sua agenda adaptada à incorporação destas atividades e, conta com a colaboração da Assistente Social e da equipe de Enfermagem. Observa-se aqui mais um exemplo prático de implementação das PIC no SUS, que parte de iniciativas individuais de profissionais, já do quadro, que têm a permissão de exercer alguma PIC, sem prejuízo do cumprimento de suas atividades anteriores.

Como dificuldades na realização de um trabalho articulado em rede de atenção podemos destacar em relação as PIC: carência de interação com a rede básica de saúde para garantir eficiência no processo de marcação de consultas; não atendimento à demanda da acupuntura; atraso na implementação do projeto de fitoterapia; e o não abastecimento da farmácia por dificuldades no processo de compra dos insumos necessários para a manipulação.

O SPIC/JF tem a maior assistência voltada para a Racionalidade Médica homeopática, a qual é ofertada a população do município desde 1995. Diante desta realidade o presente trabalho terá foco na Homeopatia, haja vista que essa ainda é a de maior grau de institucionalização no país, já presente no sistema de saúde desde a década de 80 por iniciativas individuais dos profissionais de saúde.

O medicamento é fator central e crucial no sucesso do tratamento homeopático. E, sobre os medicamentos homeopáticos, pode-se dizer que apresentam baixo custo, isto porque basicamente o valor gasto corresponde a mão de obra, vidraria e manutenção própria da farmácia. O valor das matérias primas é ínfimo, dado a técnica homeopática de doses infinitesimais.

Pode ser observado na prática cotidiana o que foi relatado no trabalho de Lemonica (2014), quando o medicamento não é fornecido de forma gratuita ao paciente a adesão ao tratamento é profundamente comprometida. Isto porque os pacientes em sua maioria não conseguem cumprir o tratamento quando precisam

adquirir o medicamento na rede privada, mesmo este apresentando um valor relativamente baixo.

Tal descontinuidade na linha de cuidado interfere no grau de resolutividade junto à prevenção e atenção aos agravos à saúde.

Dentro deste aspecto a Assistência Farmacêutica se configura como ferramenta de promoção de saúde e deve estar presente nos estudos atuais e ser contemplada nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES

No Brasil, a Constituição de 1988, em seu artigo 196, estabelece a assistência à saúde como um

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2019, p. 153).

Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) estabelece que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, explicitando a importância do acesso aos medicamentos (BRASIL, 1990). Este ato normativo confere, assim, à saúde e à Assistência Farmacêutica o *status* de direito fundamental, devendo ser efetivo para todos os cidadãos (SANT'ANA *et al.*, 2011).

A Assistência Farmacêutica é definida, na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como:

um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004, p. 52).

As etapas da Assistência Farmacêutica são didaticamente representadas no Fluxograma 1. Expressas em um círculo, representam atividades interligadas, consecutivas e contínuas.

Fluxograma 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Ferreira Neto (2015).¹

No Plano Plurianual (PPA) 2018-2021 de Juiz de Fora, temos, dentro do objetivo estratégico da Saúde, a ação da Assistência Farmacêutica no Abastecimento dos medicamentos padronizados, ou seja, aqueles elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e incluídos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). A RENAME elenca os medicamentos homeopáticos conforme a terceira edição da *Farmacopeia Homeopática Brasileira* (BRASIL, 2020).

Assim, no PPA, a meta da Assistência Farmacêutica de “promover a compra, abastecimento e dispensação de medicamentos padronizados e outros relacionados a agravos e programas específicos de forma contínua, eficiente e eficaz,

¹ Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2592>.

facilitando o acesso racional dos usuários aos medicamentos” traz também planejamento orçamentário para compra das matrizes que são utilizadas na farmácia de homeopatia do SPIC/JF (JUIZ DE FORA, 2017).

A instituição da PNAF, formalizada pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 (BRASIL, 2004), do Conselho Nacional de Saúde, foi particularmente importante na obtenção de resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população, onde o medicamento é entendido como um insumo essencial. No conjunto de suas ações, destaca-se o acompanhamento e a avaliação do uso de medicamentos, como uma perspectiva de obtenção de resultados concretos e de melhoria da saúde da população (BRASIL, 2004).

Nesse íterim, conceitua-se a Atenção Farmacêutica como a gestão da terapia medicamentosa individualizada, que tem como meta a dispensação do medicamento para o paciente, de acordo com suas reais necessidades. Tendo como ferramentas essenciais o acesso à informação sobre medicamento (doses, via de administração e forma farmacêutica), além do necessário cuidado com a posologia e o monitoramento terapêutico, cujos objetivos são: a cura, eliminação ou redução da sintomatologia e diminuição dos agravos ou a prevenção de determinada enfermidade/sintoma (SILVA, C. C.; ALVES, 2011).

O farmacêutico, no cenário das PIC, é peça fundamental do cuidado, tendo em vista que a Farmácia Homeopática é um local que não apenas dispensa, mas também manipula medicamentos homeopáticos. Manipulação esta que é também ferramenta da individualização de cada paciente.

A literatura afirma que: a prescrição homeopática é o ato que representa o *momento resumo*, no qual o prescritor avalia a história clínica do paciente, obtendo um mosaico de sintomas que caracteriza cada paciente, para encontrar um medicamento através do princípio da similitude, com o objetivo de reduzir suas queixas (PACHECO, 2015).

Diante destas peculiaridades trazidas pela homeopatia o farmacêutico dispõe de conhecimentos técnicos sobre o medicamento e deve sempre usar este em consonância com a individualidade da prescrição e a visão holística da homeopatia.

Na dispensação, o farmacêutico é o elo entre o paciente e o prescritor. A Atenção Farmacêutica consegue sanar dúvidas e auxiliar tanto o paciente quanto o médico no intuito de facilitar a compreensão da farmacologia destes medicamentos, objetivando melhor adesão à terapêutica e demonstrando a importância de se

umentar a qualidade de vida dos usuários (SILVA, C. C.; ALVES, 2011).

É válido também destacar que assim como em outras situações de cuidado do ser humano em adoecimento (ou mesmo fora dele), nas Medicinas Alternativas e Complementares também há a possibilidade de ocorrer reações adversas, toxicidade e interações entre medicamentos; todavia, lhes seja creditada menor agressividade e menor potencial iatrogênico do que na biomedicina. Desta forma, cabe registrar a necessidade de ser criterioso na sua abordagem e uso, considerando que tanto os saberes nativos quanto os saberes científicos são pertinentes. Portanto, é de suma importância a atuação do profissional farmacêutico (SOUSA *et al.*, 2012).

Nas funções de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos e matérias primas para a farmácia homeopática o farmacêutico deve proporcionar a maior amplitude de acesso desses medicamentos pela população. Contudo, ao se tratar de um serviço público, este se submete aos limites fáticos e normativos para execução do necessário para manutenção do núcleo essencial à saúde.

O abastecimento da Farmácia de Homeopatia do SPIC/JF se dá por meio de processos licitatórios de acordo com lei federal nº 8.666, de 221 de junho de 1993 (BRASIL, 1993). Normalmente é realizado Pregão eletrônico ou presencial sob a responsabilidade da Comissão Permanente de Licitação (CPL) da Prefeitura de Juiz de Fora e, como qualquer órgão público, enfrenta várias dificuldades nos trâmites da licitação. Uma destas dificuldades é a existência de poucas empresas para o fornecimento de matrizes homeopáticas, o que limita o processo de concorrência.

Como afirmado por Estrêla (2013), a carência da Assistência Farmacêutica Homeopática vai além do financiamento. Há problemas de logística, de legislação e gestão, já que os modelos vigentes na rede não contemplam as particularidades e especificidades das racionalidades médicas que diferem da biomedicina, bem como farmácia de manipulação pública.

Muitos são os processos burocráticos para as compras do necessário sendo importante a atualização das necessidades dos pacientes que frequentam o serviço, naquele instante, para melhor aproveitamento dos recursos. Tão logo considerados os limites, o farmacêutico deve ser peça central na equipe multidisciplinar que protocola o que será possível para garantir a ampliação do acesso e um tratamento eficaz ao paciente.

Para a prática homeopática, o medicamento é fator indispensável, e assim,

é de grande importância ter um profissional bem treinado para a elaboração de medicamentos de acordo com as características de preparo padronizadas na “*Farmacopeia Homeopática Brasileira (FHB)*” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011). Na aquisição de medicamentos homeopáticos é imprescindível que o farmacêutico homeopata conheça não só a técnica, mas tenha consciência das modalidades dos medicamentos e um sólido conhecimento da filosofia homeopática, para fazer não só uma boa dispensação, mas também uma Assistência Farmacêutica diferenciada (PACHECO, 2015).

A farmácia homeopática é o estabelecimento que manipula fórmulas magistrais e oficinais, segundo a sua respectiva farmacotécnica. Para isso, deve possuir estrutura física e técnica adequadas e estar regularizada perante a Vigilância Sanitária para o exercício dessa atividade. Os medicamentos são aviados segundo uma prescrição médica e devem ser registrados em livro de receituário. Assim como qualquer outro tipo de farmácia, a farmácia homeopática deve contar com Assistência Farmacêutica em tempo integral – responsável técnico ou substituto (PACHECO, 2015).

Assim, considerando as atribuições do profissional farmacêutico em sua interlocução com os profissionais prescritores, este trabalho analisou as prescrições homeopáticas do SPIC/JF, em busca de uma visão ampliada do atendimento das demandas medicamentosas dos pacientes. A partir do que espera indicar ações para melhoria do serviço.

Para tanto, se faz necessário compreender os conceitos envolvidos no processo de avaliação da qualidade dos serviços.

2.7 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

A avaliação é um mecanismo de gestão que disponibiliza parâmetros para o desenvolvimento de estratégias e intervenções que aumentem a efetividade e os padrões de atendimento nos serviços de saúde (SILVA, J. P.; RODOVALHO, 2014).

Segundo Donabedian (1978), avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados.

No campo da saúde, qualidade é o produto social expresso por expectativas sobre as relações entre pacientes/prestadores de serviços e as formas como são legitimados seus papéis no sistema de saúde. Assim, o controle da qualidade reflete o jeito como são compartilhados as responsabilidades públicas/individuais e o grau de preocupação com o direito de acesso ao serviço pela população, bem como a melhoria da saúde pessoal e coletiva (MAIA *et al.*, 2011).

Para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, majoritariamente, se usa o quadro conceitual de Donabedian, no qual diz que a saúde deve ser construída por meio dos sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Estes pilares são utilizados como forma de ampliar o conceito complexo de qualidade e são assim definidos pelo autor:

- a) Eficácia: Efeito potencial de alcance dos resultados. Seria um conjunto das condições ideais para o tratamento de um indivíduo: as melhores estruturas físicas, os melhores equipamentos, melhores reações do paciente e os melhores serviços;
- b) Efetividade: Corresponde ao efeito real obtido no tratamento do paciente, utilizando os recursos disponíveis, que nem sempre são os melhores possíveis. Deve-se sempre medir o quanto o cuidado real (Efetividade) se aproxima do cuidado ideal (Eficácia), buscando melhorar o tratamento para o que resultado real se aproxime o máximo possível do tratamento ideal;
- c) Eficiência: proporcionar o melhor tratamento ao paciente utilizando a menor quantidade de recursos possível;
- d) Otimização: leva em conta os cuidados com o paciente em conjunto com os custos do tratamento, tentando criar a melhor relação custo-benefício, ou seja, a melhor relação entre o valor gasto e o resultado atingido. O foco é tornar o tratamento tão eficaz a ponto de reduzir o tempo;
- e) Aceitabilidade: Sinônimo de adaptação dos cuidados as preferências e expectativas do paciente. Este conceito relaciona-se com a acessibilidade, custo-benefício e efeitos do tratamento e a relação médico-paciente;
- f) Legitimidade: conformidade com as preferências sociais;
- g) Equidade: princípio que rege o que é justo na hora de distribuir os cuidados e benefícios fornecidos pelas instituições de saúde para a sociedade. Segundo este princípio, é preciso que haja imparcialidade no atendimento de saúde. É

parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade (DONABEDIAN, 1990).

Os sete pilares da Qualidade de Donabedian contribuem, e muito, para alcançar a excelência na saúde, pois, por meio deles, é possível refletir acerca de fatores importantes para as organizações, como o próprio cuidado com o paciente e a imagem do serviço de saúde perante a população (RAMOS, 2017).

A partir destes pilares, Donabedian propõe um modelo de análise que se baseia na avaliação de estrutura, processo e resultado, sendo amplamente aceito e divulgado em virtude de sua compatibilidade e utilidade para os programas de saúde, por contemplar sua lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

A estrutura diz respeito a recursos materiais (instalações e equipamentos) e humanos (número e qualificação) e envolve também a estrutura organizacional (critérios de operação, sistemas de avaliação etc.). O processo tem o objetivo de analisar o “fazer”, propriamente dito, dos profissionais de saúde; de como se dá o cuidado e a interação destes com os pacientes. Por fim, o resultado estuda os efeitos e as consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação dos usuários (DONABEDIAN, 1990; NOVAES, 2000).

Na avaliação de práticas e serviços de saúde, pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. E que este processo, por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população.

Para efetivar a *tríade donabediana* utiliza-se indicadores de qualidade como ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional e este indicador pode ser definido como uma unidade de análise, quantitativa ou qualitativa, que monitora/avalia a qualidade das ações planejadas/executadas, relativas à assistência e as atividades de um serviço (MAIA *et al.*, 2011).

A avaliação da qualidade em saúde, que perpassa essa tríade estabelecida por Donabedian, possibilita a identificação dos efeitos/resultados das ações realizadas, como um indicador indireto, sendo também importante analisar o processo como caminho direto para esta avaliação em saúde. É também proposto um modelo integrativo com avaliação das relações entre a qualidade do cuidado, o estado de saúde e os recursos gastos (REIS *et al.*, 1990).

Especificamente no escopo deste trabalho, se faz importante analisar a efetividade da Assistência Farmacêutica do serviço de homeopatia de Juiz de Fora na

perspectiva de garantir acesso aos medicamentos homeopáticos para a população atendida, enquanto efeito real obtido para o tratamento do paciente. A produção e dispensação dos medicamentos em farmácia própria e pública, são indicadores de qualidade que garantem os resultados propostos por este serviço, ao propiciar o êxito do tratamento ao paciente e oferta de um serviço de saúde de qualidade.

Como destacado, a Assistência Farmacêutica é o conjunto de instrumentos capaz de garantir o acesso aos medicamentos e assegurar a qualidade do serviço, em especial da Farmácia de Homeopatia da SMS/JF, a fim de garantir maior eficiência e otimização, contribuindo para o tratamento homeopático eficaz.

A aceitabilidade da prática homeopática pelos pacientes, um dos pilares da avaliação de qualidade, pode ser medida por ações da Assistência Farmacêutica nas suas diversas maneiras de interlocução com o usuário e na identificação de suas individualidades, podendo estas serem supridas por uma manipulação de medicação personalizada e ações educativas orientadas pela Atenção Farmacêutica.

3 PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA

A homeopatia se conceitua como Racionalidade Médica ancorada sobre conceitos que diferem da Racionalidade Biomédica hegemônica. Em Juiz de Fora as PIC estão presentes no SUS e a homeopatia tem maior tempo de institucionalização. Este município é reconhecido por sua experiência pioneira neste campo, sendo referência na elaboração das políticas estadual e nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC e PNPIC). Estes fatos justificam a escolha do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora (SPIC/JF) como local de estudo. A homeopatia está presente no SPIC/JF em atendimentos médicos e na dispensação de medicamentos em farmácia própria.

Há a possibilidade de inconsistência entre a oferta de serviços de Assistência Farmacêutica Homeopática e a demanda da população usuária do serviço, a configurar possível dificuldade de acesso aos medicamentos homeopáticos, atentatório à concretização dos princípios do SUS. Em decorrência, é de considerável relevância avaliar a efetividade da dispensação de medicamentos homeopáticos deste conceituado e referencial serviço de saúde municipal.

4 OBJETIVOS

Os objetivos foram infracitados conforme itens 4.1 e 4.2.

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Assistência Farmacêutica Homeopática do serviço público de saúde do Município de Juiz de Fora, SPIC/ JF, e sua efetividade na perspectiva do acesso da população aos medicamentos prescritos e dispensados.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil de usuários do SPIC/JF com prescrição de medicamentos homeopáticos;
- b) Analisar a prevalência dos diagnósticos estabelecidos nas consultas homeopáticas tendo como referência as queixas clínicas dos pacientes e a correlação destes com os sexos e as faixas etárias;
- c) Analisar a conformidade das prescrições em relação ao protocolo e a lista de medicamentos disponível no SPIC/JF;
- d) Analisar o acesso efetivo na dispensação dos medicamentos prescritos.

5 METODOLOGIA

Estudo transversal de natureza avaliativa e de gestão dos serviços de saúde. Neste aspecto, estabeleceu-se como amostra um percentual da totalidade dos receituários médicos no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares do Município de Juiz de Fora (SPIC/JF), Serviço da Atenção Secundária da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS/JF).

O período de estudo compreendeu os meses de outubro de 2018 a junho de 2019. Nesse período, todas as receitas prescritas foram arquivadas ($n = 4049$) segundo o dia de agendamento para serem dispensadas, incluindo também as que não tiveram nenhum medicamento atendido e aquelas manipuladas, mas que os pacientes não buscaram. Foram incluídas as receitas arquivadas na farmácia de homeopatia cujos pacientes possuem prontuário médico no SPIC/JF. Foram excluídas as receitas que não possuíam número de prontuário do paciente durante a seleção. Para o cálculo amostral, para o total de receitas arquivadas, com frequência estimada de 50% de dispensação, precisão de 5% e efeito do desenho de 1, foi estimado um tamanho amostral de 351 receitas.

Para se constituir uma amostra probabilística sistemática, sorteou-se um número inicial de 1 a 10, e a partir deste intervalo amostral, foram sendo selecionadas 1 a cada 10 receitas. Foram selecionadas 405 receitas prescritas no período de estudo.

A respeito da avaliação dos medicamentos, o SPIC/JF tem uma lista padronizada de medicamentos disponíveis para prescrição dos médicos do serviço. Como a incorporação de matrizes homeopáticas é constante, há uma disponibilidade ampla e variada destes medicamentos. Assim, foi necessário a inclusão de medicamentos não contemplados na lista SPIC/JF, mas prescritos pelos profissionais do serviço. Essa listagem ampliada (medicamentos padronizados e não padronizados, mas prescritos) ordenou a coleta de dados. Inicialmente a lista continha 598 medicamentos, sendo esta, fruto da compilação dos medicamentos descritos na lista da Farmácia do SPIC/JF e os elencados na Farmacopeia Homeopática 3ª edição. No decorrer da análise esta lista foi ampliada com substâncias prescritas pelo serviço que ainda não foram incorporadas a Farmacopeia Homeopática, e aqui se destaca alguns bioterápicos que embora sejam bastante prescritos não constam nesta relação

nacional. Desta forma construiu-se uma lista de 655 matrizes homeopáticas para coleta de dados (Apêndice B).

Após selecionadas as 405 receitas (amostra), estas foram avaliadas uma a uma. Tal procedimento propiciou a estruturação de um banco de dados contendo as seguintes variáveis:

- a) nome do medicamento.
- b) medicamentos presentes na lista do SPIC/JF: Sim ou Não.
- c) forma farmacêutica: líquido-dose repetida, líquido-dose única, líquido-complexo, glóbulos-dose repetida, glóbulos-dose única, papel, tablete e solução nasal.
- d) tipo de medicamento: medicamento único (em dose repetida ou em dose única) e medicamento complexo (mais de uma substância em um mesmo frasco).
- e) medicamento dispensado:
 - sim: medicamento manipulado e entregue ao paciente;
 - não: aqueles que, por não estarem presentes na lista ou por alguma outra dificuldade material, não puderam ser manipulados, ou foram manipulados e o paciente não buscou.
- f) motivo do não atendimento:
 - fora da lista: estoque de matrizes padronizadas no SPIC/JF;
 - complexo +3: mais que 3 substâncias na mesma fórmula;
 - falta de embalagem: são dispensados no máximo 2 frascos por receita, respeitando o estoque disponível;
 - forma farmacêutica: diferente de líquido em álcool;
 - não procurado: medicamento manipulado, mas que o paciente não foi pegar;
 - dosagem: inferior ao estoque ou necessidade de mais que 10 dinamizações do disponível na farmácia.
- g) porcentagem de atendimento da receita (total- 100%, parcial- 1% a 99%, nenhum- 0%).

Estas variáveis foram analisadas apenas para as substâncias homeopáticas, sendo os outros tipos de medicamentos apenas quantificados.

Foram também avaliados os prontuários médicos dos pacientes relacionados às receitas para traçar o perfil sociodemográfico tomando como variáveis:

- a) idade: coletada em anos completos e agrupada por faixas etárias segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). Considera-se: “criança/adolescente” idades entre: 0 a 14 anos, “jovem” de: 15 a 29 anos, “adulto” de: 30 a 59 anos e “idoso” com 60 anos ou mais.
- b) sexo: feminino e masculino.
- c) cor: branco, negro, pardo (segundo os dados descritos no prontuário do SPIC/JF).
- d) escolaridade e religião são variáveis nominais e foram respondidas livremente pelo usuário. Para análise, elas foram agrupadas em:
 - escolaridade: até Ensino Fundamental (1 a 9 anos de escolaridade), Ensino médio (10 a 12 anos de escolaridade), Ensino Superior ou mais (maior que 13 anos de escolaridade);
 - religião: agrupadas em católico apostólico romano, evangélico, espírita, sem religião e outras (umbanda, candomblé, judaísmo, hinduísmo, budismo, islamismo, espiritualista, cristã e testemunha de Jeová).
- e) ocupação: agrupadas de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) para a população economicamente ativa. As categorias: “estudante”, “do lar”, “aposentado”, “servidor público” e “desempregado” foram definidas pela pesquisadora como ocupações complementares para análise exata do que foi declarado pelos pacientes da amostra.
- f) bairro de residência: agrupado segundo a região administrativa do município de Juiz de Fora e, a partir desta, foram localizadas as regiões sanitárias (RS) – regionalização da saúde (JUIZ DE FORA, 2013).
- g) estado civil: solteiro, casado, viúvo e outros.
- h) diagnóstico e/ou queixa principal que levou à prescrição: utilizou-se os códigos nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para enumerá-los, podendo um mesmo paciente apresentar um ou mais código do CID de acordo com seu quadro atual e as doenças que permanecem em tratamento até a data da consulta.
- i) tempo de tratamento: calculado subtraindo a data da receita daquela em que o paciente teve sua primeira consulta, assim como feito por Estrêla (2011).

Estes dados foram tabulados no Excel 2010 e posteriormente analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 14.0.

Foi realizada análise descritiva do perfil de pacientes com prescrição de medicamentos homeopáticos, a frequência dos diagnósticos estabelecidos nas consultas homeopáticas e dos medicamentos dispensados (atendidos) e não dispensados (não atendidos) e, assim, o efetivo acesso dos pacientes ao tratamento medicamentoso.

O perfil sociodemográfico foi analisado entre os sexos, bem como os cinco principais diagnósticos classificados conforme CID-10 foram avaliados segundo faixas etárias e sexo, com as diferenças entre proporções apresentadas pelo teste Qui-Quadrado, ou teste exato de Fischer, quando necessário

No que diz respeito as variáveis contínuas, como tempo de tratamento e idade, essas não apresentaram uma distribuição normal (teste Kolmogorov-Smirnov) e, portanto, sua associação com sexo e faixas etárias foram analisadas pelos testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética da UFJF com parecer número 3.099.687 (Anexo A).

6 RESULTADOS

Foram analisadas 405 receituários e prontuários médicos de pacientes atendidos no SPIC/JF, no período de outubro de 2018 a junho de 2019. O perfil deste grupo se concentrou em 39,1% na faixa etária de 30 a 59 anos (adultos), 34,9% acima de 60 anos (idosos), 70,9% brancos, 83% do sexo feminino, 44,7% casado, 61,6% católicos, 44,9% com nível de escolaridade até o ensino fundamental. A Tabela 1 a seguir apresenta tais dados de forma detalhada.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários atendidos na Farmácia do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora, segundo sexo, outubro de 2018 a junho de 2019

Variáveis	Sexo				Total		p valor
	Feminino		Masculino				
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Faixa etária (anos)							<0,001
Criança/adolescente (0-14)	43	12,8	31	45,6	74	18,3	
Jovem (15-29)	24	7,1	7	10,3	31	7,7	
Adulto (30-59)	145	43,2	13	19,1	158	39,1	
Idoso (60 ou mais)	124	36,9	17	25,0	141	34,9	
Total	336	100,0	68	100,0	404	100,0	
Cor/raça							0,214
Branca	212	71,9	29	64,4	241	70,9	
Negra	32	10,8	9	20,0	41	12,0	
Parda	51	17,3	7	15,6	58	17,1	
Total	295	100,0	45	100,0	340	100,0	
Escolaridade							0,983
Até Ensino Fundamental	125	45,1	17	44,7	142	44,9	
Ensino Médio	105	37,8	14	36,8	119	37,7	
Ensino Superior /ou mais	48	17,3	7	18,5	55	17,4	
Total	278	100,0	38	100,0	316	100,0	
Estado civil							0,004
Solteiro	103	33,1	27	57,4	130	36,3	
Casado	144	46,4	16	34,1	160	44,7	
Viúvo	34	10,9	0	0	34	9,5	
Outros	30	9,6	4	8,5	34	9,5	
Total	311	100,0	47	100,0	358	100,0	

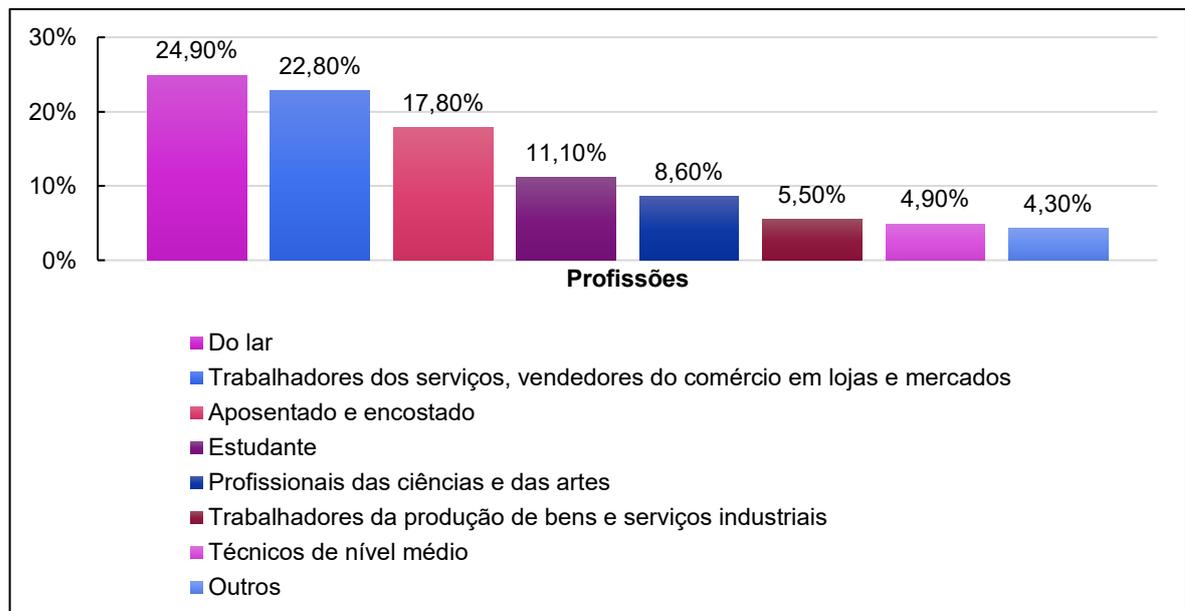
(conclusão)

Variáveis	Sexo				Total		p valor
	Feminino		Masculino		(n)	(%)	
	(n)	(%)	(n)	(%)			
Religião							0,730
Católica	192	62,1	25	58,1	217	61,6	
Evangélica	66	21,4	8	18,6	74	21,1	
Espírita	25	8,1	6	14,0	31	8,8	
Outras	16	5,2	3	7,0	19	5,4	
Sem religião	10	3,2	1	2,3	11	3,1	
Total	309	100,0	43	100,0	352	100,0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em relação às profissões, foi expressiva a presença de usuários que se declararam “do lar” (24,9%), seguido de “trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados” (22,8%), “aposentados/encostados” (17,8%) e estudantes (11,1%). O Gráfico 1, a seguir, sistematiza tais dados.

Gráfico 4 – Profissões declaradas pelos usuários atendidos na Farmácia do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho 2019, agrupadas pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

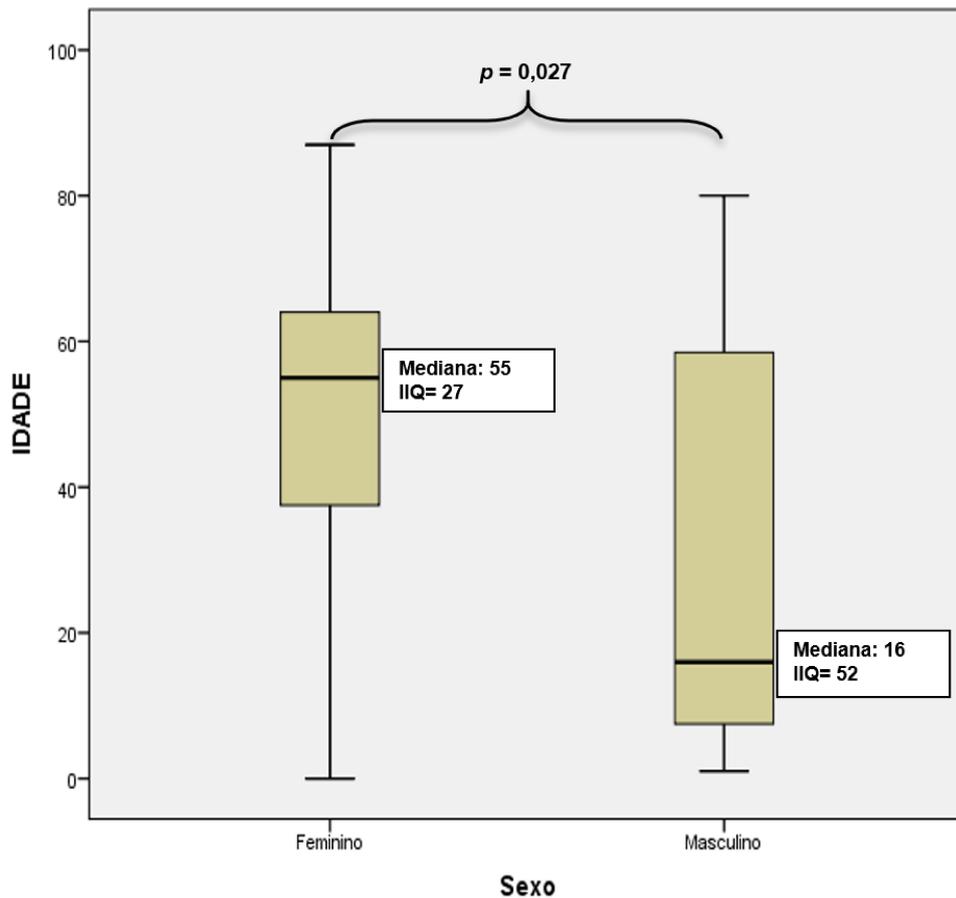


Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: Em relação “Outros” as categorias agregadas foram: trabalhadores de serviços administrativos; trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; membros superiores do poder público; dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes; bem como os que se declararam “servidor público” e “desempregado” – todos representam valor menor que 1,5%. Houve 80 exclusões.

O Gráfico 2 aponta a diferença de idade entre os grupos feminino e masculino. A faixa etária predominante entre as mulheres que procuram o serviço está na categoria de adultos. Já no sexo masculino, observa-se um predomínio das crianças e jovens.

Gráfico 5 – Perfil etário dos pacientes atendidos na Farmácia do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho 2019



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Quanto ao tempo de tratamento, observa-se que as mulheres têm maior mediana de tempo de tratamento que os homens. Em relação a faixa etária, os idosos têm maior mediana de tempo de tratamento. Segundo a escolaridade, a maior mediana de tempo de tratamento é vista entre indivíduos até o ensino fundamental. As três variáveis apresentaram significância estatística (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação do tempo de tratamento, segundo dados sociodemográficos dos usuários atendidos na Farmácia do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora, de outubro de 2018 a junho 2019

Variáveis	Mediana	Amplitude Interquartil	p
Sexo			0,027*
Feminino	48	117	
Masculino	23	58	
Faixa Etária			< 0,001 **
Criança	16	43	
Jovem	49	125	
Adulto	46	117	
Idoso	61	156	
Escolaridade			< 0,001**
Até Fundamental	66	189	
Ensino Médio	25	80	
Superior/ou mais	20	62	

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Notas: * Mann-Whitney Teste; ** Kruskal-Wallis Teste

De acordo com o local de moradia, foram identificados 113 pacientes originários da Região Administrativa (RA) – Norte, a qual comporta as Regiões Sanitárias (RS) nº 7 e 8 com 14 UBS, em seguida a RA Leste com 70 pacientes, na qual estão localizadas as Regiões Sanitárias nº 3 e 4, com 8 UBS. O menor número de pacientes atendidos foi a região do Campo (4 pacientes), apesar de abrigar 14 UBS. Quando calculado o número de atendimentos por 10.000 habitantes, estes valores variam de 10,40 (região leste) a 2,56 (região do campo). Os resultados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes atendidos, com prescrição, segundo Região Administrativa e Sanitária - Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora - outubro de 2018 a junho de 2019.

(Continua)

Região Administrativa	População Adscrita	Nº Região Sanitária	Nº de UBS	Pacientes	% Atendimento	Atendimento/ 10.000 hab.
Leste	67.351	3,4	8	70	17,5	10,40
Centro	60.552	10,0	3	61	15,2	10,07

(Conclusão)

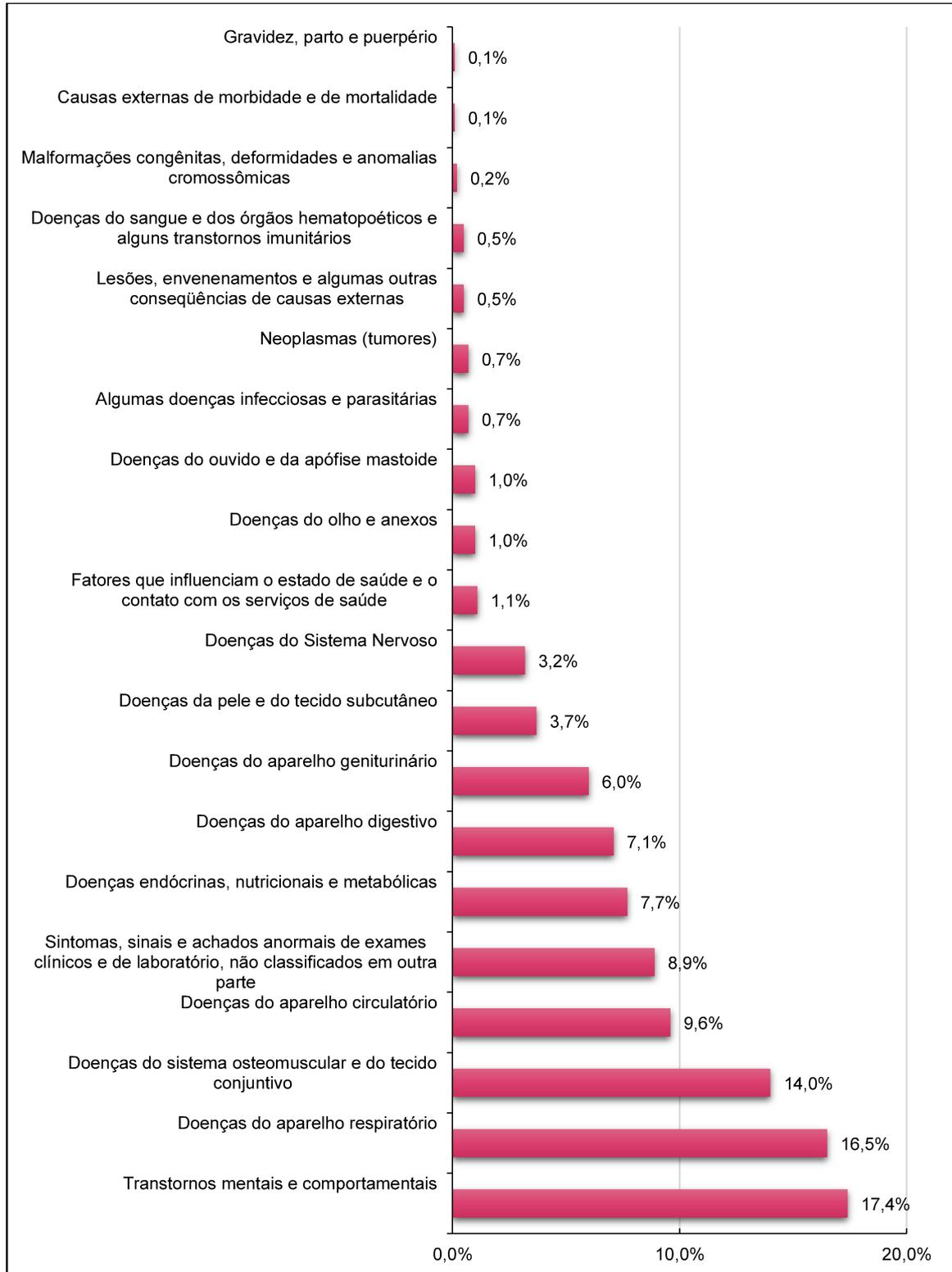
Região Administrativa	População Adscrita	Nº Região Sanitária	Nº de UBS	Pacientes	% Atendimento	Atendimento/ 10.000 hab.
Norte	117.238	7,8	14	113	28,2	19,27
Sudeste	48.969	12,0	8	42	10,4	8,58
Nordeste	45.990	5,6	6	38	9,5	8,26
Sul	62.730	11,0	6	47	11,7	7,49
Oeste	50.150	9,0	3	26	6,5	5,18
Campo	15.632	13,0	14	4	0,9	2,56

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Em relação às condições clínicas, a categoria “transtornos mentais e comportamentais” foi a que mais levou o paciente procurar o serviço do SPIC/JF, (17,4%), seguido das doenças do aparelho respiratório (16,5%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,0%); doenças do aparelho circulatório (9,6%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,7%) (Gráfico 3).

Gráfico 6 – Percentual dos diagnósticos clínicos associados aos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no período de outubro de 2018 a junho de 2019 no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de

Fora



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: Um mesmo usuário pode ter mais de um diagnóstico clínico.

Com vistas a evidenciar possíveis relações entre diagnóstico, sexo e faixa etária, utilizou-se os cinco CID mais frequentes (Transtornos Mentais; Respiratórios; Osteomuscular; Circulatório e Endócrino), sendo excetuado “*Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte*”, por ser um conjunto heterogêneo de sintomas com difícil agregação de uma categoria.

No que tange aos transtornos mentais e comportamentais não houve diferença significativa entre os grupos etários. Para as doenças do aparelho respiratório, observou-se que crianças e jovens foram os grupos que apresentaram maior frequência e comportamento semelhante ($p = 0,50$), diferidos, portanto, dos adultos ($p = 0,03$) e idosos ($p = 0,01$).

Em relação às doenças Osteomusculares, observou-se diferença entre adultos e idosos ($p=0,04$), no entanto, crianças e jovens tiveram comportamento similar ($p = 0,60$), apresentando baixa frequência. Os idosos prevaleceram neste diagnóstico, quando comparados aos demais grupos etários ($p < 0,05$).

As doenças do aparelho circulatório foram constatadas majoritariamente entre adultos e idosos, com frequência similar entre estes grupos ($p = 0,11$). Entre as crianças e jovens, houve também similaridade ($p = 1,00$), com menor expressão deste diagnóstico em relação as faixas etárias anteriores ($p < 0,05$).

Para as doenças do sistema endócrino, os idosos obtiveram maior frequência deste diagnóstico, e não diferiram significativamente dos demais grupos etários.

Quando comparadas as frequências dos códigos CID em relação ao sexo, observou-se que no grupo de “Transtornos mentais e comportamentais” a diferença entre homens e mulheres não foi significativa ($p = 0,12$). Quando se confronta o CID das Doenças do aparelho respiratório, a diferença entre os sexos foi significativa ($p = 0,01$), sendo mais frequentes no sexo feminino. Comparando “Doenças do Sistema Osteomuscular”, “Doenças do Aparelho Circulatório” “Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas”, a diferença entre os sexos não apresentou diferença significativa, obtendo os valores respectivos de: $p = 0,14$; $p = 0,61$; e $p = 0,16$.

Ainda com relação à procura da homeopatia, deve-se observar que a parcela de “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte” representaram 8,9%. Neste grupo foram englobados, no estudo, os sintomas subjetivos que não foram definidos, no prontuário

médico, com diagnósticos específicos. Tal critério se faz válido considerando que um dos diferenciais da homeopatia é a modalização dos sintomas que individualiza o paciente e o medicamento específico para ele.

No âmbito da Assistência Farmacêutica Homeopática conseguiu-se elencar dentre os medicamentos prescritos, os que foram ou não dispensados. A quantidade de substâncias e como elas são prescritas.

Em relação às receitas prescritas, observou-se que as 405 receitas analisadas continham 306 substâncias, sendo estas dispensadas em medicamento único ou medicamento complexo, totalizando 1.431 fórmulas homeopáticas prescritas. Além da homeopatia, também foram encontrados 31 medicamentos alopáticos, 2 florais e 22 fitoterápicos.

A Tabela 4 apresenta o número de medicamentos homeopáticos em cada receita e o tipo de medicamento prescrito.

Tabela 4 – Quantidade e tipo de medicamentos homeopáticos prescritos no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho de 2019

Variáveis	Frequência	%
Nº medicamentos homeopáticos/Receitas (nº de receitas)		
1 medicamento	51	12,60
2 medicamentos	106	26,20
3 medicamentos	108	26,70
4 medicamentos	74	18,30
5 medicamentos	24	5,90
6 a 16 medicamentos	42	10,40
Total	405	100,00
Tipo de medicamento (fórmulas)		
Medicamento único*- dose repetida	571	39,90
Medicamento único*- dose única	432	30,19
Complexo	428	29,91
Total	1.431	100,00

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

*Medicamento único se refere às formulações com apenas uma substância.

Com relação aos complexos, estes continham 2 a 10 substâncias sendo a média de 3,65 substâncias no complexo (dp = 2,03). As substâncias mais prescritas são listadas na Tabela 5 a seguir, e a lista total no Apêndice C.

Tabela 5 – Substâncias mais prescritas no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho de 2019

Substância	Frequência	%
<i>Ignatia amara</i>	90	3,5
<i>Passiflora</i>	82	3,2
<i>Nux vômica</i>	64	2,5
<i>Lycopodium clavatum</i>	56	2,2
<i>Valeriana</i>	53	2,1
<i>Hypericum perforatum</i>	50	2,0
<i>Rhus toxicodendron</i>	46	1,8
<i>Bryonia alba</i>	44	1,7
<i>Histaminum</i>	44	1,7
<i>Phosphorus</i>	43	1,7
<i>Pulmo histaminum</i>	43	1,7
<i>Arsenicum álbum</i>	43	1,7
Outros*	1.904	74,2
Total	2.562	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Nota: * Outros: representado por 294 substâncias que obtiveram frequência de prescrição < que 1,5%.

Observou-se que, dentre os 12 mais prescritos, 5 são policrestos (*Nux vômica*, *Lycopodium clavatum*, *Rhus toxicodendron*, *Bryonia alba*, *Arsenicum album*); 2 são semipolicrestos (*Ignatia amara* e *Phosphorus*) seguindo a classificação de Fontes (2013). As formas farmacêuticas prescritas são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Formas farmacêuticas prescritas no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho de 2019

Forma farmacêutica	Frequência	%
Líquido - dose repetida	530	37,0
Líquido - complexo	412	28,8
Líquido - dose única	226	15,8

(Continua)

(Conclusão)

Forma farmacêutica	Frequência	%
Papel	199	13,9
Solução nasal	25	1,7
Glóbulos - dose repetida	21	1,5
Glóbulos - dose única	16	1,1
Tablete	2	0,1
Total	1.431	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Das 405 receitas, 34,81% foram totalmente atendidas, ou seja, o paciente teve seu tratamento garantido pelo SUS, 60,25% foram parcialmente atendidas, apresentando número oscilante de medicamentos dispensados de acordo com o estoque disponível e o Protocolo de Rotinas Serviço de Práticas Integrativas e Complementares SUS/PJF. Em 20 receitas (4,94%) nenhum medicamento foi atendido. Em 9 receitas atendidas (1,76%) não houve procura pelos pacientes e os medicamentos foram descartados.

A partir das receitas, foram analisadas as fórmulas prescritas (n = 1431) e a justificativa para o não atendimento foi que 56,83% das fórmulas (420), tinham 1 ou mais substâncias que não estavam disponíveis e por isso não puderam ser manipuladas. 17,05% das fórmulas (126) não foram manipuladas por conterem de 4 a 10 substâncias no mesmo complexo, o que ainda não é possível de ser manipulado na farmácia do SPIC/JF. As receitas de formas farmacêuticas diferentes das líquidas, em solução hidroalcoólica, foram outra barreira e totalizaram 11,37% (84) (Tabela 7).

Tabela 7 – Motivos para não atendimento das fórmulas contidas nas receitas do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares de Juiz de Fora de outubro de 2018 a junho de 2019

Motivo do não atendimento	Frequência	%
Fora da lista	420	56,83
Complexo +3	126	17,05
Falta de embalagem	86	11,64
Forma farmacêutica	84	11,37
Não procurado	13	1,76
Dosagem	10	1,36
Total	739	100,00

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Das substâncias prescritas, também foi possível identificar 147 matrizes que não estão disponíveis na lista padronizada pelo SPIC/JF. Destas matrizes indisponíveis, 92 já estão padronizadas na *Farmacopeia Homeopática Brasileira* (FHB) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011) e previstas pela RENAME para serem disponibilizadas à população no SUS (Apêndice D). Importante destacar que 55 das 147 matrizes indisponíveis ainda não foram padronizadas pela FHB (Apêndice E).

7 DISCUSSÃO

Frente a apresentação dos resultados desta pesquisa, pode-se levantar uma série de pontos de discussão e de proximidade com o existente na literatura. Primeiramente observa-se o perfil dos pacientes atendidos e as características do seu acompanhamento terapêutico. Na sequência dialoga-se com aspectos da Assistência Farmacêutica Homeopática. Desta forma, é possível atender aos objetivos do estudo.

7.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

No aspecto demográfico, a população atendida pelo SPIC/JF se concentrou em 39,1% de adultos (30 a 59 anos), seguido de 34,9% de idosos (60 anos ou mais). Esta característica da população do estudo foi semelhante ao encontrado nos estudos anteriores desse serviço (ESTRÊLA, 2006, 2011; PAIVA *et al.*, 2019) e em alguns trabalhos que avaliaram outros locais de atuação das PIC (FAQUETI; TESSER, 2018; SALLES; AYRES, 2013).

Importante destacar que em relação aos idosos, nota-se o crescimento desta faixa etária no município de estudo (em 2006 representou 9% e 2016 aproximadamente 12,5%) (JUIZ DE FORA, 2017). Dado que confirma a transição demográfica em curso no país (SEREJO; MÉXAS; VIEIRA NETO, 2018). Esta, por sua vez, traz como consequências o aumento dos custos do sistema público de saúde e o do número de pessoas acometidas por doenças crônicas (JUIZ DE FORA, 2017).

A homeopatia, enquanto racionalidade médica vitalista, apresenta afinidade com o tratamento das doenças crônicas pois estimula o autocuidado e o paciente se torna agente ativo no seu processo de cura (LIMA, K. M. S. V.; SILVA; TESSER, 2014). A visão holística e a abordagem pluridimensional da homeopatia favorecem a implantação do princípio institucional de “integralidade” do SUS (SANTOS, J. R. *et al.*, 2009).

Os estudos de Estrêla (2006, 2011) também observaram este predomínio das doenças crônicas quando avaliaram o mesmo serviço de Juiz de Fora; esta autora relatou que os retornos do paciente foram em média três vezes por ano, e que apenas 10% precisaram usar alopatria como conduta terapêutica. Esses fatos, somados ao baixo índice de abandono da terapêutica (5%), demonstram que a homeopatia tem

grande aceitabilidade por parte dos pacientes e boa resolatividade dos quadros crônicos. Em consonância com os dados desta autora, J. R. Santos *et al.* (2009) encontraram em seu estudo relatos de melhora das doenças crônicas na maioria dos pacientes, atendidos no hospital público de Goiânia, que usaram homeopatia.

A maior procura pelo serviço foi a faixa etária adulta (30-59 anos) e o sexo feminino, tendo as mulheres um maior tempo de permanência ao tratamento (mediana de 48 meses). A maior procura das mulheres por cuidados de saúde também pode ser observada em serviços de saúde de outra natureza (ASCEF *et al.*, 2017; LIMA, L. M. *et al.*, 2011). Já no sexo masculino, houve o predomínio da população infanto-juvenil (0 a 16 anos) que se dá, provavelmente, por influência das mães que também frequentam o serviço, assim como foi encontrado nos trabalhos de Gentil, Robles e Grosseman (2010) e Prado e Fujimori (2006).

O grupo de idosos foi o que apresentou maior tempo de tratamento (mediana de 61 meses), isto indica que o paciente permanece em tratamento por longo período e em contínuo acompanhamento pelo serviço de homeopatia.

Corroborando com os achados, o estudo de Astin (1998), realizado nos Estados Unidos das Américas, que apontou a faixa etária de maior procura pelo tratamento homeopático entre 50 e 64 anos. Neste mesmo estudo foram analisados os motivos que levam o paciente a procurar as PIC e o principal foi por considerarem estas práticas alternativas de saúde mais compatíveis com seus valores, crenças e orientações filosóficas em relação à saúde e à vida, ou, por serem menos autoritárias, oferecendo maior controle sobre suas decisões de saúde. Estes aspectos foram mais relevantes do que os relacionados a sua insatisfação com os tratamentos convencionais.

Salles e Ayres (2013) analisaram relatos de pacientes da Atenção Básica de São Paulo, e observaram que os participantes aderiram a terapêutica homeopática como “uma nova esperança de resolver situações crônicas, recorrentes, para as quais ainda não haviam encontrado uma resolução” (SALLES; AYRES, 2013, p. 323). Estes autores destacam que as falas do grupo apontam que a consulta homeopática pode favorecer a integralidade na atenção à saúde, sobretudo na Atenção Primária pois “produz encontros emancipadores, capazes de favorecer a emergência de relatos livres dos modelos definidos pela racionalidade biomédica”.

O estudo de Paiva *et al.* (2019), realizado no SPIC/JF, demonstra boa aceitabilidade dos pacientes às PIC por ser um tratamento considerado mais natural

e com menos efeitos adversos. Segundo os achados desta autora, mais da metade dos pacientes que realizam o acompanhamento com as PIC alegaram melhora dos sintomas e todos os entrevistados recomendariam o uso das práticas, sendo que 81,0% dos usuários já recomendaram para amigos, familiares e conhecidos.

O SPIC/JF, durante o período estudado, atendeu em sua Farmácia pacientes oriundos de todas as Regiões Sanitárias do município. O que podemos inferir que apesar do serviço ser centralizado, a acessibilidade a ele pode ser conferida, embora em proporções distintas nas regiões, como apresentado na relação do número de atendimentos por 10.000 habitantes. Neste sentido, Donabedian (2003) diz que a acessibilidade se dá em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. A segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços.

Evidencia-se assim a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários. Tão logo, não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado. Ou seja, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e ser capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

7.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DOS PACIENTES

Os “*Transtornos mentais e comportamentais*” foi o grupo de diagnóstico com maior frequência. No estudo de Rodrigues-Neto *et al.* (2008), realizado em Montes Claros (MG), sobre o uso das PIC em transtornos mentais comuns (TMC), foi encontrado um grande contingente de sintomatologias depressivas e ansiosas, transtorno de humor e distúrbio de sono. Resultado que corrobora com os achados do presente estudo, quando observado a maior frequência de tais sintomatologias no serviço de homeopatia de Juiz de Fora.

Estes autores relataram que a prevalência dos TMC é crescente, atingindo mais de 40% da demanda em serviços de Atenção Primária no Brasil. Esse achado também se faz presente em outros trabalhos (BORGES; HEGADOREN; MIASSO,

2015; FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003) e nos faz pensar em possíveis causas como: estilo de vida, momento de crise econômica, mudanças de comportamento da sociedade que levam o indivíduo a ter menos tempo para lazer, dentre outros fatores que podem ser discutidos como determinantes sociais a influenciar a saúde da população (ATHIÉ *et al.*, 2017; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Estes aspectos são considerados pela Racionalidade Homeopática como determinantes humanísticos e, na concepção global e individualizante do modelo homeopático, os aspectos socioambientais são valorizados na compreensão da gênese dos adoecimentos humanos e na promoção à saúde, buscando-se eliminar as influências nocivas e prejudiciais (obstáculos à cura) ao equilíbrio natural dos pacientes e à atuação dos medicamentos homeopáticos (TEIXEIRA, M. Z., 2009).

O segundo grupo de diagnóstico foi das doenças do sistema respiratório com maior frequência nas crianças e jovens. O estudo de Estrêla (2006) destacou que, sobretudo nas crianças tratadas pelo SPIC/JF, houve melhora satisfatória quando acompanhados pela terapêutica homeopática. Outros estudos comprovaram bons efeitos da homeopatia em crianças com quadros respiratórios, fazendo com que estes quadros se tornassem menos frequentes e com redução de procedimentos invasivos, como por exemplo, o tratamento de amigdalites sem precisar de intervenção cirúrgica (FURUTA; WECKX; FIGUEIREDO, 2017; HAWKE *et al.*, 2018; VAN HASELEN *et al.*, 2016).

No presente estudo, também foram frequentes condições clínicas relativas a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, do aparelho circulatório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Esses quadros condizem com doenças crônico-degenerativas que normalmente estão presentes na população idosa e que depende de contínuo acompanhamento e monitoramento (BRASIL, 2007; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

A análise epidemiológica de Juiz de Fora, apresentada no Plano Municipal de Saúde, aponta para a participação das doenças crônicas com 81%, sendo responsáveis por mais de $\frac{3}{4}$ da carga das doenças no município (JUIZ DE FORA, 2017). E, para estes quadros, o serviço de homeopatia é mais uma opção terapêutica para a população.

Com relação às doenças crônicas é importante destacar que grande parte dos usuários substituem o tratamento alopático pelo homeopático e apresentam

resultado equivalente ou melhor e, com menor custo para o sistema de saúde (ESTRÊLA, 2006). A redução de custos se dá devido ao menor número de encaminhamento para outras especialidades, considerando a visão holística da homeopatia e também a menor necessidade de exames complementares para seguimento do tratamento do paciente, além do valor reduzido dos medicamentos homeopáticos, sobretudo quando estes são fornecidos na rede pública em farmácia municipal (DENEZ, 2015; DEUS, 2016; NOVAES, T. C., 2003).

Neste sentido, Soares e Santos (BELO HORIZONTE, 2004) comentaram as experiências dos serviços públicos homeopáticos de Juiz de Fora e de São Paulo, demonstrando que uma farmácia homeopática municipal é a solução para o fornecimento regular e contínuo, sendo a melhor alternativa inclusive no aspecto custo/benefício.

No cotidiano do serviço, pode-se inferir que as necessidades que levam o paciente a procurar o Serviço de Homeopatia realçam sua importância, pois é observado que alguns pacientes optam por essa terapêutica depois que outras especialidades médicas não conseguem suprir suas necessidades para que ele tenha uma vida saudável. Galhardi e Barros (2008) também relatam esta procura posteriori a falta de resolatividade da alopatia.

Cabe novamente lançar mão do que Canguilhem (2009) diz sobre saudável: superar as infidelidades do meio e alcançar novas normas diante de um quadro de desequilíbrio orgânico. Desequilíbrio este percebido e tratado com os postulados de Hahnemann (1986) com a Lei da semelhança e o uso do medicamento como um reforço para que o organismo encontre novamente o equilíbrio, alcançando a cura ou a estabilidade, no caso das doenças crônicas.

A valorização dos sintomas subjetivos na anamnese homeopática é algo que faz com que cada caso seja único e realça o preconizado pelo SUS, ao ter a integralidade como princípio fundamental, valorizando a subjetividade como atributo orientador da prática do cuidado em saúde. Esta valorização muitas vezes se torna difícil de ser estabelecida com protocolos alicerçados ainda no modelo biomédico hegemônico, que vê a doença e não o paciente (FARIA; GUERRINI, 2012). Neste modelo, os sintomas subjetivos são pouco valorizados para o diagnóstico porque os procedimentos tecnológicos prevalecem sobre eles (GALHARDI; BARROS, 2008). Desta forma, sintomas ou sinais que sejam inexplicáveis, não previstos, ou

contraditórios pelas teorias em vigor são negados, reinterpretados ou omitidos pelos biomédicos (TESSER; LUZ, 2002).

A respeito da importância dos sintomas subjetivos na assistência à saúde, Valla (2001) utiliza o termo *sofrimento difuso*, definido como um tipo de sofrimento psíquico mais leve, caracterizado pela presença de múltiplos sintomas que se expressam por meio de: queixas somáticas inespecíficas, dores generalizadas, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, baixa autoestima e perda da esperança de vida.

A racionalidade homeopática enfatiza ser de extrema importância individualizar os sintomas, valorizando características que são específicas de cada paciente. Temos assim, a modalização dos sintomas, definida pelas “particularidades e características de cada sintoma”, fator imprescindível para a individualização do medicamento, assim descrita por Hahnemann no “*Organon da Arte de Curar*” (HAHNEMANN, 2013).

Para efetividade da homeopatia, o medicamento é crucial e o acesso a estes de forma gratuita é um determinante da adesão ao tratamento e de sua resolutividade. O estudo de Franco (2011) revelou que quando os medicamentos homeopáticos deveriam ser adquiridos por meios próprios, apenas 45,2% dos pacientes retornaram para a segunda consulta na Atenção Primária de Ouro Preto (MG). Este achado foi observado também em outros estudos realizados no Serviço de Homeopatia de Juiz de Fora (ESTRÊLA, 2006, 2011).

Diante da importância do fornecimento dos medicamentos, o presente estudo traz aspectos importantes referentes à Assistência Farmacêutica Homeopática municipal que se configura como ferramenta de promoção de saúde e deve estar contemplada nas políticas públicas do SUS.

7.3 ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOMEOPÁTICA EM JUIZ DE FORA

Na análise da Assistência Farmacêutica Homeopática do SPIC/JF foi possível observar que uma dificuldade que tenciona a dispensação dos medicamentos se concentrou na prática médica de prescrição – na qual os médicos adotam várias correntes homeopáticas que orientam suas prescrições, gerando indisponibilidade da

substância na lista padronizada pelo serviço – e a falta de matéria-prima, ainda recorrente.

Embora esta heterogeneidade de prescrições, representada pela especificidade do tratamento homeopático, seja um fator benéfico no sentido de individualizar o tratamento e alcançar os melhores resultados para o paciente (ESTRÊLA, 2006; FONTES, 2013), é de extrema importância que a gestão conheça as necessidades e as condutas para estabelecer um melhor planejamento, tendo como resultados o Protocolo de Rotinas e a Listagem de Medicamentos sistematicamente atualizados e efetivos, prevendo compras assertivas de modo a contemplar o tratamento do paciente e o melhor aproveitamento dos recursos para efetividade do serviço de saúde.

O trabalho de Cesar (1999) sugere a confecção de uma relação básica de medicamentos com um número limitado daqueles essenciais, com potência, escala, forma farmacêutica e posologia definidas, para o atendimento de diversas patologias. Entretanto, a autora destaca a importância de evitar que essa sistemática se torne restritiva, afastando-se do preceito essencial da medicina homeopática: o respeito à singularidade de cada paciente e a livre prescrição. Partindo desta colocação o presente estudo avaliou o conteúdo das receitas e sua conformidade com a lista que hoje está disponível no SPIC/JF.

As substâncias mais prescritas (total de 12) foram representadas por frequências relativamente baixas que variaram entre 3,5% e 1,7%, o que também foi encontrado em outros trabalhos que analisaram os medicamentos mais prescritos e encontraram também frequências baixas, em torno de 6,9% e 3,1% (CESAR, 1999; DENEZ, 2015; NOVAES, A. R. V., 2007). Este fato é justificado por Denez (2015) ao realçar a grande variabilidade de prescrições.

Os resultados aqui apresentados reforçam a presença da diversificação observada pela descrição das receitas com número e tipos diversos de medicamentos prescritos e, está relacionada com a individualização dos pacientes e a conduta de cada profissional. Denez (2015) aponta para o desafio da elaboração de listas básicas de medicamentos e para a ampliação da lista em estoque, o que leva a necessidade de serem trabalhadas as questões específicas de uma determinada população, além dos fatores sazonais.

A presença de outros medicamentos não homeopáticos nas receitas analisadas também realça a heterogeneidade das prescrições, sob a ótica dos vários

prescritores e escolas terapêuticas. Destaca-se a importância da Atenção Farmacêutica na orientação do usuário quanto aos mecanismos para obtenção destes outros medicamentos.

Os resultados de não adequação das prescrições à Listagem de Medicamentos padronizada e ao Protocolo de Rotinas sugerem que a Assistência Farmacêutica se sirva de estudos como este para avaliar de forma sistemática destes instrumentos locais de gestão.

A identificação de outras possibilidades terapêuticas aponta para as necessidades do paciente e seu pleno atendimento. Assim, é importante e premente a justificativa de inclusão das matrizes que são prescritas pelos profissionais e atualmente não estão disponíveis no SPIC/JF.

Tanto as 92 matrizes já padronizadas na Farmacopeia Homeopática Brasileira (FHB), quanto as 55 ainda não padronizadas neste documento nacional, mas presentes nas prescrições rotineiras do SPIC/JF, devem demandar dos gestores e profissionais um olhar avaliativo para a atualização e consequente complementariedade da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Este conjunto de matrizes identificadas nas prescrições apontam como necessidades para o desenvolvimento da Assistência Homeopática do SPIC/JF. É interessante a reflexão deste achado com outros estudos de modo a contribuir para discussões acerca da atualização da Farmacopeia Homeopática Brasileira.

A amostra de 10% do total de receitas, no período estudado, alcançou um número expressivo. O espaço temporal de análise foi orientado pela disponibilidade, na Farmácia do SPIC/JF, do arquivamento de todas as cópias das prescrições, procedimento não rotineiro em período anterior a outubro de 2018. Mesmo assim, o período estudado possibilitou uma boa variação no que diz respeito a sazonalidade e frequência dos prescritores.

A não padronização do prontuário, bem como o não preenchimento de algumas informações dificultou a coleta de dados. Logo leva-se a efeito a importância que deve ser dada ao registro de dados nas fichas clínicas dos pacientes e nas prescrições para eles. Estas são fontes de pesquisas que garantem que a homeopatia seja avaliada com veracidade e possa nortear decisões de gestão a nível local e em outras instâncias. Portanto, a equipe deve zelar por esses dados desde a padronização dos formulários, ao seu correto preenchimento e seu armazenamento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fato que norteou este trabalho e uma série de outros estudos científicos foi o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PIC, para instrumentalização de processos de gestão, buscando, assim, documentar o uso eficaz da homeopatia. Uma especialidade médica reconhecida há décadas no Brasil, já utilizada a centenas de anos por todo mundo e, por muitas vezes, ainda não vista como ciência, embora se ampare em estudos clínicos desde sua criação (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013; TEIXEIRA, M. Z., 1998). Aqui se destaca a metodologia utilizada por seu criador Samuel Hahnemann, que escolheu indivíduos que pudessem compor sua amostra e documentou os feitos e os resultados de maneira que estes podem ser reproduzidos a qualquer tempo. Esta racionalidade médica tem se mostrado eficaz e diferencial pelo fato de resgatar a individualização do saber médico. E, através desta individualização, a homeopatia consegue tratar sintomas subjetivos, se aproximar dos valores culturais das pessoas, ampliar sua autonomia sobre seu tratamento e apresentar menor custo para o sistema de saúde.

Diante dos achados e por inferência da prática cotidiana é possível observar que o paciente que chega ao SPIC/JF, provavelmente já tenha vários outros tratamentos anteriores. O tempo de tratamento desta população tem crescido linearmente com a idade, assim destaca-se a adesão a este tratamento. E, embora não tenha sido foco deste estudo, verifica-se que em muitos casos a homeopatia é o tratamento de escolha por vários dos pacientes, sendo esta usada por substituição dos medicamentos alopáticos ou para tratamento dos efeitos colaterais da alopatia.

Em relação aos quadros clínicos tem-se uma vasta cobertura do tratamento homeopático e, como discutido anteriormente, é de suma importância que essa terapêutica seja mais bem aproveitada, principalmente nos quadros crônicos e degenerativos, diante de sua eficácia e maior adesão do paciente.

No âmbito da Assistência Farmacêutica, conclui-se que a homeopatia é uma ciência médica heterogênea na formação individual dos prescritores que tem como ponto de partida diversas escolas homeopáticas e agregam a este conhecimento as observações de sua prática clínica.

Assim, a prescrição homeopática para além da individualização comum aos processos magistrais das farmácias de manipulação, apresenta a soma das rubricas relatadas pelos pacientes em todos os aspectos que sustentam sua saúde e, desta

forma, tem-se a visualização da homeopatia como uma prática holística. Sobre esta heterogeneidade das prescrições se revela uma dificuldade em estabelecer os protocolos, contudo é preciso o fazer considerando se tratar de um serviço público que atende a toda população e precisa de ferramentas de planejamento e gestão para que possa ser sustentado segundo o estabelecido pela Saúde Coletiva.

Com os resultados desta pesquisa espera-se aprimoramento das ferramentas de gestão da Assistência Farmacêutica Homeopática de Juiz de Fora, tanto assim ampliar o acesso da população aos medicamentos prescritos. Sendo estes instrumentos fundamentais para a terapêutica homeopática e garantia de um cuidado integral e humanizado.

A busca por estas práticas vai ao encontro do direito à Saúde, sendo dever do Estado garantir que estas sejam disponibilizadas à população como ferramenta de cuidado. E, como descrito neste trabalho, a homeopatia já é uma prática institucionalizada há muito tempo no Sistema Único de Saúde e apresenta resultados satisfatórios para a Saúde Coletiva. Nesta prática terapêutica o medicamento é ferramenta essencial e, como foi observado, seu o acesso está comprometido, devendo-se, portanto, buscar mecanismos que ampliem a oferta destes para a população.

Atualmente a cobertura do atendimento da farmácia é de menos da metade do que foi prescrito, o que realça a importância de maior investimento no setor. E aqui, se destaca que o investimento não seria de valores muito altos, mas que apresentasse um fluxo contínuo de abastecimento. Para tal, é apresentado ao município os dados deste estudo e a necessidade de outros que sustentem a afirmativa de que é grande o retorno do investimento no campo das Práticas Integrativas e Complementares.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Farmacopeia homeopática brasileira**. 3. ed. Brasília: Anvisa, 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/259147/3a_edicao.pdf/cb9d5888-6b7c-447b-be3c-af51aaae7ea8. Acesso em: 28 nov. 2018.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497–508, 2010. DOI: 10.1590/S0104-12902010000300003.
- ASCEF, B. O. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1s–13s, 2017. Supl 2. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007134. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/qualidade-de-vida-relacionada-a-saude-dos-usuarios-da-atencao-primaria-no-brasil/>. Acesso em: 27 out. 2019.
- ASTIN, J. A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. **JAMA**, Chicago, v. 279, n. 19, p. 1548–1553, 1998. DOI: 10.1001/jama.279.19.1548.
- ATHIÉ, K. *et al.* Experiências de mulheres ansiosas e deprimidas sobre sofrimento emocional e busca de cuidado em uma favela do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75–86, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.11732016.
- BASTIDE, M.; LAGACHE, A. A communication process: a new paradigm applied to high-dilution effects on the living body. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, Aliso Viejo, v. 3, n. 4, p. 35–39, 1997.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **PRHOAMA**: programa de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica no SUS - BH. Belo Horizonte: PMBH, 2004.
- BELON, P. *et al.* Histamine dilutions modulate basophil activation. **Inflammation Research**, Basel, v. 53, n. 5, p. 181–188, 2004. DOI: 10.1007/s00011-003-1242-0.
- BELON, P. *et al.* Inhibition of Human Basophil Degranulation by Successive Histamine Dilutions: Results of a European Multi-Centre Trial. **Inflammation Research**, Basel, v. 48, p. S17-18, 1999. Suppl 1. DOI: 10.1007/s000110050376.
- BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 38, p. 195–201, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2015.v38n3/195-201/>. Acesso em: 4 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 128, n. 182, p. 18056–18059, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, v. ano 131, n. 116, p. 8269–8281, 22 jun. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**: seção 1, v. ano 141, n. 96, p. 52–53, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 136, p. 65–66, 18 jul. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 84, p. 20–25, 4 maio 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702 de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial da União**: seção 1, v. ano 155, n. 56, p. 74–75, 22 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Em Minas Gerais, 564 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS**. Brasília, 15 mar. 2018a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42809-em-minas-gerais-564-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS**. Brasília, 16 mar. 2018b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019. (Atualizada até a EC n. 101/2019).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares**: quais são e para que servem. Brasília, c2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: Rename 2020 [recurso eletrônico]. Brasília: MS, 2020.

BRAZIL, [Império]. Decreto nº 9.554 de 3 de fevereiro de 1886. Reorganiza o serviço sanitário do Império. **Colecção de Leis do Império do Brazil de 1886**. Rio de Janeiro: Typografia Nacional, 1886. v. 1. p. 57.

CÂMARA TÉCNICA DE HOMEOPATIA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Dossiê Especial. Evidências Científicas em Homeopatia. **Revista de homeopatia, São Paulo**, v. 80, n. 1/2, p. 4–122, 2017. Supl. Disponível em: <http://www.bvshomeopatia.org.br/revista/RevistaHomeopatiaAPHano2017VOL80Supl1-2.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2919–2925, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000600029.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPRA, F. **O tao da física**: uma exploração dos paralelos entre a física moderna e o misticismo oriental. Tradução Maria José Quelhas Dias; José Carlos Almeida. Lisboa: Editorial Presença, 1989.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017. DOI: 10.1590/s0104-12902017170304.

CATÃO, M. O. **Genealogia do direito à saúde**: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade. Campina Grande: EdUEPB, 2011.

CESAR, A. T. **O medicamento homeopático nos serviços de saúde**. 1999. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. **Relatório Final [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 29 dez. 2018.

CORRÊA, A. D. *et al.* Similia Similibus Curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 13–31, 2006. DOI: 10.1590/S0104-59702006000100002.

DENEZ, K. B. **Percepções dos usuários da clínica pública ou privada sobre a homeopatia e acesso aos medicamentos homeopáticos**. 2015. 220 f.

Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

DEUS, R. L. **Trabalhadores da atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares: do uso à indicação**. 2016. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, New York, v. 200, n. 4344, p. 856–864, 1978. DOI: 10.1126/science.417400.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115–8, 1990.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

ESTRÊLA, W. L. **Integralidade no cuidado nas medicinas naturais: a resposta dos usuários ao medicamento homeopático**. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ESTRÊLA, W. L. **Tratamento Homeopático: buscando estratégias para avaliação de seus resultados e efetividade**. 2011. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

ESTRÊLA, W. L. Políticas de saúde e institucionalização das racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. (org.). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 191–205.

ESTRÊLA, W. L.; CAMPOS, N. M. Relato de experiência: Juiz de Fora. In: MINAS GERAIS, S. de E. de S. de M. G. (org.). **Caderno de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/MG: formação de apoiadores, experiências e conceitos**. Belo Horizonte: SES/MG, 2014. p. 52–55.

FAQUETI, A.; TESSER, C. D. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2621–2630, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018238.22012016.

FARIA, M. L. V. C.; GUERRINI, I. A. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 779–792, 2012. DOI: 10.1590/S1414-32832012000300015.

FERREIRA NETO, J. M. **O ciclo da assistência farmacêutica**. 2015. il. color. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2592>. Acesso em: 12 jan. 2019.

FLORA, F. A. M. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 203–216, 2006. DOI: 10.5712/rbmfc2(7)56.

FONTES, O. L. **Farmácia Homeopática: teoria e prática**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2013.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32–37, 2008. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000066.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANÇA, L. R. **Práticas integrativas e complementares no contexto da UFES: uma situação possível? Uma pesquisa de opinião com os servidores**. 2017. 119 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

FRANCO, M. P. Homeopatia no SUS: relato de implantação de projeto piloto em Unidade Básica de Saúde no município de Ouro Preto, MG. **Revista de Homeopatia**, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 118, 2011.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III. In: FREUD, S. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12. p. 271–316.

FURUTA, S. E.; WECKX, L. L. M.; FIGUEIREDO, C. R. Estudo clínico, duplo-cego, randomizado, em crianças com amigdalites recorrentes submetidas a tratamento homeopático. **Revista de Homeopatia**, São Paulo, v. 80, n. 1/2, p. 164–173, 2017.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F. O ensino da homeopatia e a prática no SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 247–266, 2008. DOI: 10.1590/S1414-32832008000200003.

GALLI, K. S. B. *et al.* Saúde e equilíbrio através das terapias integrativas: relato de experiência. **Revista de Enfermagem**, Frederico Westphalen, v. 8, n. 8, p. 245–255, 2012.

GENTIL, L. B.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S. Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, 2010. Supl. 1. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700038.

GILSON, E. **A filosofia na Idade Média**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GONTIJO, M. B. A. **Práticas integrativas e complementares**: conhecimentos, concepções, percepções e atitudes dos profissionais do serviço público de saúde. 2014. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

HAHNEMANN, S. **Doenças crônicas**: sua natureza peculiar e sua cura homeopática. Tradução Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo “Benoit Mure”. 2. ed. São Paulo: Artes Gráficas, 1986.

HAHNEMANN, S. **Exposição da doutrina homeopática, ou, Organon da arte de curar**. Tradução Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo “Benoit Mure”. São Paulo: GEHSP “Benoit Mure”, 2013.

HAWKE, . *et al.* Homeopathic Medicinal Products for Preventing and Treating Acute Respiratory Tract Infections in Children. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 4, p. CD005974, 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD005974.pub4. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005974.pub4/full>. Acesso em: 18 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 35).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@. Minas Gerais. Juiz de Fora. Panorama. Rio de Janeiro, c2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 1 fev. 2020.

INSTITUTO QUESTÃO DE CIÊNCIA. **Por políticas públicas baseadas em evidências**. c2020. Disponível em: <https://iqc.org.br/#nossasAcoes>. Acesso em: 21 jun. 2019.

ISRAEL, A. L. M. **Atenção, dispensação e prescrição farmacêuticas em homeopatia**. 2016. 104 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Homeopatia) – Associação Paulista de Homeopatia, Centro Alpha de Ensino, São Paulo, 2016.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. **Plano de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: SS/PJF, 2013. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2014_2017.pdf. Acesso em: 25 ago. 2019.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Plano de Saneamento Básico de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: PJF, 2014. Disponível em: https://pjf.mg.gov.br/e_atos/anexos/11878%20-%20Anexo_170237.pdf. Acesso em: 7 jul. 2019.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano de Saúde 2018-2021**. Juiz de Fora: SS/PJF, 2017. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em: 25 ago. 2018.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. Serviço de Práticas Integrativas e Complementares. **Protocolo de rotinas serviço de práticas integrativas e complementares do SUS/PJF**. Juiz de Fora: PJF, 2019.

JUSTO, C. M. P.; GOMES, M. H. A. A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1159–1171, 2007. DOI: 10.1590/S0104-59702007000400004.

KENT, J. T. **Lições de filosofia homeopática**. São Paulo: Homeopática Brasileira, 1998.

LANGWORTH, R. (org.). **Churchill by himself**. New York: PublicAffairs, 2011.

LEMONICA, R. **Compreendendo o impacto das diretrizes propostas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em serviços de homeopatia do Sistema Único de Saúde**. 2014. 174 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2014.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261–272, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0133.

LIMA, L. M. *et al.* Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323–329, 2011. DOI: 10.1590/S1983-14472011000200016.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713–1720, 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000600015.

LOPES FILHO, J. A. **A pertinência da farmácia homeopática na consolidação da homeopatia no Sistema Único de Saúde (SUS) de Fortaleza**. 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62).

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145–176, 2005. Supl. DOI: 10.1590/S0103-73311997000100002.

LUZ, M. T. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da Homeopatia no Brasil. 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2019. (Coleção Memória Viva).

LUZ, M. T.; BARROS, F. B. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2012. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).

MAIA, C. S. *et al.* Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2567–2574, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000500027.

MANCHANDA, R. K. **Scientific framework oh homeopathy**: evidence based homeopathy. Izmir: Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, 2015. Disponível em: <https://homeopathyusa.org/uploads/Research/lmhi2015.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019. (Revised edition after 69th LMHI Congress, July 2014).

MARTINS, L. A.-C. P.; SILVA, P. J. C.; MUTARELLI, S. R. K. A teoria dos temperamentos: do corpus hippocraticum ao século XIX. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, Belo Horizonte, v. 14, p. 9–24, 2008. DOI: 10.35699/1676-1669.2008.6689.

MENEZES, M. J. R. **A homeopatia na promoção do bem-estar animal**. 2011. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Homeopatia na Medicina Veterinária) – Instituto Hahnemanniano do Brasil, Rio de Janeiro, 2011.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Política estadual de práticas integrativas e complementares/MG**. Belo Horizonte: SES/MG, 2009a.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES-MG nº 1.885, 27 de maio de 2009**. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Belo Horizonte, 2009b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1885.pdf. Acesso em: 21 out. 2019.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019**. Aprova o ajuste/2019 do plano diretor de regionalização PDR/SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2019. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203013%20-%20SUBGR_SDCAR_DREA%20-%20Ajuste%20PDR%20vers%C3%A3o%20CIB%20-%20alterada%2015.10.pdf. Acesso em: 18 maio 2020.

MORAES, M. R. C. **A Reinvenção da acupuntura**: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira. 2007. 248 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

MOTA, M. G. B. **A homeopatia e a displasia coxofemoral em cães**. 2009. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Veterinária) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013.

NASSIF, M. R. G. **Compêndio de homeopatia**. São Paulo: Robe editorial, 1995.

NEGRELLE, R. R. B. *et al.* Estudo etnobotânico junto à Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes: subsídios para o estabelecimento de programa de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel (Paraná). **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Paulínia, v. 9, n. 3, p. 6–22, 2007.

NICHOLS, P. **Homeopathy and the medical profession**. London: Croom Helm, 1988.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012–2020, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000900015.

NOVAES, A. R. V. **A medicina homeopática: avaliação de serviços**. 2007. 263 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547–549, 2000. DOI: 10.1590/S0034-89102000000500018.

NOVAES, T. C. **Percepções do paciente usuário dos serviços homeopáticos do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: estudo de caso no Centro de Saúde Santa Terezinha**. 2003. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2009. p. 295–315.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE. **Estrategía de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: OMS, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=6AF0242A167C41AED55CBC40BE9ED2B9?sequence=1. Acesso em: 1 jan. 2019.

PACHECO, A. B. L. F. **Cuidados farmacêuticos: uma visão homeopática**. 2015. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Homeopatia) – Associação Paulista de Homeopatia, Centro Alpha de Ensino, São Paulo, 2015.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299–316, 1998. DOI: 10.1590/S0034-89101998000400001.

PAIVA, S. M. P. *et al.* Avaliação do uso das práticas integrativas e complementares em saúde por parte da população juiz-forana. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, Belo Horizonte, v. 1, n. 4, p. 32–45, 2019.

PEREIRA, R. H. S. **Avicena**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 492–496, 2006. DOI: 10.1590/S0034-71672006000400004.

PUSTIGLIONE, M.; GOLDENSTEIN, E.; CHENCINSKI, Y. M. Homeopatia: um breve panorama desta especialidade médica. **Revista de Homeopatia**, São Paulo, v. 80, n. 1/2, p. 1–17, 2017. Disponível em: <http://revista.aph.org.br/index.php/aph/article/view/393/426>. Acesso em: 21 jan. 2019.

RAMOS, D. **Saúde: os 7 pilares da qualidade de Avedis Donabedian**. 2017. Disponível em: <https://blogdaqualidade.com.br/saude-os-7-pilares-da-qualidade-de-avedis-donabedian/>. Acesso em: 27 nov. 2019.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50–61, 1990. DOI: 10.1590/S0102-311X1990000100006.

RIBEIRO, A. A. **Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas integrativas e complementares em saúde**. 2015. 48 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

RODRIGUES-NETO, J. F. *et al.* Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 233–239, 2008. DOI: 10.1590/S0047-20852008000400002.

SALLES, S. A. C. **A interface entre a homeopatia e a biomedicina: o ponto de vista dos profissionais de saúde não homeopatas**. 2006. 245 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SALLES, S. A. C.; AYRES, J. R. C. M. Homeopathic consultation: examining its effect among primary care patients. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 315–326, 2013. DOI: 10.1590/S1414-32832013005000010.

SAMPAIO, T. L.; BOMFIM, I. **A contribuição da homeopatia para o processo de reorientação da Atenção Básica de Saúde, a partir dos pressupostos da Humanização e da Promoção da Saúde**. 2007. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, 2007.

SANT'ANA, J. M. B. *et al.* Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, p. 138–144, 2011. DOI: 10.1590/S1020-49892011000200010.

SANTOS, J. R. *et al.* A utilização da homeopatia associada a outras terapias para o tratamento de doenças crônicas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, 2009. DOI: 10.5380/ce.v14i1.14121. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14121>. Acesso em: 2 fev. 2020.

SANTOS, M. A. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: inusitadas mediações. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 1, p. 176–184, 2016.

SAYD, J. D. **Mediar, medicar, remediar**: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. 2. ed. São Paulo: SENAC/SP, 2005.

SEREJO, A. A.; MÉXAS, M. P.; VIEIRA NETO, J. Manutenção do setor Brasileiro de saúde suplementar a partir da composição da faixa etária idosa. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 5, p. 1634–1650, 2018.

SILVA, C. C.; ALVES, L. S. **Dispensação orientada em farmácia homeopática**. 2011. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Homeopatia) – Instituto Hahnemanniano do Brasil, Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, J. P.; RODOVALHO, J. L. **Concepção de avaliação da qualidade nos serviços de saúde**. 2014. 15 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Vigilância Sanitária) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

SILVEIRA, A. L. P. **Práticas integrativas e complementares no SUS**. 2017. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/96073-praticas-integrativas-e-complementares-no-sus/>. Acesso em: 5 maio 2019.

SOUSA, I. M. C. *et al.* Integrative and complementary health practices: the supply and production of care in the Unified National Health System and in selected municipalities in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143–2154, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001100014.

TEIXEIRA, J. B. P. **Práticas integrativas não convencionais em saúde brasileira**. Juiz de Fora: Belvedere, 2014.

TEIXEIRA, M. Z. A **Semelhante cura semelhante**. São Paulo: Editorial Petrus, 1998.

TEIXEIRA, M. Z. A Possible contributions of the homoeopathic model to humanization of medical training. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 454–463, 2009. DOI: 10.1590/S0100-55022009000300016.

TEIXEIRA, M. Z. A homeopatia tem eficácia comprovada cientificamente? SIM. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 nov. 2018. Seção Opinião. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2018/11/a-homeopatia-tem-eficacia-comprovada-cientificamente-sim.shtml>. Acesso em: 2 jun. 2019.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99–112, 2016. DOI: 10.1590/S0103-40142016.00100007.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914–920, 2008. DOI: 10.1590/S0034-89102008000500018.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 363–372, 2002. DOI: 10.1590/S1413-81232002000200015.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195–206, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100024.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2018. DOI: 10.1590/s0103-73312018280109. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n1/0103-7331-physis-28-01-e280109.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2019.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249–257, 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102011005000002.

VALLA, V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 39–62.

VAN HASELEN, R. *et al.* The effectiveness and safety of a homeopathic medicinal product in pediatric upper respiratory tract infections with fever: a randomized controlled trial. **Global Pediatric Health**, Thousand Oaks, v. 3, p. 2333794X16654851, 2016. DOI: 10.1177/2333794X16654851. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333794X16654851>. Acesso em: 15 nov. 2019.

WENCESLAU, L. D.; RÖHR, F.; TESSER, C. D. Contribuições da medicina antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 127–138, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622014.0745.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents**. 45. ed. Geneva: WHO, 2006. p. 1–18. Suppl.

APÊNDICE A – Recursos terapêuticos das práticas integrativas e complementares dispostas na PNPIC, 2018

Apiterapia	Aromaterapia	Arteterapia
Produtos derivados de abelhas-apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis.	Propriedades dos óleos essenciais, concentrados voláteis extraídos de vegetais.	Instrumentos artísticos, em processo terapêutico individual ou de grupo.
Ayurveda	Biodança	Bioenergética
Técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e cuidados dietéticos.	Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica.	Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos.
Constelação familiar	Cromoterapia	Dança circular
Um inconsciente familiar atua em cada membro de uma família. As ações realizadas em consonância com as denominadas “ordens do amor” favorecem que a vida flua de modo equilibrado e harmônico.	As cores do espectro solar restaura o equilíbrio físico e energético do corpo. As cores quentes causam sensações mais físicas, e as frias, com vibrações mais sutis, são calmantes.	Geralmente realizada em grupos, utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para favorecer a aprendizagem e a interconexão harmoniosa e promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade.
Geoterapia	Hipnoterapia	Homeopatia
Argila, barro e lamas medicinais, pedras e cristais, para amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.	Técnicas de intenso relaxamento, concentração e/ou foco que induzem a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado alterando uma série de condições ou comportamentos indesejados.	Princípios fundamentais: Lei dos Semelhantes; experimentação no homem sadio; e substâncias altamente diluídas que buscam o sistema de cura natural do corpo.
Imposição de mãos	Medicina antroposófica	Medicina Tradicional Chinesa (MTC)-Acupuntura
Implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano.	Concilia medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem, como aplicações externas, banhos terapêuticos, terapias físicas, arteterapia, aconselhamento biográfico, quirofonética.	Teorias do yin-yang e dos cinco elementos como bases para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, visando tratar quaisquer desequilíbrios. A acupuntura estimula pontos do o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas metálicas.

Meditação	Musicoterapia	Naturopatia
Treina a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva.	Música e/ou seus elementos num processo facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão, da organização.	Utiliza um conjunto de métodos e recursos naturais no cuidado e na atenção à saúde
Osteopatia	Ozonioterapia	Fitoterapia
Técnicas manuais como a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações), do stretching, dos tratamentos para a disfunção da articulação temporomandibular (ATM), e da mobilidade para vísceras.	Aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio. O ozônio medicinal representa um estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que ajuda a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo.	Plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. Institucionalizada no SUS pela PNPIC Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).
Quiropraxia	Reflexoterapia	Reiki
Diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético. Tratamento manual, como a terapia de tecidos moles e a manipulação articular ou "ajustamento" da coluna vertebral e outras partes do corpo, para correção de problemas posturais, alívio da dor, favorecendo a capacidade natural de auto cura.	Estímulos em áreas reflexas para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento. Vê o corpo atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões, as quais têm o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos, e permitem, quando massageados, a reativação da homeostase e do equilíbrio nas regiões com algum tipo de bloqueio.	Imposição das mãos para canalização da energia vital promovendo o equilíbrio energético. Busca fortalecer os locais onde se encontram bloqueios ("nós energéticos") eliminando as toxinas e restabelecendo o fluxo de energia vital – Qi.
Shantala	Terapia Comunitária Integrativa	Terapia de florais
Manipulação (massagem) para bebês e crianças pelos pais, por uma série de movimentos que favorecem o vínculo entre estes e proporcionam benefícios decorrentes do alongamento dos membros e da ativação da circulação.	Construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. O conhecimento tradicional é fundamental na construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e diminuição do isolamento social.	Essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais. A terapia de florais de Bach é o sistema precursor desta prática. Outros sistemas de florais: australianos, californianos, de Minas, de Saint Germain, do cerrado, Joel Aleixo, Mystica, do Alaska, do Hawai.
Termalismo social/crenoterapia	Yoga	
Uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras -e eventualmente submetida a ações hidromecânicas – como agente em tratamentos de saúde.	Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Apresenta técnicas específicas, como hatha-yoga, mantra-yoga, laya-yoga.	

APÊNDICE B – Lista total de matrizes - Medicamentos homeopáticas padronizados nas relações municipal e nacional e as que foram prescritas no SPIC/JF de outubro de 2018 a junho de 2019, ainda não padronizadas

1. Abies canadenses	31. Adenoides	61. Anacardium orientale
2. Abies nigra	32. Adonis vernalis	62. Anagallis arvensis
3. Ácaro	33. Adrenalinum	63. Anas barbariae hepatis et cordis
4. Achillea millefolium	34. Aesculus glabra	64. Angelica archangelica
5. Acidum aceticum	35. Aesculus hippocastanum	65. Angustura vera
6. Acidum benzoicum	36. Aethusa cynapium	66. Anilinum
7. Acidum boracicum	37. Agaricus muscarius	67. Anthracinum
8. Acidum carbolicum	38. Agnus castus	68. Antidiphtherinum
9. Acidum chromicum	39. Agraphis nutans	69. Antimonium tartaricum
10. Acidum citricum	40. Ailanthus glandulosus	70. Antimonium arsenicicum
11. Acidum desoxyribonucleicum (ADN)	41. Aletris farinosa	71. Antimonium crudum
12. Acidum fluoricum	42. Alfafa	72. Antimonium iodatum
13. Acidum formicum	43. Allium cepa	73. Antimonium oxydatum
14. Acidum gallicum	44. Allium sativum	74. Antimonium sulphuratum auratum
15. Acidum hydrocyanicum	45. Alloxanum	75. Apis mellifica
16. Acidum lacticum	46. Aloe socotrina	76. Apisinum
17. Acidum muriaticum	47. Althaea officinalis	77. Apium graveolens
18. Acidum nitricum	48. Alumen	78. Apocynum androsaemifolium
19. Acidum oxalicum	49. Alumina	79. Apocynum cannabinum
20. Acidum phosphoricum	50. Aluminium metallicum	80. Aralia racemosa
21. Acidum picricum	51. Ambra grisea	81. Aranea diadema
22. Acidum ribonucleicum (ARN)	52. Ambrosia artemisiaefolia	82. Argentum metallicum
23. Acidum salicylicum	53. Amigdala	83. Argentum muriaticum
24. Acidum sarcolacticum	54. Ammonium carbonicum	84. Argentum nitricum
25. Acidum sulphuricum	55. Ammonium muriaticum	85. Aristolochia clematitis
26. Acidum uricum	56. Ammonium nitricum	86. Aristolochia milhomens
27. Acne nosodio	57. Ammonium phosphoricum	87. Arnica montana
28. Aconitum napellus	58. Amygdalus amara	88. Arsenicum álbum (met-alb)
29. Actaea racemosa	59. Amyl nitrosum	89. Arsenicum iodatum
30. Actaea spicata	60. Anacardium occidentale	90. Arsenicum sulphuratum flavum

91. Arsenicum sulphuratum rubrum	127. Belladonna	163. Calcarea phosphorica
92. Artemisia abrotanum	128. Bellis perennis	164. Calcarea sulphurica
93. Artemisia absinthium	129. Benzinum	165. Calcium silicicum
94. Artéria	130. Berberis aquifolium	166. Calculi biliares
95. Articulação cox femoral	131. Berberis vulgaris	167. Calculus renalis
96. Articulação de Joelho	132. Betula alba	168. Calendula officinalis
97. Articulação tornozelo	133. BFDenys	169. Calotropis gigantean
98. Arum maculatum	134. Bismuthum met.	170. Caltha palustres
99. Arum triphyllum	135. Bismuthum oxydatum	171. Camphora
100. Arundo mauritanica	136. Bismuthum subnitricum	172. Candida albicans nosodio
101. Asa foetida	137. Blatta americana	173. Cantharis vesicatoria
102. Asarum europaeum	138. Blatta orientalis	174. Capsicum annum
103. Asclepias tuberosa	139. Boldo	175. Carbo animalis
104. Aspidosperma	140. Borax veneta	176. Carbo vegetabilis
105. Astacus fluviatilis	141. Bothrops lanceolatus	177. Carcinosinum
106. Asterias Rubens	142. Botulinum	178. Carduus marianus
107. Atropinum	143. Bovista gigantea	179. Cartilagem de Joelho
108. Atropinum sulphuricum	144. Bromium	180. Carum carvi
109. Aurum arsenicosum	145. Brucela melitensis	181. Cascara sagrada
110. Aurum iodatum	146. Brucelinum	182. Cascarilla
111. Aurum metallicum	147. Bryonia alba	183. Castor equi
112. Aurum muriaticum	148. Bufo rana	184. Castoreum
113. Aurum muriaticum natronatum	149. Cactus grandiflorus	185. Caulophyllum thalictroides
114. Aurum sulphuratum	150. Cadmium metallicum	186. Causticum
115. Avena sativa	151. Cadmium sulphuratum	187. Ceanothus americanus
116. Aviaria	152. Cadmium sulphuricum	188. Cedron
117. Bacillinum	153. Cajuputum	189. Cerasus virginiana
118. Baço	154. Caladium seguinum	190. Cérebro total
119. Badiaga	155. Calcarea acética	191. Cereus bomplandii
120. Baptisia tinctoria	156. Calcarea arsenicica	192. Chamomilla = matricaria chamomilla
121. Baryta acética	157. Calcarea bromate	193. Chelidonium majus
122. Baryta carbônica	158. Calcarea carbonica	194. Chelone
123. Baryta iodata	159. Calcarea fluorica	195. Chenopodium anthelminticum
124. Baryta muriática	160. Calcarea iodata	196. Chimaphila umbellata
125. Baryta sulfúrica	161. Calcarea muriatica	197. China officinalis= rubra
126. BCG	162. Calcarea oxálica	198. Chininum arsenicosum

199. Chininum muriaticum	233. Corallium rubrum	267. Epiphegus virginiana
200. Chininum purum	234. Cordia curassavica	268. Equisetum arvense
201. Chininum sulphuricum	235. Cortisone	269. Equisetum hyemale
202. Chionanthus virginica	236. Crataegus oxyacantha	270. Ergotinum
203. Chlorum	237. Crocus sativus	271. Erigeron Canadensis
204. Chocolate	238. Crotalus horridus	272. Escherichia coli
205. Cholesterinum	239. Croton tiglium	273. Estrogenio endógeno
206. Chrysarobinum	240. Cuprum aceticum	274. Ethylicum
207. Cicutia virosa	241. Cuprum arsenicosum	275. Eucalyptus globulus
208. Cimex	242. Cuprum carbonicum	276. Eugenia jambosa
209. Cina maritima	243. Cuprum metallicum	277. Eupatorium perfoliatum
210. Cineraria maritima	244. Cuprum oxidatum nigrum	278. Eupatorium purpureum
211. Cinnabaris	245. Cuprum sulphuricum	279. Euphorbia resinifera
212. Cinnamomum zeylanicum	246. Curare	280. Euphorbia tirucalli
213. Cistus Canadensis	247. Cúrcuma longa	281. Euphorbium officinalis
214. Citrus	248. Cyclamen euripaeum	282. Euphrasia officinalis
215. Clematis erecta	249. Cydonia	283. Eupion
216. Clematis vitalba	250. Cynara scolymus	284. Fagopyrum esculentum
217. Cobaltum metallicum	251. Cyripedium pubescens	285. Ferrum aceticum
218. Cocculus indicus	252. Cyrtopodium punctatum	286. Ferrum arsenicum
219. Coccus cacti	253. Daphne indica	287. Ferrum bromatum
220. Cochlearia armoracia	254. Datura arbórea	288. Ferrum carbonicum
221. Coffea cruda	255. Digitalis purpurea	289. Ferrum iodatum
222. Coffea tosta	256. Dioscorea villosa	290. Ferrum lacticum
223. Colchicum autumnale	257. Disco cervical	291. Ferrum metallicum
224. Colibacillinum	258. Disco dorsal	292. Ferrum muriaticum
225. Collinsonia Canadensis	259. Disco Lombar	293. Ferrum phosphoricum
226. Colocynthis	260. Dolichos pruriens	294. Ferrum picricum
227. Comocladia dentate	261. Drosera	295. Ferrum rosatum
228. Condurango	262. Dulcamara	296. Ferrum sulphuricum
229. Conium maculatum	263. Einacea angustifolia	297. Fígado
230. Convallaria majalis	264. Elaps corallinum	298. Filix mas
231. Copaiva officinalis	265. Endométrie	299. Foliculinum
232. Coqueluchinum	266. Entamoeba hystolitica	300. Formica rufa

301. <i>Fragaria vesca</i>	335. <i>Hipophise lobulo anterior</i>	369. <i>Kali nitricum</i>
302. <i>Fraxinus Americana</i>	336. <i>Hipophise lobulo posterior</i>	370. <i>Kali oxalicum</i>
303. <i>Fucus vesiculosus</i>	337. <i>Hipophise total</i>	371. <i>Kali permanganacicum</i>
304. <i>Fumaria officinalis</i>	338. <i>Hippomane mancinella</i>	372. <i>Kali phosphoricum</i>
305. <i>Gambogia</i>	339. <i>Histaminum</i>	373. <i>Kali sulphuricum</i>
306. <i>Gardnerella vaginalis-nosodio</i>	340. <i>Hydragium biiodatum</i>	374. <i>Kalmia latifolia</i>
307. <i>Gelsemium sempervirens</i>	341. <i>Hydrangea arborescens</i>	375. <i>Kreosotum</i>
308. <i>Gentiana lutea</i>	342. <i>Hydrastinum muriaticum</i>	376. <i>Lac caninum</i>
309. <i>Ginkgo biloba</i>	343. <i>Hydrocotyle asiatica</i>	377. <i>Lac defloratum</i>
310. <i>Glicose</i>	344. <i>Hyoscyamus niger</i>	378. <i>Lac vaccinum</i>
311. <i>Glonoinum</i>	345. <i>Hypericum perforatum</i>	379. <i>Lachesis trigonocephalus</i>
312. <i>Gnaphalium polycephalum</i>	346. <i>Iberis amara</i>	380. <i>Lachnanthes tinctorial</i>
313. <i>Gossypium herbaceum</i>	347. <i>Ignatia amara</i>	381. <i>Lactose</i>
314. <i>Granatum</i>	348. <i>Indigo</i>	382. <i>Lactuca virosa</i>
315. <i>Graphites</i>	349. <i>Influenzinum</i>	383. <i>Lapis albus</i>
316. <i>Gratiola officinalis</i>	350. <i>Insulina</i>	384. <i>Lappa major</i>
317. <i>Grindelia robusta</i>	351. <i>Iodoformum</i>	385. <i>Latrodectus mactans</i>
318. <i>Guaco</i>	352. <i>Iodum</i>	386. <i>Latyrus sativus</i>
319. <i>Guaiacum officinale</i>	353. <i>Ipecacuanha</i>	387. <i>Laurocerasus</i>
320. <i>Guatteria gaumeri</i>	354. <i>Iris versicolor</i>	388. <i>Ledum palustre</i>
321. <i>Hamamelis virginiana</i>	355. <i>Jucá= pau ferro</i>	389. <i>Lemna minor</i>
322. <i>Harpagopyton procubens</i>	356. <i>Juglans regia</i>	390. <i>Leptandra virginica</i>
323. <i>Hedeoma pulegioides</i>	357. <i>Kali aceticum</i>	391. <i>Lespedeza capitata</i>
324. <i>Hedera helix</i>	358. <i>Kali arsenicosum</i>	392. <i>Liatris spicata</i>
325. <i>Hekla lava</i>	359. <i>Kali bichromicum</i>	393. <i>Lillium tigrinum</i>
326. <i>Helianthus annuus</i>	360. <i>Kali bromatum</i>	394. <i>Lithium carbonicum</i>
327. <i>Helicobacter piloris</i>	361. <i>Kali carbonicum</i>	395. <i>Lobelia inflata</i>
328. <i>Helleborus niger</i>	362. <i>Kali chloratum</i>	396. <i>Luesinum</i>
329. <i>Heloderma</i>	363. <i>Kali chloricum</i>	397. <i>Luffa operculata</i>
330. <i>Helonias dioica</i>	364. <i>Kali chromicum</i>	398. <i>Lycopersicum esculentum</i>
331. <i>Hepar Sulphur</i>	365. <i>Kali cyanatum</i>	399. <i>Lycopodium clavatum</i>
332. <i>Herpes nosodio</i>	366. <i>Kali ferrocyanatum</i>	400. <i>Lycopus virginicus</i>
333. <i>Hidrastis</i>	367. <i>Kali iodatum</i>	401. <i>Magnesia carbonica</i>
334. <i>Hipófise</i>	368. <i>Kali muriaticum</i>	402. <i>Magnesia muriatica</i>

403. Magnesia phosphorica	437. Mygale lasiodora	471. Osmium metallicum
404. Magnesia sulphurica	438. Myrica cerifera	472. Osso total
405. Magnolia glauca	439. Myristica sebifera	473. Osteoartrite nosodium
406. Mandragora officinarum	440. Myrtus communis	474. Ostilago
407. Manganum aceticum	441. Naja tripudians	475. Ovarinum (Oophorinum)
408. Manganum metallicum	442. Naphthalinum	476. Paeonia officinalis
409. Manganum sulphuricum	443. Natrium arsenicosum	477. Palladium metallicum
410. Marmoreck	444. Natrium carbonicum	478. Pancreas
411. Medigaco sativo(Alfafa)	445. Natrium muriaticum	479. Paris quadrifolia
412. Medorrhinum	446. Natrium phosphoricum	480. Parreira brava
413. Medula ossea	447. Natrium sulphuricum	481. Passiflora
414. Melanina	448. Natrum arsenicum	482. Pata vaca
415. Melatonina	449. Natrum bromatum	483. Paullinia sorbilis
416. Melilotus officinalis	450. Natrum nitricum	484. Pedra ume Caa
417. Menispermum canadense	451. Natrum salicylicum	485. Pelo de cão e gato
418. Mentha piperita	452. Natrum vanadinicum	486. Pertussinum
419. Menyanthes trifoliata	453. Nervo total	487. Petroleum
420. Mephitis mephitica	454. Nervo trigêmeo	488. Petroselinum sativum
421. Mephitis putorius	455. Niccolum carbonicum	489. Phellandrium aquaticum
422. Mercuris solubilis	456. Niccolum metallicum	490. Phosphorus
423. Mercurius cyanatus	457. Niccolum sulphuricum	491. Physostigma venenosum
424. Mercurius corrosivus	458. Nuphar luteum	492. Phytolacca decandra
425. Mercurius dulcis	459. Nux moschata	493. Pilocarpinum muriaticum
426. Mercurius iodatus flavus	460. Nux vomica	494. Piper methysticum
427. Mercurius iodatus ruber	461. Ocimum canum	495. Piper nigrum
428. Mercurius sulphuratus ruber	462. Oenanthe crocata	496. Plantago major
429. Mercurius vivus	463. Oleander	497. Platina metallica
430. Mezezeum	464. Oleum Jecoris Aselli	498. Platinum muriaticum
431. Mica	465. Onosmodium virginianum	499. Plumbum aceticum
432. Mikania glomerata	466. Opuntia vulgaris	500. Plumbum carbonicum
433. Mofo	467. Oreodaphne californica	501. Plumbum chromicum
434. Moschus	468. Origanum majorana	502. Plumbum iodatum
435. Mulungu	469. Ornithogalum umbellatum	503. Plumbum metallicum
436. Murex purpurea	470. Oscilloccinum	504. Pneumococcinum

505.Podophyllum	539.Rim	573.Spigelia anthelmia
506.Podophyllum peltatum	540.Robinia pseudoacacia	574.Spiritus glandium quercus
507.Poeira e germes (PGR)	541.Rosmarinus officinalis	575.Spongia tosta
508.Polygonum punctatum	542.Rubia tinctorum	576.Stannum iodatum
509.Populus tremuloides	543.Rumex crispus	577.Stannum metallicum
510.Pothos foetidus	544.Ruta graveolens	578.Staphylococcinum
511.Progesteronum	545.Sabadilla	579.Staphysagria
512.Propionato de testosterona	546.Sabal serrulatum	580.Stellaria media
513.Prunus spinose	547.Sabina	581.Sterculia acuminata
514.Psorinum	548.Saccharium officinale	582.Sticka
515.Ptelea trifoliata	549.Salix alba	583.Sticta pulmonaria
516.Pulex irritans	550.Salix nigra	584.Stigmata maydis
517.Pulmo histaminum	551.Sambucus nigra	585.Stramonium
518.Pulsatilla-nig	552.Sanguinaria canadensis	586.Streptococcinum
519.Pyrogenium	553.Sanguinarinum nitricum	587.Strontium carbonicum
520.Quassia amara	554.Sanicula aqua	588.Strophanthus hispidus
521.Quercus glandium spiritus	555.Sarsaparilla	589.Strychininum sulfuricum
522.Radium bromatum	556.Scilla maritima	590.Strychnos ignatia
523.Ranunculus bulbosus	557.Scrophularia nodosa	591.Sucupira
524.Ranunculus bulbosus	558.Scutellaria lateriflora	592.Sulphur
525.Raphanus sativus	559.Secale cornutum	593.Sulphur iodatum
526.Ratanhia	560.Selenium	594.Sumbul
527.Rauwolfia serpentine	561.Sempervivum tectorum	595.Symphoricarpus racemosus
528.Rhamnus californica	562.Senecio aureus	596.Symphytum officinale
529.Rhamnus catharticus	563.Senega officinalis	597.Syphillinum
530.Rhamnus purshiana	564.Senna	598.Syzigium jambolam
531.Rheum officinale	565.Sepia officinalis=suc	599.Tabacum -Nicotiana
532.Rheum palmatum	566.Serotonina	600.Tanacetum vulgare
533.Rhododendron	567.Serum anguillae	601.Tarentula cubensis
534.Rhus aromática	568.Silicea	602.Taraxacum officinale
535.Rhus glabra	569.Sinapis alba	603.Tarentula hispanica
536.Rhus toxicodendron	570.Sinapis nigra	604.Tecido osseo e cartilage
537.Rhus venenata	571.Solanum nigrum	605.Tellurium metallicum
538.Ricinus communis	572.Solidago virga aurea	606.Tendão

607. Terebinthina	624. Uranium nitricum	641. Vespa crabo
608. Teucrium marum verum	625. Urea	642. Viburnum opulus
609. Theridion	626. Urtica dioica	643. Viburnum prunifolium
610. Thiosinaminum	627. Urtica urens	644. Vinca minor
611. Thlaspi bur. Pas	628. Ustilago maydis	645. Viola odorata
612. Thlaspi Bursa Pastoris	629. Útero	646. Viola tricolor
613. Thuya occidentalis	630. Uva ursi	647. Vipera torva
614. Thymus serpyllum	631. Vaccinum	648. Viscum álbum
615. Thyreoidium	632. Valeriana	649. Wyethia helenioides
616. Timus	633. Vanadium metallicum	650. Xanthoxylon fraxineum
617. Trifolium pretense	634. Variolinum	651. Yucca filamentosa
618. Trillium pendulum	635. Veratrum album	652. Zincum metallicum
619. Triticum repens	636. Veratrum viride	653. Zincum muriaticum
620. Tuberculinum bovinum	637. Verbascum thapsus	654. Zincum valerianicum
621. Tuberculinum Koch (TK)	638. Vertebra Lombar	655. Zingiber officinale
622. Tuberculinum residum (TR)	639. Vertebra cervical	
623. Tussilago fragrans	640. Vertebra dorsal	

APÊNDICE C – Lista com todas as substâncias homeopáticas prescritas no SPIC/JF, com suas respectivas frequência e porcentagem, no período de outubro de 2018 a junho de 2019

Substâncias	Frequência	Porcentagem
<i>Ignatia amara</i>	90	3,5
<i>Passiflora</i>	82	3,2
<i>Nux vômica</i>	64	2,5
<i>Lycopodium clavatum</i>	56	2,2
<i>Valeriana</i>	53	2,1
<i>Hypericum perforatum</i>	50	2
<i>Rhus toxicodendron</i>	46	1,8
<i>Bryonia alba</i>	44	1,7
<i>Histaminum</i>	44	1,7
<i>Phosphorus</i>	43	1,7
<i>Pulmo histaminum</i>	43	1,7
<i>Arsenicum álbum (met-alb)</i>	43	1,7
<i>Ruta graveolens</i>	39	1,5
<i>Phosphorus</i>	39	1,5
<i>Magnesia phosphorica</i>	35	1,4
<i>Staphysagria</i>	35	1,4
<i>Pulsatilla- nig</i>	34	1,3
<i>Sepia officinalis=suc</i>	34	1,3
<i>Silicea</i>	34	1,3
<i>Acidum phosphoricum</i>	34	1,3
<i>Chamomilla = matricaria chamomilla</i>	34	1,3
<i>Natrium muriaticum</i>	32	1,2
<i>Aurum metallicum</i>	32	1,2
<i>Oscillococcinum</i>	29	1,1
<i>Avena sativa</i>	28	1,1
<i>Argentum nitricum</i>	26	1
<i>Baryta carbônica</i>	25	1
<i>Luffa operculata</i>	25	1
<i>Actaea spicata</i>	25	1
<i>Coffea cruda</i>	24	0,9
<i>Causticum</i>	22	0,9
<i>Poeira e germes V.A.S(PGR)</i>	21	0,8
<i>Sulphur</i>	20	0,8
<i>Arnica montana</i>	20	0,8
<i>Belladonna</i>	20	0,8
<i>Hamamelis virginiana</i>	20	0,8
<i>Influenzinum</i>	19	0,7
<i>Carbo vegetabilis</i>	19	0,7

Substâncias	Frequência	Porcentagem
<i>Gelsemium sempervirens</i>	19	0,7
<i>Sabadilla</i>	18	0,7
<i>Cactus grandiflorus</i>	18	0,7
<i>Lillium tigrinum</i>	17	0,7
<i>Aconitum napellus</i>	17	0,7
<i>Mulungu</i>	17	0,7
<i>Syzygium jambolão</i>	16	0,6
<i>Calcarea phosphorica</i>	16	0,6
<i>Disco Lombard</i>	16	0,6
<i>Cholesterinum</i>	16	0,6
<i>Apis melifica</i>	15	0,6
<i>Vertebra Lombard</i>	15	0,6
<i>Graphites</i>	15	0,6
<i>Hidrastis</i>	15	0,6
<i>Lachesis trigonocephalus =muta</i>	13	0,5
<i>Allium sativum</i>	13	0,5
<i>Colocynthis</i>	13	0,5
<i>Articulação de Joelho</i>	13	0,5
<i>Pata vaca</i>	12	0,5
<i>Streptococcinum</i>	12	0,5
<i>Cina marítima</i>	12	0,5
<i>Harpagopyton procubens</i>	12	0,5
<i>Kali phosphoricum</i>	11	0,4
<i>Natrium sulphuricum</i>	11	0,4
<i>Ovarinum (Oophorinum)</i>	11	0,4
<i>Selenium</i>	11	0,4
<i>Tuberculinum Koch (TK)</i>	11	0,4
<i>Kali bichromicum</i>	11	0,4
<i>Calcarea fluorica</i>	11	0,4
<i>Estrogenio endógeno</i>	11	0,4
<i>Cyclamen euripaeum</i>	11	0,4
<i>Mofa</i>	10	0,4
<i>Ambra grisea</i>	10	0,4
<i>Zincum metallicum</i>	10	0,4
<i>Ipecacuanha</i>	10	0,4
<i>Cartilagem de Joelho</i>	10	0,4
<i>Conium maculatum</i>	10	0,4
<i>Glonoinum</i>	10	0,4
<i>Guaiacum officinale</i>	10	0,4
<i>Iris versicolor</i>	9	0,4
<i>Stramonium</i>	9	0,4
<i>Actaea racemosa</i>	9	0,4
<i>Cocculus indicus</i>	9	0,4
<i>Phytolacca decandra</i>	9	0,4

Substâncias	Frequência	Porcentagem
<i>Staphylococcinum</i>	9	0,4
<i>China officinalis= rubra</i>	9	0,4
<i>Foliculinum</i>	9	0,4
<i>Sanguinaria canadenses</i>	8	0,3
<i>Spongia tosta</i>	8	0,3
<i>Amyl nitrosum</i>	8	0,3
<i>Blatta orientalis</i>	8	0,3
<i>Hepar sulphur</i>	8	0,3
<i>Crataegus oxyacantha</i>	8	0,3
<i>Euphrasia officinalis</i>	8	0,3
<i>Kali iodatum</i>	7	0,3
<i>Allium cepa</i>	7	0,3
<i>Psorinum</i>	7	0,3
<i>Thuja occidentalis</i>	7	0,3
<i>Antimonium crudum</i>	7	0,3
<i>Amora</i>	7	0,3
<i>Cuprum metallicum</i>	7	0,3
<i>Aesculus hippocastanum</i>	7	0,3
<i>Hyoscyamus niger</i>	6	0,2
<i>Kali carbonicum</i>	6	0,2
<i>Mercuris solubilis</i>	6	0,2
<i>Spigelia anthelmia</i>	6	0,2
<i>Teucrium marum verum</i>	6	0,2
<i>Antimonium tartaricum</i>	6	0,2
<i>Berberis vulgaris</i>	6	0,2
<i>Calcarea iodata</i>	6	0,2
<i>Insulina</i>	6	0,2
<i>Chelidonium majus</i>	6	0,2
<i>Sticka</i>	6	0,2
<i>Dulcamara</i>	6	0,2
<i>Ferrum phosphoricum</i>	6	0,2
<i>Formica rufa</i>	6	0,2
<i>Iodum</i>	5	0,2
<i>Natrium carbonicum</i>	5	0,2
<i>Plumbum metallicum</i>	5	0,2
<i>Bellis perennis</i>	5	0,2
<i>Borax veneta</i>	5	0,2
<i>Ginkgo biloba</i>	5	0,2
<i>Manganum aceticum</i>	5	0,2
<i>Moschus</i>	5	0,2
<i>Robinia pseudoacacia</i>	5	0,2
<i>Sambucus nigra</i>	5	0,2
<i>Sumbul</i>	5	0,2
<i>Propionato de testosterona</i>	5	0,2

Substâncias	Frequência	Porcentagem
<i>Disco cervical</i>	5	0,2
<i>Vertebra cervical</i>	5	0,2
<i>Ergotinum</i>	5	0,2
<i>Guaco</i>	5	0,2
<i>Agaricus muscarius</i>	4	0,2
<i>Rumex crispus</i>	4	0,2
<i>Sulphur iodatum</i>	4	0,2
<i>Thyreoidium</i>	4	0,2
<i>Ammonium carbonicum</i>	4	0,2
<i>Lemna minor</i>	4	0,2
<i>Taraxacum officinale</i>	4	0,2
<i>Vipera torva</i>	4	0,2
<i>Glicose</i>	4	0,2
<i>Serotonina</i>	4	0,2
<i>Útero</i>	4	0,2
<i>Articulação tornozelo</i>	4	0,2
<i>Articulação cox femural</i>	4	0,2
<i>Tuberculinum bovinum</i>	4	0,2
<i>Melissa</i>	4	0,2
<i>Einacea angustifolia</i>	4	0,2
<i>Medorrhinum</i>	3	0,1
<i>Mercurius corrosivus</i>	3	0,1
<i>Nux moschata</i>	3	0,1
<i>Osteoartrite nosodium (NOA)</i>	3	0,1
<i>Petroleum</i>	3	0,1
<i>Platina metallica</i>	3	0,1
<i>Sabina</i>	3	0,1
<i>Alumina</i>	3	0,1
<i>Symphytum officinale</i>	3	0,1
<i>Veratrum álbum</i>	3	0,1
<i>Hekla lava</i>	3	0,1
<i>Acidum fluoricum</i>	3	0,1
<i>Acidum hidrocyanicum</i>	3	0,1
<i>Arsenicum iodatum</i>	3	0,1
<i>Asa foetica</i>	3	0,1
<i>Quercus glandium spiritus</i>	3	0,1
<i>Cantharis vesicatoria</i>	3	0,1
<i>Saccharium officinale</i>	3	0,1
<i>Carcinosinum</i>	3	0,1
<i>Trillium pendulum</i>	3	0,1
<i>Urtica urens</i>	3	0,1
<i>Endométrio</i>	3	0,1
<i>Alcachofra</i>	3	0,1
<i>Acne nosodio</i>	3	0,1

Substâncias	Frequência	Porcentagem
<i>Eupatorium perfoliatum</i>	3	0,1
<i>Lobelia inflata</i>	2	0,1
<i>Mezereum</i>	2	0,1
<i>Palladium metallicum</i>	2	0,1
<i>Rim</i>	2	0,1
<i>Tabacum –Nicotiana</i>	2	0,1
<i>Tecido osseo e cartilagem</i>	2	0,1
<i>Tuberculinum residum (TR)</i>	2	0,1
<i>Boldo</i>	2	0,1
<i>Achillea millefolium</i>	2	0,1
<i>Anthracinum</i>	2	0,1
<i>Acidum benzoicum</i>	2	0,1
<i>Bothrops lanceolatus</i>	2	0,1
<i>Chenopodium anthelminthicum</i>	2	0,1
<i>Cobaltum metallicum</i>	2	0,1
<i>Coccus cacti</i>	2	0,1
<i>Bismuthum met.</i>	2	0,1
<i>Fagopyrum esculentum</i>	2	0,1
<i>Ferrum metallicum</i>	2	0,1
<i>Gnaphalium polycephalum</i>	2	0,1
<i>Grindelia robusta</i>	2	0,1
<i>Hippomane mancinella</i>	2	0,1
<i>Kali arsenicosum</i>	2	0,1
<i>Ledum palustre</i>	2	0,1
<i>Paris quadrifólia</i>	2	0,1
<i>Solidago virga aurea</i>	2	0,1
<i>Tellurium metallicum</i>	2	0,1
<i>Carduus marianus</i>	2	0,1
<i>Vitamina D</i>	2	0,1
<i>Lactuca virosa</i>	2	0,1
<i>Tendão</i>	2	0,1
<i>Cúrcuma longa</i>	2	0,1
<i>Hipófise</i>	2	0,1
<i>Medula óssea</i>	2	0,1
<i>Fígado</i>	2	0,1
<i>Timus</i>	2	0,1
<i>Baço</i>	2	0,1
<i>Vitamina A</i>	2	0,1
<i>Beringela</i>	2	0,1
<i>Thlaspi Bursa Pastoris</i>	2	0,1
<i>Citrus</i>	2	0,1
<i>Cydonia</i>	2	0,1
<i>Ferrum rosatum</i>	2	0,1
<i>Colchicum autumnale</i>	2	0,1

Substâncias	Frequência	Porcentagem
<i>Maytenus</i>	2	0,1
<i>Osso total</i>	2	0,1
<i>Artéria</i>	2	0,1
<i>Croton tiglium</i>	2	0,1
<i>Drosera</i>	2	0,1
<i>Kali sulphuricum</i>	1	0
<i>Lac vaccinum</i>	1	0
<i>Agraphis nutans</i>	1	0
<i>Pertussinum</i>	1	0
<i>Radium bromatum</i>	1	0
<i>Rhododendron</i>	1	0
<i>Sabal serrulatum</i>	1	0
<i>Stannum metallicum</i>	1	0
<i>Tarantula cubensis</i>	1	0
<i>Thlaspi bur. Pas</i>	1	0
<i>Amigdala</i>	1	0
<i>Acidum aceticum</i>	1	0
<i>Pneumococcinum</i>	1	0
<i>Acidum desoxyribonucleicum (ADN)</i>	1	0
<i>Acidum oxalicum</i>	1	0
<i>Acidum ribonucleicum</i>	1	0
<i>Acidum salicylicum</i>	1	0
<i>Acidum sulphuricum</i>	1	0
<i>Acidum uricum</i>	1	0
<i>Aluminium metallicum</i>	1	0
<i>Arum triphyllum</i>	1	0
<i>Aurum iodatum</i>	1	0
<i>Bacillinum</i>	1	0
<i>Baryta iodata</i>	1	0
<i>Baryta muriática</i>	1	0
<i>Aurum muriaticum</i>	1	0
<i>Blatta americana</i>	1	0
<i>Cadmium sulphuricum</i>	1	0
<i>Cajuputum</i>	1	0
<i>Calcarea arsenicica</i>	1	0
<i>Carbo animalis</i>	1	0
<i>Cinnabaris</i>	1	0
<i>Coffea tosta</i>	1	0
<i>Collinsonia canadenses</i>	1	0
<i>Condurango</i>	1	0
<i>Cortisone</i>	1	0
<i>Equisetum hyemale</i>	1	0
<i>Acidum nitricum</i>	1	0
<i>Guatteria gaumeri</i>	1	0

Substâncias	Frequência	Porcentagem
<i>Hedeoma pulegioides</i>	1	0
<i>Hedera Helix</i>	1	0
<i>Hipophise lobulo posterior</i>	1	0
<i>Kali aceticum</i>	1	0
<i>Kali bromatum</i>	1	0
<i>Kali muriaticum</i>	1	0
<i>Manganum metallicum</i>	1	0
<i>Manganum sulphuricum</i>	1	0
<i>Mercurius iodatus ruber</i>	1	0
<i>Calcarea sulfúrica</i>	1	0
<i>Myristica sebifera</i>	1	0
<i>Calculus renalis</i>	1	0
<i>Paeonia officinalis</i>	1	0
<i>Podophyllum</i>	1	0
<i>Polygonum punctatum</i>	1	0
<i>Pothos foetidus</i>	1	0
<i>Progesteronum</i>	1	0
<i>Quassia amara</i>	1	0
<i>Candida albicans nosodio</i>	1	0
<i>Capsicum annuum</i>	1	0
<i>Sanguinarinum nitricum</i>	1	0
<i>Sanicula aqua</i>	1	0
<i>Scrophularia nodosa</i>	1	0
<i>Spiritus glandium quercus</i>	1	0
<i>Stellaria media</i>	1	0
<i>Thiosinaminum</i>	1	0
<i>Caulophyllum thalictroides</i>	1	0
<i>Pancreas</i>	1	0
<i>Calendula</i>	1	0
<i>Lactose</i>	1	0
<i>Chininum sulphuricum</i>	1	0
<i>Nervo trigêmeo</i>	1	0
<i>Pelo de cão e gato</i>	1	0
<i>Melanina</i>	1	0
<i>Eupion</i>	1	0
<i>Ácaro</i>	1	0
<i>Cistus canadenses</i>	1	0
<i>Disco dorsal</i>	1	0
<i>Vertebra dorsal</i>	1	0
<i>Liatris spicata</i>	1	0
<i>Vaccinum</i>	1	0
<i>Alfafa</i>	1	0
<i>Oleum Jecoris Aselli</i>	1	0
<i>Nervo total</i>	1	0

Substâncias	Frequência	Porcentagem
<i>Euphorbia tirucalli</i>	1	0
<i>Euphorbium officinalis</i>	1	0
<i>Fucus vesiculosus</i>	1	0
<i>Herpes nosodio</i>	1	0
Total Frequência	2562	100
Total Substâncias	306	

**APÊNDICE D – Matrizes homeopáticas prescritas, indisponíveis no SPIC/JF,
padronizadas na FHB e previstas pela RENAME**

1. <i>Luffa operculata</i>	31. <i>Bothrops lanceolatus</i>	61. <i>Carbo animalis</i>
2. <i>Arnica montana</i>	32. <i>Chenopodium anthelminthicum</i>	62. <i>Cinnabaris</i>
3. <i>Hamamelis virginiana</i>	33. <i>Cobaltum metallicum</i>	63. <i>Coffea tosta</i>
4. <i>Aconitum napellus</i>	34. <i>Coccus cacti</i>	64. <i>Collinsonia canadenses</i>
5. <i>Colocynthis</i>	35. <i>Fagopyrum esculentum</i>	65. <i>Condurango</i>
6. <i>Ipecacuanha</i>	36. <i>Ferrum metallicum</i>	66. <i>Cortisone</i>
7. <i>Cocculus indicus</i>	37. <i>Gnaphalium polycephalum</i>	67. <i>Equisetum hyemale</i>
8. <i>Phytolacca decandra</i>	38. <i>Grindelia robusta</i>	68. <i>Guatteria gaumeri</i>
9. <i>Staphylococcinum</i>	39. <i>Hippomane mancinella</i>	69. <i>Hedeoma pulegioides</i>
10. <i>Amyl nitrosum</i>	40. <i>Kali arsenicosum</i>	70. <i>Hedera helix</i>
11. <i>Blatta orientalis</i>	41. <i>Ledum palustre</i>	71. <i>Hipophise lobulo posterior</i>
12. <i>Hepar sulphur</i>	42. <i>Paris quadrifolia</i>	72. <i>Kali aceticum</i>
13. <i>Berberis vulgaris</i>	43. <i>Solidago virga aurea</i>	73. <i>Kali bromatum</i>
14. <i>Bellis perennis</i>	44. <i>Tellurium metallicum</i>	74. <i>Kali muriaticum</i>
15. <i>Ginkgo biloba</i>	45. <i>Acidum desoxyribonucleicum (ADN)</i>	75. <i>Manganum metallicum</i>
16. <i>Manganum aceticum</i>	46. <i>Acidum oxalicum</i>	76. <i>Manganum sulphuricum</i>
17. <i>Moschus</i>	47. <i>Acidum ribonucleicum</i>	77. <i>Mercurius iodatus ruber</i>
18. <i>Robinia pseudoacacia</i>	48. <i>Acidum salicylicum</i>	78. <i>Myristica sebifera</i>
19. <i>Sambucus nigra</i>	49. <i>Acidum sulphuricum</i>	79. <i>Paeonia officinalis</i>
20. <i>Sumbul</i>	50. <i>Acidum uricum</i>	80. <i>Podophyllum</i>
21. <i>Lemna minor</i>	51. <i>Aluminium metallicum</i>	81. <i>Polygonum punctatum</i>
22. <i>Taraxacum officinale</i>	52. <i>Arum triphyllum</i>	82. <i>Pothos foetidus</i>
23. <i>Acidum fluoricum</i>	53. <i>Aurum iodatum</i>	83. <i>Progesteronum</i>
24. <i>Acidum hidrocyanicum</i>	54. <i>Bacillinum</i>	84. <i>Quassia amara</i>
25. <i>Quercus glandium spiritus</i>	55. <i>Baryta iodata</i>	85. <i>Sanguinarinum nitricum</i>
26. <i>Saccharium officinale</i>	56. <i>Baryta muriática</i>	86. <i>Sanicula aqua</i>
27. <i>Trillium pendulum</i>	57. <i>Blatta americana</i>	87. <i>Scrophularia nodosa</i>
28. <i>Urtica urens</i>	58. <i>Cadmium sulphuricum</i>	88. <i>Spiritus glandium quercus</i>
29. <i>Achillea millefolium</i>	59. <i>Cajuputum</i>	89. <i>Stellaria media</i>
30. <i>Anthracinum</i>	60. <i>Calcareo arsenicica</i>	90. <i>Thiosinaminum</i>

APÊNDICE E – Matrizes homeopáticas externas à FHB, prescritas, mas não disponíveis no SPIC/JF

1. Mulungu	30. Fígado
2. Disco Lombar	31. Timus
3. Vertebra Lombar	32. Baço
4. Articulação de Joelho	33. Vitamina A
5. Estrogênio endógeno	34. Beringela
6. Cartilagem de Joelho	35. <i>Thlaspi Bursa Pastoris</i>
7. Amora	36. Citrus
8. Insulina	37. Cydonia
9. Propionato de testosterona	38. <i>Ferrum rosatum</i>
10. Disco cervical	39. Maytenus
11. Vertebra cervical	40. Osso total
12. <i>Ergotinum</i>	41. Artéria
13. Guaco	42. Pâncreas
14. Vipera torva	43. Calêndula
15. Glicose	44. Lactose
16. Serotonina	45. Nervo trigêmeo
17. Útero	46. Pelo de cão e gato
18. Articulação tornozelo	47. Melanina
19. Articulação coxo femural	48. Eupion
20. <i>Tuberculinum bovinum</i>	49. Ácaro
21. Melissa	50. Disco dorsal
22. Endométrio	51. Vertebra dorsal
23. Alcachofra	52. <i>Liatris spicata</i>
24. Vitamina D	53. <i>Vaccinum</i>
25. <i>Lactuca virosa</i>	54. Alfafa
26. Tendão	55. <i>Oleum Jecoris Aselli</i>
27. Cúrcuma longa	56. Nervo total
28. Hipófise	57. <i>Euphorbia tirucalli</i>
29. Medula óssea	

**APÊNDICE F – Total de receitas prescritas de outubro 2018 a junho 2019 do
SPIC/JF**

Mês/ano	Receitas dispensadas	Receitas medicamentos não procurados	Receitas com dose única perdida (Validade 48 h)	Receitas com nenhum medicamento atendido	Total de receitas
Out/18	557	2	11	16	586
Nov/18	379	4	7	20	410
Dez/18	403	4	7	33	447
Jan/19	449	6	16	13	484
Fev/19	297	2	8	34	341
Mar/19	360	6	5	19	390
Abr/19	428	3	13	27	471
Mai/19	524	7	15	19	565
Jun/19	317	3	4	31	355
Total	3.714	37	86	212	4.049
Média	412,67	4,11	9,55	23,55	449,89

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Assistência farmacêutica homeopática na dispensação dos medicamentos no SUS de Juiz de Fora

Pesquisador: Christiane Lima Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03159418.6.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.099.687

Apresentação do Projeto:

O presente estudo trata-se de uma pesquisa empírica com levantamento de dados secundários oriundos de um departamento específico, da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Serão analisados prescrições médicas e prontuários de pacientes atendidos pelo departamento. A partir de estimativa do total de receituários homeopáticos para o ano de 2018 (5.328), serão aleatoriamente selecionados 10% do total – aproximadamente 533 receituários – respeitados intervalo amostral e demais técnicas aplicáveis. Assim, se faz necessário o termo de confidencialidade e sigilo para manejo dos dados. Por se tratar de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários, dispensa o uso de Termo de consentimento livre e esclarecido, outrora se faça necessário a autorização do serviço de saúde para coleta de dados e desenvolvimento do trabalho. Será realizada a análise estatística descritiva através de dados inseridos no Microsoft Office Excel 2010 e elaborados gráficos e tabelas para a análise dos resultados obtidos. A apresentação de tais resultados objetiva o melhor conhecimento da realidade e maior eficácia do sistema de saúde. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 468/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.099.687

Avaliar a Assistência Farmacêutica homeopática do serviço público de saúde do Município de Juiz de Fora, e sua efetividade na perspectiva do acesso da população aos medicamentos prescritos e dispensados.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil de usuários do com prescrição de medicamentos homeopáticos pelo departamento;

Analisar a prevalência dos diagnósticos estabelecidos nas consultas homeopáticas em relação aos medicamentos prescritos;

Avaliar a conformidade das prescrições em relação ao protocolo de prescrição de medicamentos e a lista de medicamentos disponível no setor;

Avaliar o acesso efetivo na dispensação dos medicamentos prescritos.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos inerentes a possibilidade de identificação dos participantes, portanto será garantido a confidencialidade e sigilo dos dados. Como benefício espera-se que os usuários se beneficiem diretamente de melhorias na gestão, pois, ao propiciar

uma avaliação do funcionamento desta unidade de saúde e dos procedimentos protocolados, o projeto poderá contribuir com a ampliação do acesso aos medicamentos prescritos e dispensados através da efetiva assistência farmacêutica homeopática. Qualquer subsídio ao melhor conhecimento da realidade do serviço ofertado – suas limitações e fragilidades, capacidades e potencialidades – poderá contribuir para uma melhor administração e planejamento do serviço de saúde e possibilitando implementação de políticas mais consentâneas às necessidades de saúde da população. Em adição, além de benefícios aos usuários, se faz referência a benefícios da própria gestão institucional do SUS, em nível municipal. Estes benefícios locais afetam não apenas a gestão do ambulatório de homeopatia/DPIC, mas à gestão do SUS afeta ao Secretário de Saúde, ao Prefeito Municipal,

ao Conselho Municipal de Saúde, ao Legislativo Municipal, em vista dos subsídios oferecidos a tomada de decisão em mais amplo nível administrativo e político. Serão desse modo remetidos a estes Institutos cópias do relatório final desta investigação, com vistas a publicidade, transparência e fortalecimento do serviço de saúde/DPIC. Outra dimensão relevante da população beneficiada pelos resultados desta investigação refere-se à comunidade acadêmica, porquanto os

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.099.687

resultados deste estudo subsidiarão a um amplo espectro de pesquisadores interessados seja na temática PICS, seja na Atenção Homeopática, seja nos Sistemas e Serviços de Saúde do SUS, seja na efetividade do Direito à Saúde, entre muitos

outros temas. Também o princípio bioético de justiça/equidade é protegido neste estudo, tanto em razão de investigar serviço no âmbito do SUS – marcadamente direcionado a populações socioeconomicamente vulneráveis – tanto por seus resultados esperados permitirem a caracterização do perfil dos usuários da assistência homeopática – e assim também da população excluída do serviço estudado. Este conhecimento da realidade do serviço subsidiará a gestão do SUS para a ampliação de sua cobertura – resultando em promoção do princípio da universalidade – tanto quanto para o enfoque do atendimento a populações prioritárias ainda não atendidas – resultando em promoção do princípio bioético da equidade. Por fim, será dada ampla divulgação do relatório final no meio acadêmico, em congressos de abrangência regional e nacional, publicação de seus resultados em revistas científicas da área da saúde coletiva e áreas correlatas da saúde, entre outros esforços que maximizem os benefícios deste empreendimento científico. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: oep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.099.687

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: janeiro de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1255932.pdf	17/12/2018 16:45:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	17/12/2018 16:15:31	Christiane Lima Machado	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	14/11/2018 18:58:33	Christiane Lima Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	14/11/2018 18:47:13	Christiane Lima Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLE.pdf	14/11/2018 18:47:01	Christiane Lima Machado	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/11/2018 18:03:43	Christiane Lima Machado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.099.687

JUIZ DE FORA, 21 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br