

Atendimento homeopático no Centro de Saúde da Barra Funda, SP: uma contribuição à atenção primária à saúde

João B.T. da Silva; Jorge Carlovich Filho; Mario C.C. Sposati; Oswaldo Cudizio Filho*

Publicado originalmente: *Revista de Homeopatia* 1988;53(4):126-130

Resumo

Os autores analisam o conceito de doença e de doente, suas implicações no tratamento médico, na assistência médica e na adequação do tratamento homeopáticos aos pacientes que se tratam em Centros de Saúde. Estão executando um projeto de atendimento a pacientes no Centro de Saúde da Barra Funda em São Paulo, onde se propõem a analisar a eficiência terapêutica homeopática, através dos resultados do tratamento dos doentes, do tempo gasto nas consultas, das intercorrências durante o tratamento e o custo medicamentoso. O trabalho está em andamento e somente alguns dados preliminares foram avaliados. Este trabalho constitui uma contribuição para a estruturação do atendimento homeopático na rede pública.

Palavras-chave

Homeopatia; Saúde pública; Atenção primária

Homeopathic care at Health Center of Barra Funda, São Paulo: a contribution to primary health care

Abstract

The authors analyze the notions of disease/sick person, their implications for medical treatment, medical care and the suitability of homeopathic treatment for patients cared at primary healthcare services. The authors are carrying out a project involving care delivery to patients at Health Care Center of Barra Funda, São Paulo, to analyze the efficiency of homeopathic treatment based on the outcomes of treatment, visit duration, intercurrent problems and cost. This project is in progress and only some preliminary data were evaluated. The present study represents a contribution to the implementation of homeopathic care within the public healthcare system.

Keywords

Homeopathy; Public health; Primary health care

* Médicos homeopatas ligados à Associação Paulista de Homeopatia (APH). A transcrição segue as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990.

Apresentação

A partir de 1981 iniciou-se no Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, um atendimento homeopático para um número restrito de pacientes, em caráter informal.

Paralelamente, um grupo multiprofissional se formou para reuniões que visavam a discussão de casos clínicos, abordando seus variados aspectos (médicos, socioeconômicos, psicológicos, etc.).

Desde essa época começou a se evidenciar que a homeopatia, com a abrangência de sua anamnese e a tentativa globalizante de estímulo ao dinamismo vital dos pacientes, constitui um método importante no tratamento de pacientes dos serviços médicos da rede pública.

Em 1983, por ocasião do II Congresso Paulista de Saúde Pública – I Congresso da ABRASCO, em São Paulo, em que o tema era “Atenção Primária à Saúde”, participamos de um painel com o tema “Homeopatia na Atenção Primária”, onde participaram também a Dta. Anna Kossak Romanach e a Dra. Florita Brickmann.

Após este evento, intensificaram-se as discussões no Centro de Saúde (CS), culminando com a proposta de se oferecer tratamento homeopático de forma sistemática e com duas finalidades: a primeira, atender a um direito legítimo da população, até então limitada aos consultórios particulares, ambulatoriais de ensino ou atendimentos assistenciais. Em segundo lugar, medir a eficácia do nosso atendimento dentro de um posto da rede estadual, com suas particularidades.

Antes de iniciar o atendimento, que ocorreu em abril de 1984, nos preocupamos em debater com os funcionários do CS as características que, a nosso ver, eram essenciais à visão homeopática do binômio saúde-doença.

No período decorrido de 1984 até o momento, passamos a atender em 3 períodos semanais os clientes encaminhados pelos demais serviços do CS.

Doente-doença: alguns pontos de partida

Parte-se, nesta discussão, do conceito de moléstia como um conjunto de alterações funcionais ou lesionais, de caráter evolutivo, que um organismo apresenta quando sujeito à ação de causas estranhas contra as quais reage. A nosso ver, essas alterações funcionais e lesionais expressas por sintomas e sinais representam uma parte do que está ocorrendo com o indivíduo.

A observação do indivíduo como um todo, isto é, do aspecto físico principal e também dos chamados secundários, inclui os aspectos psicossociais. Tal conjunto de elementos nos permite concluir que, quando uma pessoa fica doente, apresenta além de manifestações de uma determinada doença, outras manifestações que não estarão contidas na moléstia, mas sim no doente.

A tentativa de entendermos com mais clareza o binômio doente-doença tem uma importância prática, pois embora exista o aforismo clássico – “não há doença e sim doente” – verifica-se que o que preocupa ao médico é a doença, porque é através dela que se dá a solução do problema. certamente, este é um dos procedimentos possíveis.

Poderíamos assim resumir a questão: embora a doença seja algo definido e que diante dos conhecimentos científicos pode ser conhecido seu mecanismo, seus agentes etiológicos, as condições favorecedoras ou mesmo determinantes dessa instalação, entre outros, é sempre algo contido no doente. Estar doente é apresentar alguma perturbação intrínseca ou uma capacidade de enfrentar as variáveis externas, sendo expressas ou manifestas na área física, psicológica ou social de uma pessoa. Contudo, uma pessoa doente pode apresentar manifestações que permitam ao médico fazer ou não um diagnóstico, que depende do tipo de manifestação do doente e do próprio estágio de conhecimento científico da medicina.

A observação clínica nos tem mostrado que existem pessoas doentes nos quais a doença explica, quase totalmente, as manifestações por eles apresentadas. Nestes casos quase se identificam doença e doente. Porém, outras pessoas apresentam sintomas que permitem ao médico um diagnóstico parcial somente, pois as manifestações de doença não dão conta de explicar o conjunto das manifestações do doente. E ainda, uma terceira situação: aquelas pessoas cujas manifestações não permitem nem diagnóstico parcial, diríamos, são doentes sem doença (“sem diagnóstico”).

Doente-doença: um processo evolutivo

O modelo de história natural das doenças apresentado por Leavell e Clark (1965) auxilia a leitura da doença como um processo, além de procurar delimitar suas etapas evolutivas. Tendo como referência esse modelo, a observação de um doente através do tempo pode nos mostrar um processo individual na evolução de um nível patológico para outro nível. Assim, essa observação permite entender se esse doente está aprofundando seu desequilíbrio e, dessa maneira, poderemos ou não identificar a doença nessa pessoa. Portanto, a partir da observação clínica podemos identificar se um doente está numa fase sensitiva, funcional ou lesional, não necessariamente de forma exclusiva, mas predominantemente numa dessas fases. Diríamos mais: o diagnóstico é cada vez mais possível quanto mais lesional é a patologia do indivíduo doente e menos possível quanto mais sensitivo ou funcional é seu estado.

Portanto, nessa mesma linha podemos falar em história natural do doente, que se inicia em seu nascimento, talvez até antes dele. Ao observarmos um momento dado de um doente, é possível ou não realizar um diagnóstico clínico. O doente, no seu processo evolutivo, pode estar num momento indefinido quanto ao diagnóstico ou num momento de possível definição do diagnóstico clínico (relativo ou absoluto).

Doente-doença: a terapêutica no processo evolutivo

O chamado tratamento curativo é aquele que propões interferir no processo evolutivo da doença ou do doente.

Das diversas terapêuticas existentes em medicina, verificamos que umas dependem metodologicamente do diagnóstico clínico para sua indicação. Em outras, a metodologia permite indicar tratamento, mesmo que não se tenha o diagnóstico clínico.

Interferir no processo significa ou diminuir a velocidade de evolução do doente ou da doença ou, ainda, promover uma “estabilização” no nível patológico ou, por fim, conseguir diminuir o nível patológico através de procedimento terapêutico.

Devemos lembrar, apenas de passagem, que existem propostas terapêuticas que têm a finalidade de diminuir as manifestações sem interferir no processo – são as chamadas interferências sintomáticas.

A manifestação patológica de um indivíduo através dos sintomas e sinais pode levar a um diagnóstico absoluto ou a um diagnóstico relativo ou, mesmo, não levar a diagnóstico algum.

Quando um doente encontra-se num momento patológico no qual o diagnóstico clínico é *absoluto*, isto é, quando grande parte de suas manifestações dependem de uma patologia que, ao ser resolvida, o indivíduo restabelece a situação de aparente equilíbrio, diremos que ele pode ser tratado por terapêutica que dependa ou não, metodologicamente, de diagnóstico clínico.

Porém, quando um doente se encontra sem diagnóstico ou numa situação em que o diagnóstico clínico é relativo, ou seja, quando explica apenas parte de suas manifestações e sua cura resolve apenas parte do problema, estas duas situações necessitam de métodos terapêuticos que não dependem do diagnóstico clínico.

Assistência médica: características da clientela

É interessante identificar as características da clientela quanto ao seu momento patológico nos diversos serviços de assistência médica, ambulatorios gerais, ambulatorios de especialidades, hospitais (gerais, especializados, pronto-socorro).

A característica da clientela assistida nos serviços hospitalares e nos ambulatorios especializados, em sua maioria, aqui chamamos de diagnóstico absoluto definido. Enquanto que nos ambulatorios gerais (centros e postos de saúde estaduais e municipais, postos do INAMPS¹ e consultórios particulares) a clientela se caracteriza por estar num momento patológico cujo diagnóstico clínico é “relativo” ou indefinido.

Portanto, os doentes-alvo a assistência primária à saúde se encontram, na sua maioria, incluídos dentre aqueles que classificamos como doentes sem diagnóstico clínico ou com diagnóstico clínico relativo (mal definido).

Desta constatação surge uma pergunta: qual a terapêutica mais adequada para atender os pacientes com tais características?

Metodologias das terapêuticas e os momentos patológicos

O doente que se encontre num momento patológico em que o diagnóstico clínico é significativo pode ser tratado por métodos terapêuticos que se fundamentem no diagnóstico clínico (mecanismos fisiopatológicos), bem como pelas terapêuticas que não dependem fundamentalmente desse conhecimento. Para avaliar qual a mais adequada para cada situação serão necessários trabalhos bem orientados que permitirão chegar a essa conclusão.

Quando um doente se acha num momento patológico em que o diagnóstico é relativo, ou não é possível, devemos admitir que, pelo menos metodologicamente, a terapêutica mais adequada seria uma dentre aquelas em que o terapeuta não dependa do diagnóstico clínico para tratar.

Esta situação se constitui num desafio para a medicina, que prioriza alguns métodos terapêuticos e marginaliza outros, deixando de discutir a eficácia terapêutica e os benefícios ou malefícios para os doentes.

NE: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, criado em 1977, para fornecer assistência médica aos segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Extinto em 1993, suas competências foram transferidas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A metodologia homeopática e a assistência primária

Restringindo a análise da homeopatia no setor terapêutico, diremos que ela se fundamenta em 3 princípios básicos: 1) lei dos semelhantes; 2) experimentação no homem sã; e 3) medicamentos em doses mínimas. Simplificadamente, a homeopatia baseia-se nos sintomas e sinais dos doentes e esta sintomatologia deve, logicamente, seguindo um critério, encontrar um medicamento que provocou sintomas semelhantes nos experimentos feitos com pessoas sãs. Uma vez encontrado o medicamento que provocou sintomas semelhantes aos dos pacientes, deve-se administrá-lo em doses mínimas.

A homeopatia, para indicação do medicamento, referencia-se em sintomas físicos locais, gerais e sintomas psíquicos, todos pertinentes ao doente, sejam da doença ou não.

Com esta característica metodológica, a homeopatia constitui uma terapêutica independente do diagnóstico clínico para a sua medicalização, embora necessite também, quando isto é possível, do diagnóstico para avaliar o tratamento.

Homeopatia no Centro de Saúde da Barra Funda

Entendendo que grande parte dos pacientes que formam a clientela de CS podem se beneficiar com a terapêutica homeopática, porque são pacientes que se caracterizam por terem diagnóstico clínico parcial (“relativo”) e indefinido, um grupo de médicos homeopatas montou um projeto para aplicar a terapêutica homeopática no CS Experimental da Barra Funda, ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

O projeto tem o intuito de medir a eficiência do tratamento homeopático numa instituição pública, visto que as atividades homeopáticas restringem-se a consultórios particulares e a alguns atendimentos assistenciais à população carente.

Discutido com a equipe técnica do CS, foi autorizada a execução do projeto. Devemos, neste momento, ressaltar o apoio que os médicos homeopatas receberam dos funcionários do CS, de relevante importância para tal realização.

O projeto apresenta alguns objetivos:

- A população-alvo foi o paciente que tivesse diagnóstico clínico parcial (relativo) ou não tivesse diagnóstico; no andamento do projeto, incluíram-se pacientes com patologias “absolutas”, mas repetitivas;
- Cada paciente seria acompanhado durante 2 anos, com consultas regulares, de acordo com a necessidade;
- Registrar o número de intercorrências nas quais o paciente necessitou utilizar outros serviços médicos;
- Avaliar o custo medicamentoso do tratamento;
- Avaliar o resultado do tratamento do ponto de vista médico, do paciente e da instituição.

A ficha médica

Antecedendo o início do programa de atendimento homeopático no CS Barra Funda, foram realizadas algumas reuniões entre os médicos que iriam participar do trabalho, visando uniformizar o atendimento, o registro dos dados e as condutas gerais.

Quanto ao registro dos dados, o assunto versou sobre a ficha médica e optou-se por se fazer o registro da história clínica no prontuário do CS, como ocorre com todos os atendimentos. O papel é em branco, sem qualquer roteiro escrito, possibilitando plena liberdade para o médico consultante.

Porém, percebeu-se a necessidade de amarrar melhor os dados obtidos para serem analisados. Neste sentido, organizou-se uma ficha-resumo, onde são registrados os sintomas isolados ou agrupados, os sinais (pressão arterial, peso, etc.) a fim de serem acompanhados durante o tratamento e comparados.

Inicialmente, os sintomas foram qualificados como 1+, 2+, 3+, de acordo com a avaliação subjetiva do médico frente à informação do paciente. Num segundo momento, por sugestão da colega Dra. Célia Regina Barollo, optou-se por colocar 2+ para qualquer queixa que o paciente tivesse, aumentando-se para 3+ se houvesse piora em relação àquele momento primeiro, ou +1 se houvesse melhora, até 0, quando o sintoma desaparecesse.

Além de avaliar o tratamento por meio do registro dos sintomas, acrescentou-se o registro do tempo gasto na consulta, o número de intercorrências entre as consultas, o nome do medicamento receitado, aparecimento de sintoma novo, reaparecimento de sintomas antigos e o prognóstico clínico-dinâmico.

Consideramos a existência desta ficha-resumo útil, por possibilitar uma padronização na coleta de dados e por tornar evidente a evolução clínica de cada paciente.

A falta de hábito com o uso da ficha trouxe algumas dificuldades, evidenciadas pelo não registro de todos os itens por parte dos médicos consultados.

Experiência do atendimento homeopático, 1982 – 1985

Ao nos deparar com o agendamento sistemático dos doentes para atendimento homeopático desde 1982, ficamos imaginando quais os motivos que levaram os profissionais do CS a encaminharem tais clientes para atendimento.

O que despertou neles a convicção de que tais clientes fossem melhor tratados pela técnica homeopática?

Havia, no nosso imaginário, a certeza de que o encaminhamento dava-se pela não resolução de casos pela terapêutica alopática, destacando-se casos com patologias de repetição (infecciosas) e os casos clinicamente indefinidos, nos quais o alopata limita-se a atuar periféricamente, aliviando os sintomas mais incômodos. Assim, levantamos os prontuários dos pacientes atendidos nesse período de 4 anos (1982 a 1985), para tentar estabelecer como motivo de encaminhamento uma única patologia em cada paciente. No entanto, os encaminhamentos foram feitos por vários profissionais (clínicos, psiquiatras, enfermeiras, assistente social...) de modo a impossibilitar estabelecer um mesmo padrão de encaminhamento. Houve casos em que o próprio paciente fez a escolha pela terapêutica homeopática, embora tivéssemos feito a opção de só haver encaminhamento interno, e não por solicitação da clientela. Outra dificuldade para se estabelecer uma só causa de encaminhamento foi devido a um elevado número de casos encaminhados devido ao amplo contexto que envolve o binômio saúde-doença, contexto que escapa a uma análise deste tipo. Entenda-se como contexto a interação do indivíduo com fatores intrapessoais, interpessoais, sociais, biológicos, químicos, físicos... interação essa que, no ser doente, se faz de modo a romper a capacidade reativa própria do organismo vivente.

No sentido de melhor atuar frente à clientela do CS da Barra Funda, tentamos estudar a frequência das patologias dos clientes atendidos, de modo a poder ampliar a nossa percepção sobre as suas características e, assim, planejar o atendimento face à nova realidade.

O levantamento foi feito considerando-se a primeira consulta homeopática ou a consulta que motivou o encaminhamento à homeopatia, para tentar averiguar o perfil patológico de tais clientes. Consideramos, portanto, uma só consulta de cada cliente e todos os diagnósticos que possuía. Posteriormente, agrupamos tais diagnósticos por sistemas e os tabulamos. Ficaram excluídos todos os sintomas vagos ou isolados (sintomas mal caracterizados).

Levantamos os prontuários de 1982 a 1985, mas não foi possível avaliar todos, mas uma parcela de 50,8% (86 pacientes).

Seria impróprio comparar estes dados com os dados que o CS possui sobre o atendimento alopático, visto que no CS os critérios de coleta de dados foram diferentes e, portanto, seriam dados com viés. Mesmo assim, notamos que há um grande número de patologias do aparelho genital (Tabela 1), dado esse que no CS é também obtido, mesmo no sendo comparáveis os 2 levantamentos. Isso se explica pela alta proporção de mulheres, tanto no atendimento alopático quanto no homeopático. Neste último, a proporção de mulheres é de 77% (entre 86 casos levantados). A proporção no atendimento alopático é de 72% de mulheres. Notamos, também, que cada cliente possui, em média, 2 diagnósticos definidos.

Tabela 1. Relação das patologias (agrupadas por sistemas orgânicos) em 86 pacientes no CS Experimental da Barra Funda, 1982 – 1985

Sistema	n	%
Genital	24	14,29
Pele e anexos	20	11,90
Osteoarticular	20	10,12
Psiquismo	17	9,52
Digestivo	16	8,93
Hipertensão arterial	15	8,33
Pulmonar	14	7,14
ORL	12	5,95
Urinário	10	2,99
Vascular	5	1,79
Cardíaco	3	1,79
Endócrino	3	1,79
SRE ²	2	1,19
Nervoso	2	1,19
Olhos	2	1,19
Sem diagnóstico	2	1,19
Total	169	100%

Fica aqui a proposta, já expressa com a diretoria do CS, de criar modos de avaliação que possam ser utilizados tanto para os homeopatas quanto para os alopatas, facilitando a análise dos dados da clientela.

Em relação ao tempo utilizado nas consultas homeopáticas, temos as anotações referentes a 41 primeiras consultas, cuja média foi de 1 hora 12 minutos. Em 231 retornos, a média obtida foi

² NE: possivelmente, sistema retículo-endotelial.

de 24 minutos. Estes dados corroboram a necessidade de que uma primeira consulta tenha, pelo menos, o tempo de 1 hora e os retornos em torno de 30 minutos. Deste modo, a proposta feita pela equipe que estuda a implantação da homeopatia no serviço público estadual propôs 6 consultas para cada período de 4 horas, sendo 2 consultas novas e 4 retornos.

Em relação à computação das consultas homeopáticas, esclarecemos que: 1) o atendimento homeopático iniciou-se de modo não sistemático e sem agendamento e, quando iniciou o agendamento, este foi muitas vezes impossível de ser evidenciado, de onde se suprimiu os meses de 1981 em que houve atendimento; 2) a partir de 1982, o agendamento passou a ser mais sistemático, mas havia dias em que constava uma só consulta. nestes dias havia reuniões de aulas subsequentes ao atendimento, mas mesmo assim foram computados como dias de atendimento.

Os períodos programados e, portanto, os que determinavam agendamento eram em torno de 2 horas por semana para os médicos, A, C e D e 4 horas para o médico B.

Nestes 4 anos foram atendidos 169 pacientes, tendo sido agendadas 798 consultas. Foram efetivamente realizadas 628 consultas – em 264 dias de atendimento, nos quais o período de atendimento variou de 2 a 4 horas. A média de consultas atendidas por dia foi de 3,02 pacientes.

Os dados relativos a faltas e à concentração de consultas por paciente ao ano ficam para uma próxima análise, juntamente com a análise clínica de cada caso – estes dados deverão ser comparados também com a clientela alopática.