

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, em Ciências da Saúde

Fernanda Maria Simões da Costa Fujino

**IMPACTO DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO
NOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA AS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
EM PACIENTES DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE.**

São Paulo

2023

Fernanda Maria Simões da Costa Fujino

**IMPACTO DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO
NOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA AS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
EM PACIENTES DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE.**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro (UNISA)

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Ribeiro

São Paulo

2023

F971i

Fujino, Fernanda Maria Simões.

Impacto do tratamento homeopático nos fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas não transmissíveis em pacientes do sistema público de saúde / Fernanda Maria Simões Fujino. – 2023.

81 p. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Colombo de Souza.

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Ribeiro.

Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Santo Amaro, 2023.

Bibliografia incluída.

1. Homeopatia. 2. Doenças crônicas não-transmissíveis. 3. Prevenção. I. Souza, Patrícia Colombo de. II. Ribeiro, Ana Paula. III. Universidade Santo Amaro. IV. Título.

CDD 615.532

Fernanda Maria Simões da Costa Fujino

**IMPACTO DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO
NOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA AS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
EM PACIENTES DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da
Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde. Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Colombo de Souza.

Cidade de São Paulo, 2023.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Sandra Abrahão Chaim Salles

Prof^a. Dr^a. Jane de Eston Armon

Prof^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza

Agradecimentos

Que o “Mestre dos Mestres” lhe ensine que nas falhas e lágrimas se esculpe a sabedoria.

Que o “Mestre da Sensibilidade” lhe ensine a contemplar as coisas simples e a navegar nas águas da emoção.

Que o “Mestre da Vida” lhe ensine a não ter medo de viver e a superar os momentos mais difíceis da sua história.

Que o “Mestre do Amor” lhe ensine que a vida é o maior espetáculo no teatro da existência.

Que o “Mestre Inesquecível” lhe ensine que os fracos julgam e desistem, enquanto os fortes compreendem e têm esperança.

Não somos perfeitos. Decepções, frustrações e perdas sempre acontecerão.

Mas Deus é o artesão do espírito e da alma humana. Não tenha medo. Depois da mais longa noite surgirá o mais belo amanhecer.

Espere-o.

Augusto Cury

E foi assim, com esses “lembretes” diários que vi passar esses dois anos, com dúvidas, receios, questionamentos do que realmente importava, de qual seria o valor de tanto tempo dedicado, tantas privações. Teria sentido? Valeria a pena? Eram esses os motivos desses pensamentos ou mais do que isso o medo do fracasso, das críticas, da não aceitação? E foi com a organização do pensamento e com a tentativa de controle das emoções, que a certeza de continuar surgiu, inspirando-me no relato de Spinoza: “Percebi que todas as coisas que temia e receava só continham algo de bom ou de mau na medida em que o ânimo se deixava afetar por elas”. E o medo, o receio da dificuldade que vinha pela frente, não pelo tempo dedicado literalmente ao trabalho, com leituras, escrita e cálculos, mas pelo fato da forma de pensar, que não vai de encontro com a racionalidade atualmente dominante. E por que não retomar a forma de pensar de Hipócrates, Paracelsus e Hahnenmann? Qual o receio disso? Direcionada pelas palavras de John Locke, “as novas opiniões são sempre suspeitas e geralmente opostas, por nenhum outro motivo além do fato de ainda não serem comuns”, me senti fortalecida, mesmo que aquilo que era a minha vontade de trazer a público, não era nada de novo, e sim de lembrar e deixar vivo o pensamento vitalista que tenho como norteador das minhas escolhas na vida. E por isso, com extremo respeito e admiração, reverencio a todos que estiveram presentes nessa caminhada aqui na Terra permitindo que esses pensamentos chegassem até mim, desde Hipócrates, Hahnemann, Benoit Mure, João Vicente Martins, David Castro,

George W. Galvão Nogueira, Walter Edgard Maffei, que não tive o privilégio de conviver fisicamente, mas que são tão presentes em minha vida, até aqueles que mantiveram o pensamento desses grandes mestres e me incentivaram e mostraram com amor pela Arte, comprometimento, dedicação, pelo simples fato de disseminação sem esperar retorno, o verdadeiro sentido do pensamento vitalista. Meu eterno agradecimento em primeiro lugar ao Vagner Doja Barnabé, que sem sombra de dúvidas, foi o meu inspirador a seguir pela Medicina, já com a pretensão pelo caminho da Homeopatia e quem me apresentou esses mestres do passado; ao Sylvio Antonio Mollo e ao José Antonio Bachur, que não se encontram mais fisicamente conosco, mas que se fazem sempre presentes, com a certeza de estarem auxiliando nos momentos de dúvidas e incompreensões. Aos amigos queridos da Farmácia Bento Mure, Marcelo, Fábio e Luciano, por sempre me mostrarem o Norte, me alertando para não desviar dos ensinamentos de Hahnemann, porque os estímulos são muitos e temos fraquezas. Tenho um enorme carinho e admiração por serem tão fiéis aos princípios da Homeopatia. E em especial à companheira de todas as horas, cúmplice em ideias mirabolantes, “meu par”, nas dúvidas e angústias e, também aquela que comemora as vitórias e as conquistas, mesmo que pareçam pequenas, entendendo o real significado. E quando leio essa frase de Voltaire: “todas as grandezas do mundo não valem um bom amigo”, não tenho como não lembrar dela, Ana Amélia Campos Claro Olandim. Agradeço por toda essa parceria sempre direcionada para o mesmo ideal.

Gratidão também a todos os professores do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde pela dedicação e comprometimento para que todo o processo acontecesse da melhor forma possível. Em especial agradeço o auxílio dos professores Ana Paula Ribeiro, Yára Juliano, Neil Novo e certamente àquela que permitiu que tudo isso acontecesse, minha orientadora Patrícia Colombo de Souza. Sem palavras para expressar minha admiração por ela. Extremamente ética, comprometida, acolhedora, empática, que realmente tem alegria e orgulho no que faz. Obrigada por abraçar a ideia, sem julgamentos ou preconceitos. Obrigada pela parceria, por sempre estar presente, disposta, ser positiva, por saber lidar com as dificuldades que aparecem pelo caminho com tanta maestria, mas principalmente por acreditar que seria possível. Obrigada por ser do jeito que você é.

Reconheço a disposição de todos os envolvidos da Prefeitura do município de Guarulhos para que este estudo fosse desenvolvido, principalmente em relação às

gerentes dos equipamentos de saúde que sempre possibilitaram e apoiaram todo o processo: Daniela de Paula Costa; Eneida da Silva Bernardo, que me deu uma visão apaixonada pelo SUS e me mostrou que ter uma postura técnica é essencial para que as coisas aconteçam, e Denise Castanho Antunes, que me incentiva cada vez mais ao trabalho com seu exemplo, através do incansável desenvolvimento de ações que trazem acolhimento, amparo, suporte à população carente de atenção, sendo invejável a sua empatia, persistência e o amor com que conduz as situações. Além disso, não posso deixar de agradecer aos pacientes que gentilmente aceitaram participar do estudo, entendendo o propósito e se colocando a disposição para auxiliar. Realmente sem eles, nada seria possível.

Gostaria de deixar registrado também a minha gratidão àqueles que se não existissem nada seria possível: meu pai e minha mãe.

A meu pai, Antônio Craveiro, por sempre mostrar, mais pelo exemplo do que por palavras, que não se deve desistir, independente das dificuldades; que ter um propósito é o que deve nos mover, é o que nos coloca energia na alma mesmo que o cansaço físico esteja intenso. “Tem que fazer, então vamos fazer”, é o que me motiva nos momentos de baixa energia, frustração e desmotivação. Sem seu exemplo não seria o mesmo.

A minha mãe, Maria Cândida, por sua energia invejável, incansável, sempre disposta e que também é um estímulo para minha motivação. As palavras são poucas para agradecer tanta dedicação, por tornar as coisas possíveis, por estar sempre presente, por ser positiva, por tentar me aliviar em tudo o que é possível, por se dedicar as minhas filhas na minha ausência. Eterna gratidão!

O meu agradecimento também ao meu primo Paulo, por ser o grande incentivador a seguir pelo Mestrado e aquele que me direcionou pela escolha, e, também, a minha irmã Milena, por me auxiliar em todo esse processo, me “socorrendo” em todas as minhas dificuldades e por sempre dar apoio as minhas filhas, Lívia Sayuri e Júlia Yukari, a quem agradeço imensamente a paciência e compreensão da minha ausência e por vibrarem, mesmo sem entenderem o real significado, a cada conquista.

E finalmente, ao meu marido, Marcelo Fujino, sou imensamente grata pelo companheirismo, pela presença constante, pelo incentivo, por valorizar as pequenas vitórias, por entender meus pensamentos, por impulsionar as minhas vontades, mas também por sempre me mostrar “o outro lado”, por me situar nas situações e assim

contribuindo para meu fortalecimento e crescimento como pessoa. Obrigada por ser o “meu outro lado da balança”, chegando juntos a um equilíbrio. Com certeza minha melhor escolha.

E é por tudo isso que o trabalho deve continuar, com a certeza de que todo e qualquer esforço não é em vão!

RESUMO

Introdução: A prática homeopática com sua abordagem característica, que favorece a continuidade e a efetividade do cuidado, com ênfase na escuta acolhedora, valorizando tanto os sintomas objetivos como os subjetivos, desenvolvendo maior relação de vínculo e confiança, facilitando a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, possibilita uma visão ampliada do processo saúde-doença, contribuindo para prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Considerando o tratamento homeopático além da prescrição medicamentosa, abrangendo a concepção de integralidade do indivíduo, com percepção de sua complexidade, particularidades e necessidades individuais, há a possibilidade de incentivo às mudanças de hábitos, tendo-se como consequência uma forma de prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que atualmente são as principais causas de mortalidade e altos custos em saúde por todo mundo.

Objetivo: Avaliar a influência do tratamento homeopático na redução dos fatores de risco modificáveis para DCNT. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, longitudinal e prospectivo realizado em indivíduos com 18 anos ou mais, que iniciaram acompanhamento médico homeopático em equipamentos de saúde do município de Guarulhos/SP no período de junho/2022 a janeiro/2023. Foram aplicados questionários específicos e validados para cada variável selecionada como fator de risco para as DCNT: padrão alimentar (Questionário de Frequência de Consumo Alimentar - QFCA), presença de atividade física, qualidade do sono (Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index) - PSQI) e níveis de ansiedade, estresse e depressão (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, versão curta de 21 itens (Depression, Anxiety and Stress Scale) - DASS-21). Realizou-se avaliação na primeira consulta e com 3 e 6 meses de tratamento homeopático individualizado. **Resultados:** A maioria dos pacientes avaliados eram mulheres (89,2%) com média de idade de 49 anos, com grau de escolaridade acima do ensino médio (75,7%) e com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (53%). O QFCA mostrou consumo inadequado na maioria dos grupos alimentares avaliados, não havendo mudanças significantes ao final do estudo. A prática de atividade física era realizada somente por 32,4% dos pacientes. Houve melhora significativa na qualidade do sono ($p < 0,001$) e nos níveis de estresse ($p < 0,035$), ansiedade ($p < 0,024$) e depressão ($p < 0,002$) após 3 e 6 meses de tratamento homeopático. **Conclusão:** Por essa notória melhora em um curto período, o tratamento homeopático pode ser uma das estratégias para a redução dos fatores de risco auxiliando na prevenção das DCNT.

Palavras-chave: Homeopatia. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Prevenção.

ABSTRACT

Introduction: Homeopathic practice with its characteristic approach, which favors the continuity and effectiveness of care, with an emphasis on empathetic listening, valuing both objective and subjective symptoms, developing a greater relationship of bond and trust, facilitating the integration of the human being with the environment and society, enables an expanded view of the health-disease process, contributing to the promotion, recovery and prevention of health problems. Considering the homeopathic treatment in addition to medication prescription, encompassing the concept of completeness of the individual, with perception of their complexity, particularities and individual needs, there is the possibility of encouraging changes in habits, resulting in a form of prevention of Noncommunicable Diseases (NCDs), which are currently the main causes of mortality and high health costs worldwide. **Objective:** To evaluate the influence of homeopathic treatment in reducing modifiable risk factors for NCDs. **Method:** This is an observational, longitudinal and prospective study carried out on individuals aged 18 or over, that began homeopathic medical follow-up in health services in the city of Guarulhos/SP from June/2022 to January/2023. Specific and validated questionnaires were applied for each variable selected as a risk factor for NCDs: dietary pattern (Food Frequency Questionnaire - FFQ), presence of physical activity, sleep quality (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI) and levels of anxiety, stress, short version of 21 items (Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS-21). An evaluation was carried out on the first consultation and after 3 and 6 months of individualized homeopathic treatment. **Results:** The majority of the evaluated patients were women (89.2%) with an average age of 49 years, with an education level above high school (75.7%) and with a family income between 1 and 3 times minimum wage (53%). The FFQ showed inadequate consumption in most of the evaluated food groups, with no significant changes at the end of the study. Only 32.4% of patients practiced physical activity. There was a significant improvement in sleep quality ($p < 0.001$) and levels of stress ($p < 0.035$), anxiety ($p < 0.024$) and depression ($p < 0.002$) after 3 and 6 months of homeopathic treatment. **Conclusion:** Due to this notable improvement in a short period, homeopathic treatment can be one of the strategies to reduce risk factors, helping to prevent NCDs.

Keywords: Homeopathy. Noncommunicable diseases. Prevention.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Variáveis selecionadas com seus correspondentes instrumentos de coleta de dados para a análise dos fatores de risco modificáveis para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em pacientes assistidos em equipamentos de saúde de Guarulhos/SP..... 38
- Tabela 2.** Interpretação da pontuação determinada por cada subescala após a aplicação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, versão curta de 21 itens (Depression, Anxiety and Stress Scale: DASS-21)..... 43
- Tabela 3.** Qualidade da alimentação, segundo grupos alimentares, dos indivíduos estudados nos 3 momentos de avaliação (T0, T1 e T2)..... 46
- Tabela 4.** Comparação da qualidade do sono e do nível de estresse, ansiedade e depressão entre os diferentes momentos de avaliação (primeira consulta (T0) e após 3 meses (T1) e 6 meses (T2) desta) dos indivíduos que iniciaram tratamento homeopático nos equipamentos de saúde de Guarulhos/SP de junho de 2022 a janeiro de 2023..... 53
- Tabela 5.** Proporção de melhora na qualidade do sono e no nível de estresse, ansiedade e depressão considerando a evolução dos pacientes da avaliação inicial (T0) até 3 meses (T1) e 6 meses (T2) de tratamento homeopático em pacientes assistidos em equipamentos de saúde de Guarulhos/SP..... 54
- Tabela 6.** Correlação entre a qualidade do sono e os níveis de estresse, depressão e ansiedade dos indivíduos assistidos em equipamentos de saúde de Guarulhos/SP após 6 meses de tratamento homeopático (T2)..... 55

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Regiões e Distritos de Saúde do Município de Guarulhos/SP, 2023..... 33
- Figura 2.** Perda amostral durante o tempo de observação da evolução de pacientes assistidos em equipamentos de saúde de Guarulhos/SP, após o início do tratamento homeopático..... 36
- Figura 3.** Resultado da busca ativa dos pacientes selecionados para o estudo que não compareceram às consultas agendadas em 3 meses (T1) e 6 meses (T2) após a consulta homeopática inicial (T0)..... 37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nível de escolaridade referido pelos participantes do estudo.....	45
---	----

LISTA DE ABREVIACOES

- ABFH = Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas
- AMB = Associação Médica Brasileira
- AMHB = Associação Médica Homeopática Brasileira
- APS = Atenção Primária  Saúde
- CFM = Conselho Federal de Medicina
- CIPLAN = Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
- CNES = Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS = Conselho Nacional de Saúde
- DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, versão curta de 21 itens)
- DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DCV = Doenças cardiovasculares
- ESF = Estratégia Saúde da Família
- Fiocruz = Fundação Oswaldo Cruz
- GEHSP = Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo "Benoit Mure"
- IHB = Instituto Hahnemanniano do Brasil
- Inamps = Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- OMS = Organização Mundial de Saúde
- OPM = rteses, Próteses e Materiais Especiais
- PACS = Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PICS = Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- PNAB = Política Nacional de Atenção Básica
- PNH = Política Nacional de Humanização
- PNMNPC = Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
- PNPIC = Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
- PNPS = Política Nacional de Promoção da Saúde
- PNS = Pesquisa Nacional de Saúde
- PNS = Plano Nacional de Saúde

PPA = Plano Plurianual

PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index (Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh)

PSF = Programa Saúde da Família

QFCA = Questionário de Frequência de Consumo Alimentar

REMUME = Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME = Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SIA/SUS = Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIGTAP = Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM

SUS = Sistema Único de Saúde

Vigitel = Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

UERJ = Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. FUNDAMENTAÇÃO	18
2.1. A Homeopatia	18
2.2. A Homeopatia no sistema público de saúde brasileiro	23
2.3. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	29
3. OBJETIVOS	32
3.1. Objetivo geral	32
3.2. Objetivos específicos	32
4. MÉTODO	32
4.1. Tipo de estudo	32
4.2. Local de estudo e descrição da intervenção	33
4.3. Critérios de inclusão	35
4.4. Critérios de exclusão	35
4.5. População estudada	36
4.6. Instrumentos de coleta de dados	38
4.7. Variáveis estudadas	39
4.7.1. Dados sociodemográficos	39
4.7.2. Padrão alimentar	39
4.7.3. Tabagismo	40
4.7.4. Prática de atividade física	40
4.7.5. Qualidade do sono	41
4.7.6. Nível de estresse, ansiedade e depressão	41
4.8. Aspectos éticos da pesquisa	44
5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
7. CONCLUSÃO	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
ANEXO 1. Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA)	69

ANEXO 2. Questionário sobre atividade física	70
ANEXO 3. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI)	71
ANEXO 4. PSQI - Instruções para pontuação	74
ANEXO 5. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - Versão Curta (DASS-21)78	
ANEXO 6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	79

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida “como a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹ Percebe-se que esse conceito conta com múltiplas dimensões, valorizando parâmetros mais amplos além do controle de sintomas, da diminuição da mortalidade ou do aumento da expectativa de vida, enfatizando a satisfação geral com a vida e a autorrealização, independentemente do estado de saúde físico do indivíduo ou de suas condições sociais e econômicas. É um conceito complexo, que tem a subjetividade como característica importante, pois são consideradas as reações subjetivas do indivíduo às suas vivências no contexto ambiental em que está inserido, atentando-se às circunstâncias do cotidiano.²

Embora saúde e qualidade de vida sejam muitas vezes utilizadas como sinônimos, são conceitos que apresentam características específicas, mas também uma grande relação entre si. A qualidade de vida é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde, e difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto semelhante.² Mostrando-se aqui a importância do conceito da individualização, que é um dos princípios da ciência homeopática.

É necessário conhecer o indivíduo utilizando-se de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e objetivos, incluindo a presença de sinais e sintomas físicos e mentais e, também, a real situação socioeconômica desse indivíduo, verificando se suas necessidades básicas estão sendo atendidas. É importante conhecer elementos de sua vida considerando as situações de trabalho, familiares, com amigos e outras circunstâncias do cotidiano, atentando-se à sua percepção pessoal. Somente assim será possível conhecer verdadeiramente esse indivíduo com suas oportunidades e obstáculos em busca da qualidade de vida.²

Nesse sentido entende-se que se deve valorizar não apenas as questões epidemiológicas e quantitativas relacionadas ao processo saúde-doença, mas enfatizar também os fatores qualitativos inerentes a essa questão.³

Cada vez mais percebe-se uma demanda social por cuidados médicos em relação às situações que envolvem questões subjetivas por estarem relacionadas a

crises existenciais, conflitos diversos de natureza psíquica, econômica e social que não permitem uma abrangência apenas pelo método anátomo-clínico dominante.⁴ É nesse contexto que as chamadas Medicinas Alternativas e Complementares ganham atenção, sendo atualmente denominadas, pelo Ministério da Saúde, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), correspondendo a cuidados em saúde que não estão integrados ao sistema dominante de atenção médica, com perspectiva direcionada para um cuidado continuado, humanizado e abrangente, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, tendo uma visão ampliada do processo saúde-doença.⁵

A inserção das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde foi iniciada em 1978, com a 1ª Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, em Alma-Ata, na Rússia, a partir da qual, difundiram-se as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares em todo o mundo. No Brasil esse movimento ganhou força a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguindo com expansão desde então, sendo legalizada, em 1988, a implantação de seis práticas no sistema de saúde, estando entre elas a Homeopatia.^{3,5}

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1. A Homeopatia

A Homeopatia (“*homoios*”: semelhante + “*pathos*”: doença) é a doutrina médica embasada na cura pelos semelhantes criada por Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843), médico alemão, no fim do século XVIII, fundamentada pela observação dos fenômenos naturais. Considerando o ano de 1796 como o marco inicial da Homeopatia, com a publicação, por Hahnemann, do artigo “Ensaio sobre um novo princípio para averiguar os poderes curativos das substâncias medicinais”,⁶ no qual fez um apanhado sobre suas evidências experimentais apoiado na filosofia hipocrática (*Similia similibus curentur* - os semelhantes que se curem pelos semelhantes), percebe-se que essa doutrina médica se faz presente há 227 anos,

contribuindo na assistência dos indivíduos, efetivando a promoção de saúde e a qualidade de vida.

O Dr. George Washington Galvão Nogueira, médico homeopata do Centro Médico Homeopático de São Paulo “David Castro”, diretor do Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo (GEHSP) “Benoit Mure”, definiu Homeopatia no livro publicado por esse grupo em 1986, intitulado “Doutrina Médica Homeopática”,⁷ baseando-se no parágrafo 9 da obra de Hahnemann “Organon da arte de curar”, estando descrito da seguinte forma:

Homeopatia é a Ciência e a Arte Médica que tem por fim dar ao Homem condições físicas e mentais para livremente vir a alcançar os seus mais altos desígnios, através de Leis e Princípios determinados e segundo uma técnica e uma Arte próprias. (NOGUEIRA, 1986, p. 70)

Por ser uma ciência, a Homeopatia é regida por leis e princípios e para colocá-la em prática é necessária uma técnica própria. Durante a concretização da filosofia homeopática, Hahnemann estabeleceu esses princípios, os quais não modificou em conceito durante toda sua trajetória.^{7,8}

A Homeopatia pode ser utilizada em todas as faixas etárias e em qualquer perfil de paciente, tendo ampla abordagem, considerando a totalidade sintomática, atuando em diversas situações clínicas do adoecimento, auxiliando, assim, na redução da demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos, podendo ser exercida em todos os níveis de assistência,^{9,10,11} como está descrito na Portaria 1988, de 20 de dezembro de 2018 do Ministério da Saúde, que fala sobre os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Através da busca pelo código de procedimento referente à “Tratamento Homeopático” (03.09.05.019-7) encontra-se nessa Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM que o tratamento homeopático está descrito para as modalidades: ambulatorial, hospitalar, hospital dia e atenção domiciliar. Dessa forma, entende-se que a Homeopatia atende ao princípio de integralidade do SUS, buscando abordar de forma satisfatória o conjunto de cuidados demandado pelo indivíduo, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como em relação a ações de promoção de saúde,

prevenção de doenças, cura e reabilitação por ter a possibilidade de estar presente nos distintos níveis de complexidade da assistência.

Observa-se que os princípios da doutrina homeopática são coerentes e fortalecem os princípios básicos do SUS, como está descrito no relatório final do 1º Fórum Nacional de Homeopatia de 2004. Além da questão da integralidade, já comentada, com a compreensão do indivíduo como unidade hierarquizada e indivisível quanto ao processo saúde-doença, a Homeopatia também corrobora com o princípio da equidade e da universalidade. O primeiro por respeitar as diferenças individuais, dimensionando a atenção às necessidades de saúde de cada indivíduo, e o segundo pela “garantia democrática do acesso a essa racionalidade enquanto direito de exercício de cidadania”.¹²

A Atenção Primária à Saúde (APS), oficialmente considerada a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, isto é, o primeiro recurso a ser buscado pelo indivíduo quando há uma necessidade ou problema de saúde, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade (longitudinalidade), da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.¹³ Essas principais características da APS, chamados atributos essenciais juntamente com os denominados atributos derivados da APS (orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural), podem ser facilmente encontradas ao se analisar o acompanhamento médico homeopático de um indivíduo. Nota-se que a forma de atuação homeopática se aproxima muito da definição da Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi uma proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária diante da tendência de fragmentação existente, sendo considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade. A ESF é definida como “um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território”.¹⁴

Dessa forma, a Homeopatia tem importante atuação na Atenção Primária, principalmente por ter o cuidado centrado no indivíduo e não na doença, utilizando como uma de suas técnicas terapêuticas uma anamnese profunda e abrangente.¹⁰ É

necessário identificar as características individuais do paciente, observando suas condições físicas e mentais naquele determinado momento de sua vida. Com essa finalidade, foi desenvolvido uma técnica para o reconhecimento do conjunto de sinais e sintomas característicos de um indivíduo, que é a chamada “Tomada de Caso”. Hahnemann, no *Organon*,⁸ explica detalhadamente a técnica de como proceder para se ter esse conhecimento do indivíduo, valorizando o relato espontâneo, tendo-se uma visão ampliada, abrangendo os aspectos biopsicossociais e espirituais de cada caso individual, o que favorece a elaboração e sustentação de uma relação médico-paciente de qualidade. Para tanto é necessário um tempo adequado para colocar essa técnica em prática, o que demanda uma consulta de maior duração,¹⁰ principalmente em relação à primeira avaliação do paciente, quando o médico homeopata precisa ter um olhar focado no indivíduo que lhe é apresentado pela primeira vez.

Esse tempo de consulta ampliado para a Homeopatia é reconhecido pelo Ministério da Saúde, visto a resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) nº 4, de 08 de março 1988, que estabelece as diretrizes para implantação da atenção homeopática na rede pública: “Considerando o tempo médio de duração das consultas, segundo as resultantes que existem na prática homeopática, serão atendidos de 4 a 8 pacientes, por turno de quatro (04) horas”.¹⁵ Assim, o agendamento das consultas homeopáticas deve respeitar a duração de uma hora para o primeiro atendimento e de 30 minutos para o retorno.¹⁰

Como para a Homeopatia a doença é um desequilíbrio do organismo como um todo, com comprometimento de sua vitalidade, entende-se que cada um demonstra esse desequilíbrio de uma forma individual, por isso deve-se observar e estudar cada caso individualmente, para saber quais as necessidades de cada um. A doença, então, é o reflexo de um todo e, também faz parte desse todo, não sendo o resultado da alteração de uma parte isolada desse organismo, e sim a desarmonia daquilo que o rege, mais especificamente, sua vitalidade. Os sinais, os sintomas e as sensações descritas pelo indivíduo são a exteriorização desse desequilíbrio da vitalidade refletida no organismo.⁸ Como cada um possui uma constituição, determinada pela predisposição e hereditariedade, essas alterações vão se expressar nos locais do organismo em que o indivíduo tem maior sensibilidade.¹⁶ É necessário ter o entendimento desse pensamento de totalidade, para se ter a prática da Homeopatia, sendo esse outro princípio da ciência homeopática.

Conhecendo o indivíduo dessa forma ampla, sabendo de suas fragilidades e de seus pontos mais sensíveis, entendendo seu ambiente familiar e profissional, conhecendo seus hábitos, é possível atuar também sob uma perspectiva preventiva, visando reduzir os riscos de incidência de doenças na população. Faz parte da consulta homeopática a orientação de hábitos de vida saudáveis, visando a promoção da saúde, demonstrando ao indivíduo que muitas de suas queixas podem estar possivelmente relacionadas com o que Hahnemann intitula, na classificação das doenças,^{8,17} como “falsa doença crônica”, estando ligadas à hábitos de vida, à alimentação, à forma de lidar com as situações e com os indivíduos a sua volta, sendo essas questões verdadeiros “obstáculos à cura”, expressão também utilizada por Hahnemann. É papel do médico homeopata incentivar a auto-observação e a reflexão sobre como mudanças no comportamento, nas escolhas alimentares e na rotina podem ser muito efetivas para que as queixas trazidas pelo indivíduo se amenizem, tornando a sensação de bem-estar físico e emocional mais fácil de ser atingida, tendo o medicamento, depois dessas mudanças, uma ação mais certa sobre a “doença crônica verdadeira”, segundo Hahnemann,^{8,17} que é aquela que mesmo com hábitos saudáveis e uma vida regrada, não deixa o indivíduo livre de sintomas, a não ser com o auxílio medicamentoso.

Nesse sentido tem-se uma visão mais ampla de cada caso individual, com um olhar atento aos hábitos alimentares e de vida, incluindo o combate ao sedentarismo e o cuidado com o sono, afastando os vícios, trabalhando as relações interpessoais e gerenciando as situações excitadoras de estresse, demonstrando-se assim, a abrangência do tratamento homeopático, tendo-se em mente que em certos casos alguns sintomas ainda podem permanecer, mas de uma forma suportável e amenizada, acompanhado de sensação de bem-estar geral. Esse raciocínio, para Hahnemann, é a trajetória para o caminho de cura,⁸ em que se tem interação entre as partes do indivíduo, fazendo com que os processos aconteçam da melhor forma possível dentro da limitação de cada um, que é determinada geneticamente e que pode sofrer influência do meio em que esse indivíduo vive.¹⁶

Pelo exposto, entende-se que o Ministério da Saúde, tendo como prioridade a disponibilização de opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS, com melhoria dos serviços, aumento da resolutividade e incremento de diferentes abordagens, deve considerar a Homeopatia como uma ferramenta para essa

finalidade, por possuir abordagem com visão ampliada do processo saúde-doença e com promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

2.2. A Homeopatia no sistema público de saúde brasileiro

A inserção da Homeopatia no sistema público de saúde brasileiro vem ocorrendo gradativamente desde 1843, quando foi oficialmente introduzida no Brasil pelo médico francês Dr. Benoît Jules Mure (1809–1858).¹⁸

Bento Mure, como era conhecido no Brasil, tinha sido tratado, por quadro de tuberculose pulmonar, pelo Dr. Sebastião Des Guidi, médico homeopata introdutor da Homeopatia na França, discípulo de Hahnemann. Devido à resolução positiva de seu quadro, encontrando lógica no método de Hahnemann, Mure ingressou no curso de Medicina e paralelamente se dedicava ao estudo da Homeopatia. Sobrecarregado por seus trabalhos, sua saúde voltou a enfraquecer e a tuberculose retomou seu curso. Devido a isso, procurou por um local com clima mais quente para amenizar seu estado de saúde, chegando, então, ao Brasil, no Rio de Janeiro, em 21 novembro de 1840, depois de difundir e divulgar a Homeopatia na Europa meridional. Além de médico, era socialista utópico e o que motivou, além da questão de saúde, a escolha pelo Brasil foi o fato de que o Império brasileiro de D. Pedro II oferecia apoio para que fundasse, representando a *Union Industrielle de Paris*, como execução de um projeto de colonização industrial, uma sociedade cooperativa (colônia-modelo) segundo os princípios de Charles Fourier (1772-1837), o que foi feito em Santa Catarina, sendo essa sociedade denominada Colônia Falansteriana do Sahy. A princípio, Mure não veio ao Brasil com a intenção de propagar a Homeopatia, essa foi uma atuação pelo fracasso do desenvolvimento de seu projeto da colônia socialista.^{19,20}

Antes da chegada de Bento Mure, já havia alguns estudiosos da Homeopatia, sendo relatadas algumas práticas isoladas no país. Pelos registros históricos, o primeiro brasileiro que se dedicou ao estudo da ciência homeopática foi José Bonifácio de Andrade e Silva, o “Patriarca da Independência”. Era um dos mais notáveis naturalistas na época, se correspondia por cartas com Hahnemann, mas não foi divulgador da Homeopatia. O Dr. Domingos de Azevedo Coutinho de Duque-Estrada foi o primeiro brasileiro que aplicou a Homeopatia no Brasil antes da chegada de Mure, mas não pode ser considerado o introdutor dessa doutrina no país porque pelos

registros, ele “só aplicava a Homeopatia nos casos em que lhe falhavam os meios da alopátia”.^{19,20}

Durante sua trajetória no Brasil, Bento Mure influenciou intensamente vários médicos que acabaram por se “converter” à prática homeopática, após estudo acirrado da doutrina de Hahnemann. Um deles foi o Dr. João Vicente Martins, cirurgião português que se dedicou ao estudo e à prática homeopática e, junto de Mure, foi um divulgador e disseminador da Homeopatia, sendo considerado o maior propagandista dessa doutrina, principalmente no norte e nordeste brasileiro.^{19,20}

Como sua proposta de implantação da colônia socialista não alcançou os resultados esperados, Bento Mure retornou ao Rio de Janeiro em 1843 iniciando o ensino, a prática e a propagação da Homeopatia, fundando no mesmo ano o Instituto Homeopático do Brasil e, em 1845, a Escola de Homeopatia, que constava de um centro de ensino teórico e prático de Homeopatia, com a possibilidade de atendimento médico homeopático gratuito aos menos favorecidos, e uma farmácia central, a primeira farmácia homeopática do Brasil, com a denominação de Botica Homeopática Central, na qual os medicamentos homeopáticos eram preparados e fornecidos para todos os farmacêuticos do Império. Alunos procuravam com frequência a instituição para conhecer a doutrina de Hahnemann.^{7,19,20}

Em 1846 havia 22 dispensários homeopáticos no Rio de Janeiro atendendo milhares de indigentes. Bento Mure era contra a prática médica com segregação e discriminação, e dessa forma incluía em seus projetos o tratamento de escravos, de indivíduos de baixa renda e dos desassistidos. Investiu intensamente em uma reforma médica e social.^{19,20}

Na Bahia, em Salvador, João Vicente Martins, em outubro de 1847 instalou a Sociedade Homeopática Bahiana, local em que funcionava um consultório gratuito de Homeopatia, por orientação do Instituto Homeopático do Brasil.⁷ Em 28 de agosto de 1895, em São Paulo, foi criada a primeira farmácia homeopática na cidade de Santos que forneceu medicamentos homeopáticos de forma gratuita para a população carente por mais de um século.¹¹

Desde então, a Homeopatia apresentou períodos de resistência e expansão de acordo com o momento histórico vivido. Foi abraçada pelo movimento positivista brasileiro através de seus adeptos do Instituto Militar de Engenharia, no Rio de Janeiro. Disso resultou grande apoio oficial do governo republicano à Homeopatia,

reconhecendo seu ensino e sua prática e criando enfermarias no Hospital Central do Exército e no Hospital da Marinha no começo do século XX.⁷

Em 1979, foi fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), no mesmo ano em que a Homeopatia teve seu reconhecimento como especialidade médica pela Associação Médica Brasileira (AMB), sendo somente, em 04 de julho de 1980, reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina - CFM (Resolução nº 1000). Por serem, a AMB e o CFM, os órgãos reguladores nacionais de medicina, a Homeopatia se oficializou, então, no sistema médico brasileiro.^{9,11}

Na década de 80 aumentou o interesse na Homeopatia por parte de estudantes de medicina, pesquisadores e por políticos progressistas ligados à área da saúde, que iniciaram a implantação do atendimento homeopático nos serviços públicos de saúde a partir de 1985, no Rio de Janeiro, com início dos atendimentos ambulatoriais, através de um projeto no qual existia uma relação de convênio entre o antigo 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). Esse convênio pretendia institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde do país. No ano seguinte, 1986, foi formado o Núcleo de Atendimento Homeopático em Porto Alegre e aconteceu, também, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi aprovada a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”.^{11,21,22}

Foram ocorrendo, então, movimentos que contribuíram para impulsionar a oferta e legitimação da Homeopatia no país. Com a nova Constituição de 1988, houve a inserção dos programas de terapias alternativas no sistema de saúde. Essa Constituição consolidou a nova consciência social de promoção de saúde que deu origem ao SUS, sendo este a maior conquista do movimento sanitário brasileiro. A Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação publicou a resolução Ciplan nº 4 de 1988, que fixou normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, e em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde aprovou, em seu relatório final, a incorporação da Fitoterapia, da Acupuntura e da Homeopatia no SUS.^{5,9,23}

A fundação da Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH), em 1990, foi um impulso adicional para a consolidação da atenção médica

homeopática, resultando no Manual de Normas Técnicas para farmácia homeopática, editado em 1991, 1995 e mais tarde em 2003, e em 1992 a Homeopatia foi reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia por meio da Resolução nº 232.¹¹

O Ministério da Saúde, em 1999, inseriu a consulta médica em Homeopatia nas tabelas de informação de produção de procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999)^{5,9,23} e em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde recomendou a incorporação na atenção básica (no Programa Saúde da Família (PSF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS) práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e Homeopatia.¹¹

Em 2002, a OMS, em continuidade ao processo de construção de uma política de incentivo e incorporação das medicinas tradicionais, iniciado em Alma-Ata, publicou o documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, que tinha como um dos seus objetivos incentivar a integração da medicina tradicional/medicina complementar alternativa ao sistema nacional de saúde.¹²

No ano seguinte, em 2003, o ministro da saúde Humberto Costa, em virtude da legitimação ocorrida nas últimas décadas e atendendo a solicitação da sociedade civil organizada, constituiu um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC) no SUS, que era composta de quatro áreas específicas: Homeopatia, acupuntura, fitoterapia e medicina antroposófica, sendo desenvolvido o plano de ação, visando a definição de normas, estratégias e modelos de implantação e implementação de cada uma dessas áreas. Mais tarde, como será comentado, essa política foi nomeada Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ainda em 2003, na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, foi deliberado a implementação de uma política nacional de assistência farmacêutica em Homeopatia para o SUS, o que fortaleceu ainda mais esse processo.¹²

Em 2004, organizado pelo Ministério da Saúde, com apoio da AMHB e da ABFH, foi realizado em Brasília o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, no período de 12 a 14 de maio, intitulado “A Homeopatia que queremos implantar no SUS”, dando sustentação e continuidade à discussão técnica e política, que havia se iniciado no grupo de trabalho de elaboração da PNMNPC, acerca da normatização, ampliação e continuidade da oferta e do acesso à Homeopatia nos serviços públicos de saúde,

abordando a necessidade de integração da Homeopatia aos diversos níveis de complexidade da atenção à saúde, a formação e a capacitação de profissionais homeopatas, a importância da informação e da comunicação junto à comunidade, a integração com as propostas de humanização da atenção, o financiamento e o incentivo à cultura de gestão participativa na política. Dessa forma, esse fórum serviu de subsídio para a formulação da PNPIC.^{12,23}

Assim, em 3 de maio de 2006 a Portaria nº 971, publicada no Diário Oficial da União, aprovou a PNPIC, que passou a oferecer e normatizar a Homeopatia no sistema público de saúde brasileiro, contendo diretrizes para estruturação e fortalecimento da atenção homeopática nos diferentes níveis do sistema, com garantia de acesso aos medicamentos homeopáticos, com elementos norteadores em relação à divulgação e disseminação dessa racionalidade médica e à qualificação de profissionais, com incentivo à pesquisa e ações de acompanhamento e avaliação da prática homeopática.^{10,24,25}

Esta política responde ao anseio de muitos usuários e profissionais de saúde, manifestado nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde desde 1988, além de atender às recomendações da OMS, principalmente aquela contida no documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005".

A Lei 8080 do SUS de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 6º, assegura a assistência integral, inclusive farmacêutica nos serviços públicos de saúde; portanto na existência da Homeopatia no SUS os medicamentos homeopáticos devem ser oferecidos. Então, em dezembro de 2007, foi publicada a Portaria 3237, do Ministério da Saúde, que inclui os medicamentos homeopáticos da Farmacopeia Homeopática Brasileira (cerca de 450 medicamentos) para serem ofertados aos usuários do SUS, em conformidade com o que recomenda a PNPIC. Assim, os medicamentos homeopáticos da 3ª edição da Farmacopeia Homeopática Brasileira²⁶ estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).²⁷ Os medicamentos precisam pertencer à RENAME para que os municípios possam incluí-los nas REMUMEs (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais).^{21,28}

Nos últimos anos, nota-se no Brasil uma expansão das Práticas Integrativas e Complementares.²⁹ No entanto, apesar de toda essa movimentação e ganhos, o que se observa é ainda a pouca oferta da Homeopatia no SUS. Alguns estudos^{29,30,31} utilizaram dados de grandes pesquisas nacionais que são realizadas com objetivo de

fornecer informações sobre os determinantes e necessidades de saúde da população brasileira, com amostragem complexa, incluindo brasileiros de todas as regiões do país e de diversos estratos socioeconômicos, para coletar dados sociodemográficos, clínicos e informações sobre o uso da Homeopatia nos últimos 12 meses anteriores à realização dessas pesquisas. Foram utilizadas a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013^{30,31} e de 2019.²⁹ Comparando os resultados desses estudos, observou-se que a prevalência do uso da Homeopatia variou apenas de 0,6% a 0,99% nesse intervalo de tempo entre a PNS 2013 e a PNS 2019, e a maioria das pessoas tratadas com Homeopatia pagou pelo tratamento. O estudo utilizando dados da PNS 2019²⁹ mostra que apenas 2,9% dos usuários de Homeopatia relataram que o SUS lhes oferecia esse tratamento.

De acordo com o estudo de Nascimento e colaboradores, de 2022,¹¹ não houve atualização no panorama da oferta da Homeopatia nos municípios brasileiros para uma comparação com os dados apresentados pela Coordenação Nacional da PNPIC em outubro de 2011, que mostram que a Homeopatia estava presente em 113 dos 5.560 municípios do Brasil, contando com 631 homeopatas principalmente nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, não sendo observado, dessa forma, grande ampliação da rede de atenção homeopática no SUS. Uma situação que está associada a esse contexto e que vale ressaltar é a ausência de investimento em Homeopatia, associado à escassez de profissionais especializados na área para atuarem no SUS, tanto médicos quanto farmacêuticos.¹¹

Pelo relato histórico exposto percebe-se a importância das Conferências Nacionais de Saúde, que tiveram um papel ímpar na efetivação da Homeopatia na saúde pública. Prevista na Lei 8142 de 1990, a Conferência Nacional de Saúde garante o controle social do SUS e é realizada a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, sendo um processo de construção coletiva, com avaliação da situação de saúde e elaboração e estabelecimento de diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde em cada nível de governo, garantindo os direitos em atenção às necessidades da população. Essa etapa nacional da conferência recebe relatórios com diretrizes e propostas das Conferências dos Estados, do Distrito Federal e das Conferências Livres Nacionais e faz um relatório sistematizado com todas elas, organizando-as por eixo de discussão. O resultado da Conferência Nacional consta em um Relatório Final que é contemplado no próximo ciclo de planejamento da União, servindo de subsídio para a elaboração

do Plano Nacional de Saúde (PNS) e Plano Plurianual (PPA) nos próximos 4 anos após a Conferência Nacional, sendo assim apontadas as prioridades do orçamento do governo federal e do Ministério da Saúde.

A 17ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Garantir Direitos, defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia!”, realizada de 02 a 05 de julho de 2023, em Brasília, contou com diretrizes e propostas da 1ª Conferência Nacional Livre de Homeopatia, intitulada “Conferência Nacional de Homeopatia no SUS: Com Homeopatia amanhã vai ser outro dia”, realizada em 12 de abril de 2023. Todas as quatro diretrizes, uma de cada eixo de discussão, propostas pela Conferência Nacional Livre de Homeopatia foram aprovadas com mais de 70% dos votos, sendo encaminhadas direto para o Relatório Final da Conferência, sem necessidade de passar pela aprovação da Plenária Deliberativa. Assim, na Resolução nº 715 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 20 de julho de 2023, foram publicadas as orientações estratégicas para o PPA 2024-2027 e para o PNS 2024-2027, formuladas a partir das diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde e das prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo CNS, com a finalidade de contribuir com o processo democrático e constitucional de formulação da política nacional de saúde. A orientação nº 57, presente no anexo II dessa resolução é a única que faz menção à Homeopatia por esta constar na PNPIC: “Fortalecer e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, como expressão do direito humano à saúde e democratização das estratégias de atenção.”

2.3. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

De acordo com o Ministério da saúde, as DCNT se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e, também, por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais.³²

Desde a década de 60, o Brasil vem sofrendo um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que está resultando em alterações nos padrões de ocorrência das patologias. A transição epidemiológica se caracteriza pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade da população, com diminuição

progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violência. A transição demográfica decorre de redução da mortalidade precoce (morte que ocorre após o nascimento até o sexto dia de vida completo), diminuição das taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida ao nascer e incremento da população idosa. O aumento de idosos na população acarreta a elevação da ocorrência de doenças, em especial das DCNT.³³⁻³⁵

Somado a isso, tem-se a transição nutricional, que se processou de maneira muito rápida nas últimas três décadas com o declínio da desnutrição em crianças e adultos e o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população.³⁶ A proporção de adultos com excesso de peso tem aumentado de modo progressivo em todos os inquéritos realizados.³⁷

Todos esses fatores contribuem para o aumento das DCNT que levam à perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades, além de gerar altos custos para o suporte necessário por longo tempo (assistência médica, medicamentos, internações, exames, procedimentos, fisioterapia e reabilitação), por tenderem a ter um curso prolongado. Essas ponderações são um alerta para uma questão de saúde pública. As DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares no Brasil, sendo que em 2007 foi observado que 72% das mortes no país foram atribuídas a elas. Em nível global, 7 das 10 principais causas de morte em 2019 foram doenças não transmissíveis, sendo responsáveis por cerca de 70% das mortes ocorridas globalmente nesse ano.³⁸ Atualmente as DCNT são as principais causas de mortalidade e de altos custos em saúde por todo o mundo,^{37,39-41} responsáveis, inclusive pela alta taxa de mortalidade precoce ou prematura que é aquela que ocorre dentro da faixa etária de 30 a 69 anos. A maioria das mortes prematuras está ligada a fatores de risco modificáveis, tais como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, poluição ambiental e saúde mental.⁴¹ De acordo com a OMS, em relação ao monitoramento em 2020, o Brasil, em 2022, apresentou redução no percentual de mortes prematuras por DCNT, de 17% para 15%, mas aumento de 1% no total das mortes por DCNT: 74% para 75%.⁴²

A Comissão Lancet sobre Saúde Global 2035 prevê que o risco aumentado de pandemias, a resistência antimicrobiana e as DCNT representarão as maiores ameaças à saúde pública global no futuro. As doenças não transmissíveis são

condições crônicas e, portanto, têm um impacto duradouro na saúde e na percepção da segurança pessoal e do bem-estar.⁴³

A OMS inclui como DCNT as doenças do aparelho circulatório, tanto as cerebrovasculares quanto as cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus. Esse grupo de doenças tem em comum um conjunto de fatores de risco, resultando na possibilidade de adoção de uma abordagem comum para sua prevenção.³⁷

As DCNT podem atingir indivíduos de qualquer nível socioeconômico, mas é documentado especial acometimento de grupos mais vulneráveis, como os idosos, os indivíduos de média e baixa renda e com menor nível de escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações, como escolhas saudáveis, e aos serviços de saúde, incluindo a oferta do tratamento adequado.^{37,41}

Há evidências de que fatores de estilo de vida, como padrões alimentares inadequados, atividade física insuficiente ou ausente, uso de tabaco, consumo excessivo de álcool, fatores psicossociais, como estresse crônico, níveis elevados de ansiedade e depressão e alterações no padrão de normalidade do sono noturno, são fundamentais na patogênese e incidência de DCNT.^{41,44,45,46}

Assim, percebe-se que a prevenção ou a não agravação dessas doenças estão relacionadas com mudanças nos hábitos de vida e comportamentos, o que requer abordagem longitudinal e integral, com investimento no autocuidado e no vínculo. A Homeopatia tem como uma de suas ferramentas, o afastamento dos chamados “obstáculos à cura”,⁸ utilizando, para esse fim, a orientação, durante a consulta, sobre hábitos alimentares, de sono, atividade física e vícios, o que também auxilia na prevenção das DCNT, que têm aumentado as demandas na atenção especializada por procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos últimos tempos. Em decorrência disso, as DCNT estão se tornando prioridade em saúde pública no Brasil, impondo novos desafios ao sistema.⁴⁷

O tratamento homeopático pode ser, então, uma possibilidade viável como estratégia para prevenção de DCNT, visto que a Homeopatia é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, com pressupostos científicos estabelecidos, com aplicação clínica diversa e com projetos nas áreas de pesquisa básica e clínica e também pelo fato de ser oferecida nos serviços públicos de saúde.⁴⁸

Dessa forma, considerando o tratamento homeopático além da prescrição medicamentosa, abrangendo a concepção de integralidade do indivíduo, com

percepção de sua complexidade, particularidades e necessidades individuais, incluindo orientações ao paciente sobre a importância de se identificar e combater os “obstáculos à cura”, há a possibilidade de se ter forte incentivo às mudanças de hábitos, tendo-se como consequência uma forma de prevenção das DCNT.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar a influência do tratamento homeopático na redução dos fatores de risco modificáveis para as DCNT.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever características sociodemográficas da população estudada;
- Identificar a presença de fatores de risco para DCNT na amostra, através da verificação: da adequação do consumo por grupo alimentar; da prática de atividade física; da qualidade do sono e dos níveis de estresse, ansiedade e depressão apresentados pelos indivíduos estudados;
- Verificar a relação entre renda familiar e o estado emocional (nível de estresse, ansiedade e depressão), a qualidade do sono, a prática de atividade física e hábitos alimentares (em particular, a escolha alimentar), investigando, assim, se o menor poder aquisitivo pôde interferir na manutenção de hábitos saudáveis;
- Verificar o efeito do tratamento homeopático na mudança dos hábitos alimentares e de prática de atividade física, na qualidade do sono e no nível de estresse, ansiedade e depressão na população estudada.

4. MÉTODO

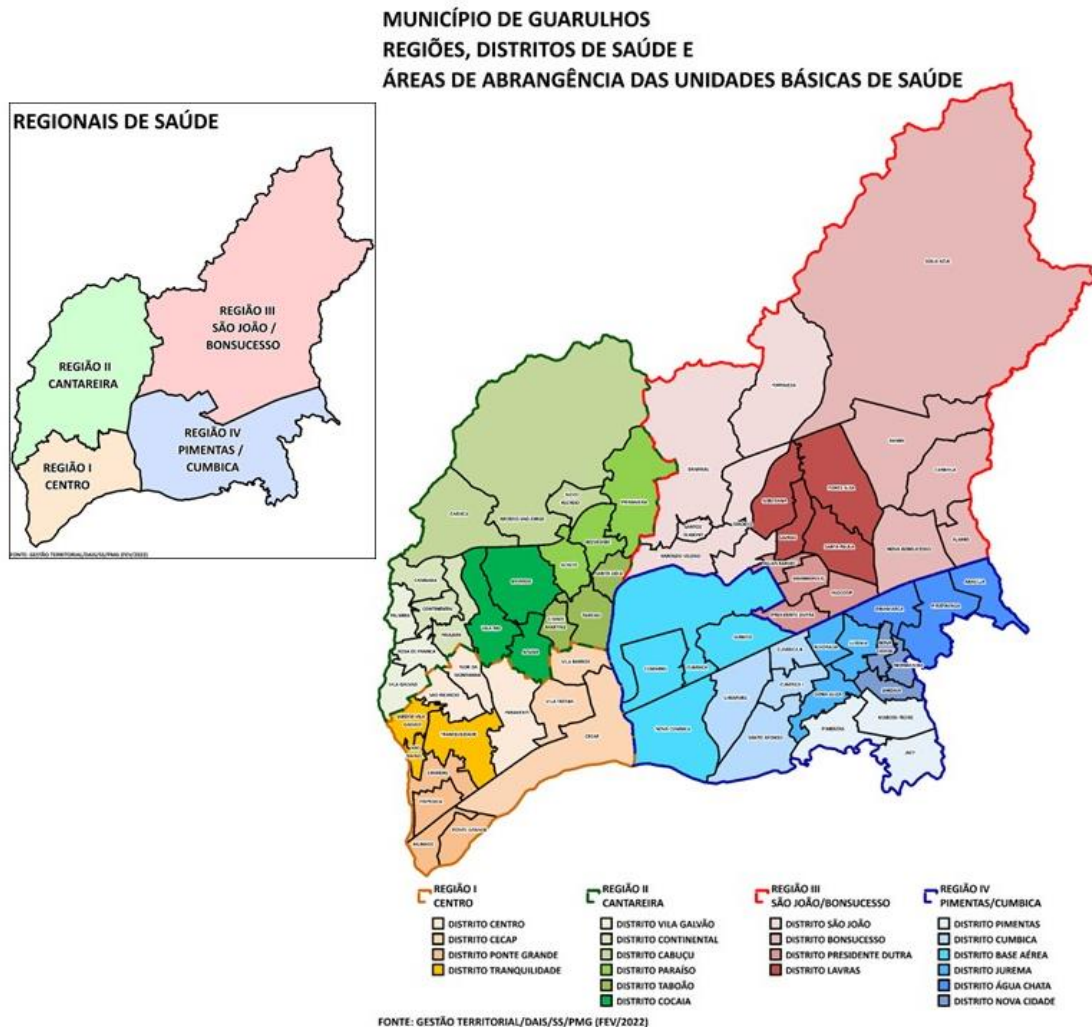
4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal e prospectivo em pacientes que iniciaram acompanhamento médico homeopático no período de 21 de junho de 2022 a 31 de janeiro 2023 em equipamentos de saúde do município de Guarulhos.

4.2. Local de estudo e descrição da intervenção

Guarulhos está localizado a nordeste da Região Metropolitana de São Paulo, sendo um dos 39 municípios que a integra, com uma área de 319,19 km² de extensão. A Secretaria da Saúde desse município está organizada em 4 Regiões de Saúde subdivididas em 18 Distritos de Saúde, com diferentes características entre elas, inclusive socioeconômicas: Região I - Centro; Região II - Cantareira; Região III - São João/Bonsucesso, e Região IV - Pimentas/Cumbica (**Figura 1**).

Figura 1: Regiões e Distritos de Saúde do Município de Guarulhos/SP, 2023.



A oferta de consultas homeopáticas para a população, no período do estudo, existia no Centro Multiprofissional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (CEMPICS) Fracalanza, localizado na Região I, e em um dos Centros de Especialidades Médicas de Guarulhos (CEMEG) na Região III (CEMEG São João). Foram avaliados, então, pacientes desses dois equipamentos de saúde.

O CEMPICS é um polo de atenção à saúde, multiprofissional, que atualmente responde à Atenção Básica do município, o qual desenvolve atividades de prevenção de doenças e agravos, promoção de saúde e produção do cuidado, cujas ações são de caráter individual ou coletiva, compreendendo práticas integrativas e complementares em saúde, sendo a Homeopatia uma delas. O acesso ao CEMPICS é por livre demanda ou por encaminhamento dos pontos de atenção. O primeiro contato com o usuário é um acolhimento realizado por um dos terapeutas responsáveis através do agendamento de uma Escuta Qualificada Inicial (EQI), que tem o objetivo de colher sua história, no seu contexto biopsicossocial, cultural e espiritual, para indicação da melhor prática em saúde pertinente a cada caso individual, podendo ser a Homeopatia uma dessas opções.

No CEMEG São João não existe a EQI e o usuário é recebido para uma consulta com o médico especialista em Homeopatia com agendamento prévio, não sendo necessário encaminhamento obrigatório de um dos profissionais de saúde, o que garante a acessibilidade aos indivíduos possibilitando que cheguem ao serviço e tenham oferta de atendimento com capacidade de resposta as suas necessidades de saúde quando necessitarem, de maneira fácil e conveniente.

Nesses dois locais o agendamento das consultas homeopáticas é realizado presencialmente pelos indivíduos que procuram pelo atendimento na recepção dos referidos equipamentos de saúde. Após a primeira consulta, o paciente já agenda a consulta de retorno antes de deixar a unidade de atendimento, sendo esse período estabelecido individualmente pelo médico homeopata que realizou a consulta, dependendo da necessidade de cada paciente, existindo em alguns casos retorno em 7 ou 15 dias, 1, 2, 3 meses ou mais. Neste estudo, além da consulta homeopática de rotina, que consta de anamnese homeopática, diagnóstico da situação apresentada pelo indivíduo, prescrição de medicamento homeopático e orientação quanto aos hábitos de vida, principalmente em relação à alimentação, sono, importância de atividade física periódica e combate aos vícios, também foram aplicados questionários específicos para as variáveis estudadas, como será descrito nos próximos tópicos. A

aplicação desses questionários foi realizada durante a primeira consulta e apenas nas consultas de 3 e 6 meses após a avaliação inicial, mesmo o indivíduo podendo ter tido mais consultas entre esses períodos escolhidos para avaliação. Nos dois equipamentos de saúde, a duração da primeira consulta foi de 1 hora e das consultas de retorno, 30 minutos, seguindo o habitual para o atendimento homeopático nesses estabelecimentos, não sendo acrescentado tempo extra devido à aplicação dos questionários.

No período do estudo havia apenas uma médica homeopata realizando os atendimentos no CEMEG São João que também atuava no CEMPICS juntamente com mais 3 médicos concursados como homeopatas pela prefeitura de Guarulhos. Foram considerados no estudo apenas os pacientes atendidos pela mesma médica homeopata nos dois locais selecionados, sendo esta, a pesquisadora principal do estudo.

4.3. Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão dos indivíduos para este estudo, foram considerados os seguintes itens:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos, independente da etnia, do gênero, de estar gestante ou não, de ser portador de qualquer diagnóstico;
- Ter iniciado acompanhamento médico homeopático no período de 21 de junho de 2022 a 31 de janeiro 2023 no CEMPICS ou CEMEG São João;
- Não necessitar de auxílio de terceiros para relatar suas queixas e responder aos questionamentos realizados durante o atendimento.

4.4. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão foram considerados:

- Menores de 18 anos;
- Maiores de 18 anos que necessitam de auxílio de terceiros para relatar suas queixas e responder aos questionamentos realizados durante o atendimento;

- Indivíduos que iniciaram acompanhamento médico homeopático antes de 21 de junho de 2022 no CEMPICS ou CEMEG São João.

4.5. População estudada

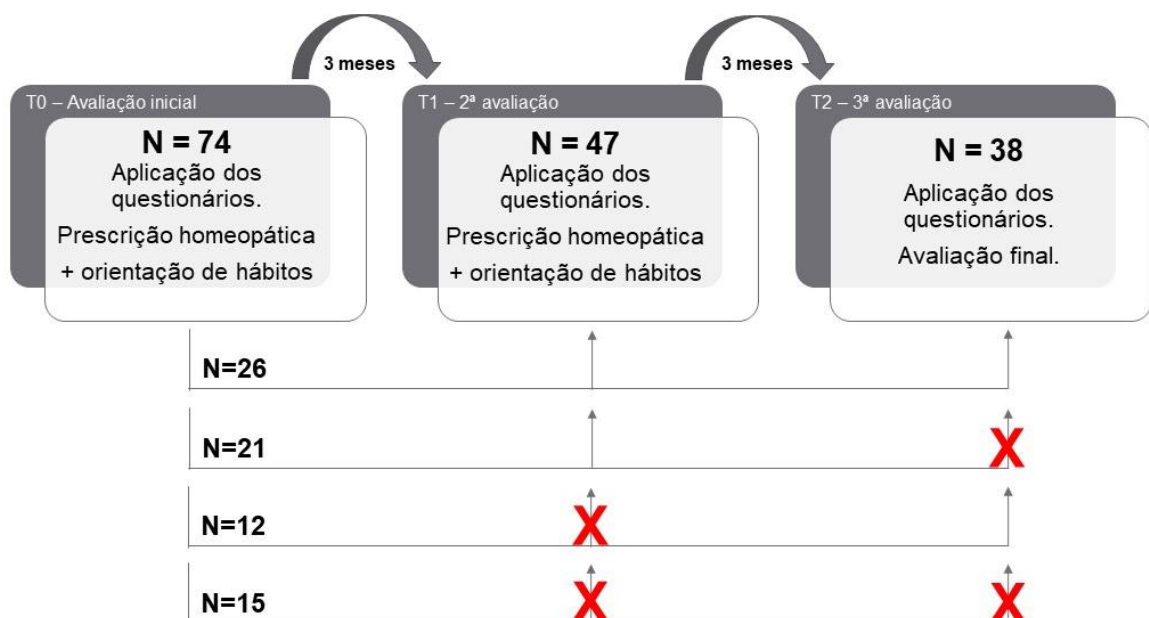
Os indivíduos selecionados tiveram acompanhamento médico homeopático por 6 meses, com avaliação de sua evolução em três momentos: T0 - tempo zero (primeira consulta); T1 - tempo 1 (com 3 meses de acompanhamento), e T2 - tempo 2 (com 6 meses de acompanhamento). Essa avaliação diz respeito a análise de alguns fatores de risco modificáveis para as DCNT, através da aplicação de questionários específicos.

Foram avaliados inicialmente em T0 74 pacientes, sendo que:

- 26 pacientes retornaram em T1 e T2;
- 21 pacientes retornaram em T1 e faltaram em T2;
- 12 pacientes faltaram em T1 e retornaram em T2, e
- 15 pacientes faltaram em T1 e T2.

A **Figura 2** mostra a perda amostral no decorrer do estudo.

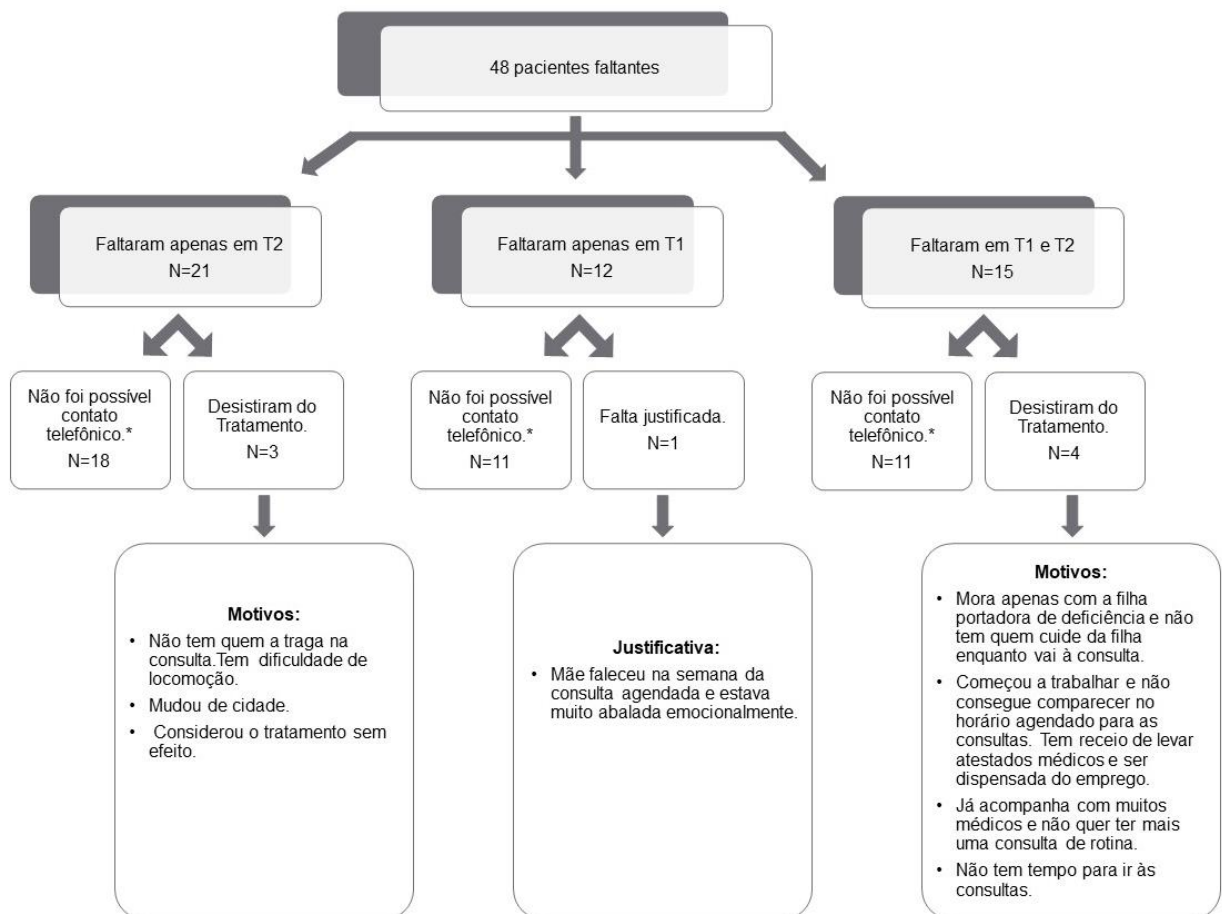
Figura 2: Perda amostral durante o tempo de observação da evolução de pacientes assistidos em equipamentos de saúde de Guarulhos/SP, após o início do tratamento homeopático.



Faltaram, apenas na consulta de 3 meses, ou somente na de 6 meses ou nas duas consultas, 48 pacientes no total, restando, portanto, dos 74 pacientes inicialmente selecionados para o estudo, apenas 26 indivíduos, cujos dados foram considerados para a comparação entre os tempos de monitoramento (T0, T1 e T2), pois estiveram presentes nas 3 avaliações.

Ao final do período proposto para a coleta de dados, isto é, em julho de 2023 (6 meses após a realização da última avaliação inicial), foi feita uma busca ativa dos pacientes que não compareceram às consultas de 3 meses e de 6 meses, através de contato telefônico, por 2 tentativas em dias e horários diferentes, para entender o motivo das faltas. O resultado dessa busca está exposto na **Figura 3**.

Figura 3: Resultado da busca ativa dos pacientes selecionados para o estudo que não compareceram às consultas agendadas em 3 meses (T1) e 6 meses (T2) após a consulta homeopática inicial (T0).



* *Motivos: a ligação foi direcionada para a caixa postal; ninguém atendeu à ligação; foi recebido a mensagem de que o número de telefone não existia; outra pessoa atendeu à ligação, mas não sabia informar sobre o paciente e mesmo sendo solicitado que o paciente retornasse à ligação ao serviço, não ocorreu esse contato.*

4.6. Instrumentos de coleta de dados

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados questionários validados aplicados para cada paciente nos 3 tempos já descritos (T0, T1 e T2). Todos os questionários foram preenchidos pela mesma médica homeopata (pesquisadora responsável pelo estudo) nos 3 tempos de avaliação durante a consulta homeopática. O motivo pelo qual foram considerados neste estudo apenas indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos foi o fato de que muitos desses questionários validados utilizados não contemplam menores de 18 anos em suas descrições.

As variáveis selecionadas para serem avaliadas e os instrumentos utilizados para a coleta de dados estão descritos no **Tabela 1**.

Tabela 1: Variáveis selecionadas com seus correspondentes instrumentos de coleta de dados para a análise dos fatores de risco modificáveis para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em pacientes assistidos em equipamentos de saúde de Guarulhos/SP.

Variável	Instrumento de coleta de dados
Padrão alimentar	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) ^{49,50}
Prática de atividade física	Questionário sobre prática de atividade física
Qualidade do sono	Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI) ⁵¹
Estado emocional (estresse, ansiedade e depressão)	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, versão curta de 21 itens (DASS-21) ⁵²

Vale ressaltar que em T1 e em T2, além da aplicação dos questionários e escalas também foi questionado nos dois momentos se o paciente fez uso de algum outro medicamento, procurou alguma forma de tratamento ou outras terapias devido às questões relacionadas à ansiedade, estresse, desânimo, tristeza ou por problemas com o sono durante o período de estudo para se ter certeza de que não houve, desde

o início da avaliação, qualquer estímulo dessa natureza além do tratamento homeopático prescrito.

Manteve-se, então, a observação da evolução dos pacientes em 3 e em 6 meses após o início do tratamento homeopático, que ocorreu na avaliação inicial (T0), para verificar a influência da terapêutica homeopática na redução dos fatores de risco modificáveis para as DCNT, tanto em relação as orientações de hábitos de vida quanto à ação dos medicamentos homeopáticos em cada situação individualizada.

4.7. Variáveis estudadas

4.7.1. Dados sociodemográficos

Como existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, à prevalência de DCNT e aos seus fatores de risco⁵³, também foram coletados dos pacientes do estudo informações sobre nível de escolaridade, renda familiar e gênero.

4.7.2. Padrão alimentar

Os dados referentes ao consumo alimentar foram coletados por meio de um Questionário de Frequência Alimentar elaborado de acordo com referências na literatura^{49,50,54,55} (**Anexo 1**), possibilitando ao entrevistado informar o número de vezes que consumiu determinado alimento em quatro categorias de frequência: consumo diário (considerando nesse grupo os alimentos ingeridos diariamente ou 3 vezes ou mais por semana), consumo semanal (alimentos ingeridos uma ou duas vezes na semana), consumo mensal e raramente/nunca consome. Os alimentos analisados foram inseridos em 13 grupos, sendo: cereais integrais; cereais refinados e massas; leguminosas; verduras; legumes, raízes e tubérculos; carnes e ovos; leite e derivados; frutas; óleos e gorduras (sendo considerados nesse grupo os alimentos preparados através de frituras e as gorduras saturadas em geral); castanhas e sementes; processados e ultraprocessados; bebidas adoçadas e bebidas alcoólicas.

Como critério de adequação optou-se por considerar:

- Para cereais integrais; cereais refinados e massas; leguminosas; verduras; legumes, raízes e tubérculos; carnes e ovos; leite e derivados; frutas; castanhas e sementes:
 - Consumo adequado: diário;
 - Consumo inadequado: semanal, mensal e raro ou nunca;
- Para óleos e gorduras; processados e ultraprocessados; bebidas adoçadas e bebidas alcoólicas:
 - Consumo adequado: semanal, mensal e raro ou nunca;
 - Consumo inadequado: diário.

Além de verificar a frequência de consumo de cada categoria dos alimentos, foi possível avaliar a possibilidade da influência da renda familiar na escolha desses alimentos por ser incluída nesse questionário pergunta com essa finalidade.

4.7.3. Tabagismo

Pelo tabagismo ser mais um fator relacionado às DCNT, aumentando o risco do indivíduo desenvolver diversas neoplasias, doenças do aparelho respiratório, como enfisema pulmonar, bronquite crônica e asma, e doenças cardiovasculares, incluindo infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral e trombose,⁴¹ os pacientes deste estudo foram questionados, na primeira consulta, quanto ao hábito de fumar cigarros.

4.7.4. Prática de atividade física

A prática de atividade física foi verificada por meio da aplicação de um questionário simples (**Anexo 2**) no qual os indivíduos informavam se praticam algum tipo de atividade física, qual a modalidade, a frequência semanal e a duração da prática em minutos a cada vez que a realizam, não sendo utilizado nesse caso um questionário validado.

4.7.5. Qualidade do sono

Quanto à análise do sono, foi aplicado um questionário internacional previamente validado no Brasil, denominado Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI) (**Anexo 3**). Este questionário é composto por 19 itens agrupados em sete componentes, cada qual pontuado em uma escala de 0 a 3: (1) a qualidade subjetiva do sono; (2) a latência do sono; (3) a duração do sono; (4) a eficiência habitual do sono; (5) as alterações do sono; (6) o uso de medicações para o sono; e (7) a disfunção diurna. Os escores dos sete componentes são somados para conferir uma pontuação global do PSQI, a qual varia de 0 a 21. Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam distúrbio do sono (**Anexo 4**). O PSQI avalia como foi o comportamento do sono do indivíduo no último mês anterior às respostas do questionário, sendo útil para pontuar um desalinhamento do sono, não com o intuito de identificar seus motivos ou indicar possíveis tratamentos.^{51,56,57}

4.7.6. Nível de estresse, ansiedade e depressão

Para avaliar o estado emocional foi utilizada a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, versão curta de 21 itens (Depression, Anxiety and Stress Scale: DASS-21) traduzida e validada para o português do Brasil (**Anexo 5**).⁵² É uma versão curta da DASS-42 (originalmente desenvolvida em língua inglesa com 42 itens), de fácil aplicação em ambiente clínico e não clínico e pode ser utilizada na avaliação de adolescentes e adultos.

A DASS-21 é composta por um conjunto de três subescalas (depressão, ansiedade e estresse), do tipo Likert, isto é, um tipo de escala de resposta psicométrica. Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. Pede-se ao indivíduo que responda às questões com base na última semana (autorresposta). São dadas quatro possibilidades de resposta de gravidade ou de frequência organizadas em uma escala de 0 a 3 pontos, sendo o resultado obtido pela somatória das respostas aos itens que compõem cada uma das três subescalas.

A subescala de depressão avalia sintomas, como inércia; anedonia; disforia; falta de interesse/envolvimento; autodepreciação; desvalorização da vida e desânimo. A de ansiedade avalia excitação do sistema nervoso autônomo; efeitos musculoesqueléticos; ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. A subescala de estresse avalia dificuldade em relaxar; excitação nervosa; fácil perturbação/agitação; irritabilidade/reação exagerada e impaciência.^{52,58}

Os 21 itens avaliados não estão separados por subescala, mas existem 7 itens para cada uma das 3 subescalas (depressão, ansiedade e estresse), não sendo comunicado ao paciente qual item corresponde a cada subescala. Os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 pertencem à subescala de estresse; os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 correspondem à subescala de ansiedade, e por fim, os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 constituem à escala de depressão.

Para o cálculo da pontuação final por subescala é necessário somar os valores de cada subescala e multiplicar por 2 para se ter a correspondência à pontuação da escala original (DASS-42). De acordo com a pontuação final por subescala, tem-se o nível de estresse, ansiedade e depressão do indivíduo avaliado naquele determinado momento, conforme a **Tabela 2**.

Tabela 2: Interpretação da pontuação determinada por cada subescala após a aplicação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, versão curta de 21 itens (Depression, Anxiety and Stress Scale: DASS-21).

Pontuação	Nível de estresse
0 a 10	Normal (N)
11 a 18	Leve (L)
19 a 26	Moderado (M)
27 a 34	Severo (S)
35 a 42	Extremamente Severo (ES)

Pontuação	Nível de ansiedade
0 a 6	Normal (N)
7 a 9	Leve (L)
10 a 14	Moderado (M)
15 a 19	Severo (S)
20 a 42	Extremamente Severo (ES)

Pontuação	Nível de depressão
0 a 9	Normal (N)
10 a 12	Leve (L)
13 a 20	Moderado (M)
21 a 27	Severo (S)
28 a 42	Extremamente Severo (ES)

4.8. Aspectos éticos da pesquisa

Foi exposto aos pacientes que atenderam aos critérios de inclusão o que se pretendia com a pesquisa e como ela pode contribuir para demonstrar o tratamento homeopático como uma possibilidade de auxílio na redução das DCNT. Foi pontuado que a participação do paciente na pesquisa se daria pela sua autorização referente a utilização dos dados fornecidos pelos questionários respondidos, de forma que o anonimato de sua identidade seria completamente resguardado. Após aceitação verbal de participação no estudo e esclarecidas as possíveis dúvidas quanto à pesquisa, cada paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo 6**) com todas as informações de maneira clara e detalhada. A coleta dos dados se iniciou somente após a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santo Amaro (UNISA), sob o número do parecer: 5.469.720, respeitando os termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde (CNS).

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta, os dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel® e, de acordo com a natureza das variáveis, foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos para a análise estatística, com nível de rejeição da hipótese de nulidade de 0,05 ou 5%.

O teste do Qui-quadrado foi aplicado para verificar a possível relação entre a renda familiar e: o nível de estresse, ansiedade e depressão; a qualidade do sono; a prática de atividade física, e a escolha dos alimentos.

Foi utilizado a análise de variância (ANOVA) para comparar os escores no tempo inicial (T0), em 3 e em 6 meses após o início do tratamento homeopático (T1 e T2 respectivamente), em relação à qualidade do sono e o nível de estresse, ansiedade e depressão dos indivíduos estudados.

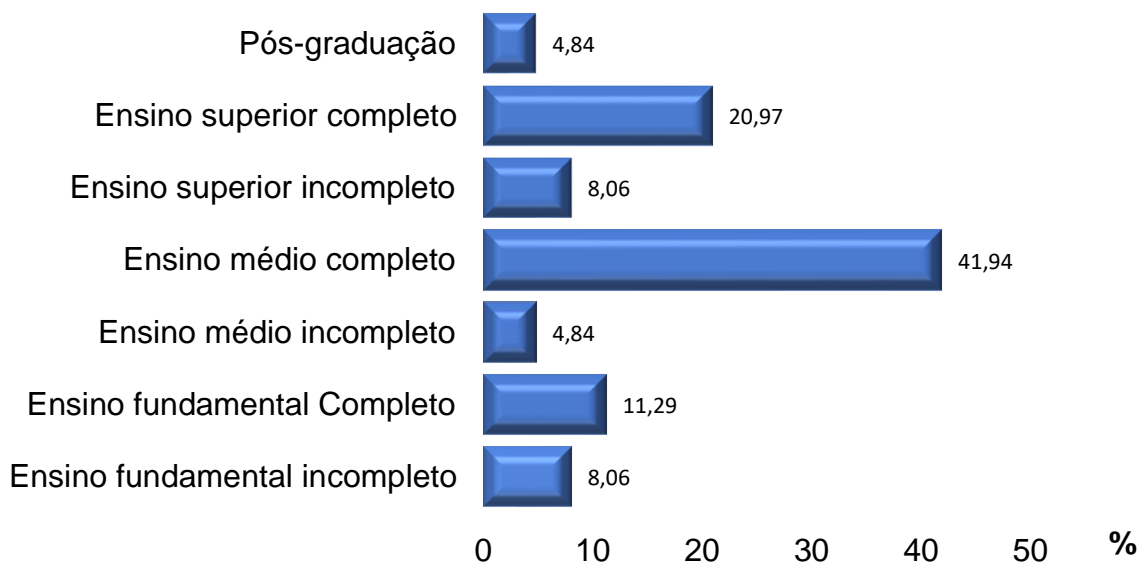
A correlação de Pearson foi realizada para avaliar o grau e a direção da relação linear entre a qualidade do sono e os escores de estresse, depressão e ansiedade.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características sociodemográficas, dos 74 pacientes avaliados inicialmente:

- a maioria eram mulheres (89,19%);
- a idade variou entre 18 e 86 anos com média de 49 anos (DP±13,97);
- aproximadamente 42% referiram ter o ensino médio completo (**Gráfico 1**), e
- em relação à renda familiar, em torno de 53% dos pacientes da amostra têm esta entre 1 e 3 salários-mínimos. Não houve diferença significativa entre renda familiar e condição psicológica (estresse, ansiedade e depressão) ou qualidade do sono, mas para aproximadamente 32% dos indivíduos a renda interfere na escolha alimentar, sendo esta dependente da renda para os que recebem menos de 1 SM e independente para os com mais de 3 SM ($p < 0,0001$).

Gráfico 1: Nível de escolaridade referido pelos participantes do estudo.



De acordo com a literatura, os idosos, os indivíduos de média e baixa renda e com menor nível de escolaridade são os mais acometidos pelas DCNT devido à maior exposição aos fatores de risco.^{37,41} Neste estudo não foi possível fazer essa correlação quanto ao nível de escolaridade por grande parte da população estudada (42%) possuir o ensino médio completo. A maior exposição aos fatores de risco entre os idosos também não foi verificada, pois a média de idade dos indivíduos foi de 49 anos.

Considerando a renda familiar, não foi significativa a relação entre a renda e o nível de estresse, ansiedade e depressão ou entre a renda e a qualidade do sono, mas quanto aos hábitos alimentares observou-se que a escolha alimentar é dependente da renda para os indivíduos que apresentam menor poder aquisitivo, sugerindo que a renda pode interferir na manutenção de hábitos saudáveis acarretando maior exposição da população estudada aos fatores de risco para as DCNT.

Quanto ao padrão alimentar, foi realizada a avaliação da frequência de consumo por grupo alimentar nos 3 momentos do estudo, conforme mostra a **Tabela 3**.

Tabela 3: Qualidade da alimentação, segundo grupos alimentares, dos indivíduos estudados nos 3 momentos de avaliação (T0, T1 e T2).

Grupos alimentares	T0 (N=74)		T1 (N=47)		T2 (N=38)	
	N	%	N	%	N	%
Cereais integrais						
Adequado	11	14,87	8	17,02	7	18,42
Não Adequado	63	85,13	39	82,98	31	81,58
Total	74	100	47	100	38	100
Cereais refinados e massas						
Adequado	68	91,89	43	91,49	36	94,74
Não Adequado	6	8,11	4	8,51	2	5,26
Total	74	100	47	100	38	100
Leguminosas						
Adequado	56	75,68	38	80,85	30	78,95
Não Adequado	18	24,32	9	19,15	8	21,05
Total	74	100	47	100	38	100

Verduras						
Adequado	39	52,70	31	65,96	25	65,79
Não Adequado	35	47,30	16	34,04	13	34,21
Total	74	100	47	100	38	100
Legumes, raízes e tubérculos						
Adequado	48	64,86	33	70,21	26	68,42
Não Adequado	26	35,14	14	29,79	12	31,58
Total	74	100	47	100	38	100
Carnes e ovos						
Adequado	72	97,30	47	100	38	100
Não Adequado	2	2,70	0	0	0	0
Total	74	100	47	100	38	100
Leite e derivados						
Adequado	57	77,03	39	82,98	31	81,58
Não Adequado	17	22,97	8	17,02	7	18,42
Total	74	100	47	100	38	100
Frutas						
Adequado	48	64,86	32	68,09	25	65,79
Não Adequado	26	35,14	15	31,91	13	34,21
Total	74	100	47	100	38	100
Castanhas e sementes						
Adequado	7	9,46	4	8,51	3	7,89
Não Adequado	67	90,54	43	91,49	35	92,11
Total	74	100	47	100	38	100

Óleos e gorduras (alimentos fritos e gorduras saturadas em geral)						
Adequado	30	40,54	28	59,57	29	76,32
Não Adequado	44	59,46	19	40,43	9	23,68
Total	74	100	47	100	38	100
Processados e ultraprocessados						
Adequado	28	37,84	21	44,68	20	52,63
Não Adequado	46	62,16	26	55,32	18	47,37
Total	74	100	47	100	38	100
Bebidas Adoçadas						
Adequado	47	63,51	32	68,09	27	71,05
Não Adequado	27	36,49	15	31,91	11	28,95
Total	74	100	47	100	38	100
Álcool						
Adequado	74	100	47	100	38	100
Não Adequado	0	0	0	0	0	0
Total	74	100	47	100	38	100

O padrão alimentar foi selecionado como variável de estudo com intuito de se verificar a frequência e adequação do consumo de cada grupo alimentar, pelo fato da má alimentação ser bem documentada como um dos fatores de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus e neoplasias.^{54,55} Observa-se uma transição dos principais tipos de câncer, com declínio daqueles associados a infecções e aumento daqueles relacionados a atitudes consequentes da urbanização, tais como alimentação inadequada e sedentarismo, sendo notório o impacto dos hábitos de vida nas neoplasias do aparelho digestivo, considerando os fatores de risco relacionados a neoplasias malignas de cólon, reto e estômago, entre os quais estão a obesidade, o alto consumo de carne processada, a alimentação pobre em frutas e hortaliças, o consumo excessivo de álcool, o tabagismo e a inatividade física.⁴¹

Este estudo enfatizou a escolha dos alimentos pelos indivíduos e não as porções consumidas por grupo alimentar. De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira,⁵⁵ publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde e atualizado em 2014 em sua segunda edição com o intuito de promover a alimentação adequada e saudável que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, os alimentos *in natura* ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, devem ser a base da alimentação. Dessa forma deve-se incentivar o consumo mínimo, ou mesmo a não ingestão, de alimentos processados e ultraprocessados quando se almeja um estado nutricional ideal para a prevenção de doenças crônicas, pois os ingredientes e os métodos de processamento utilizados na fabricação desses alimentos alteram de modo desfavorável a composição nutricional. A adição de sal, açúcar, óleos e outras gorduras, em geral em quantidades muito superiores às usadas em preparações culinárias, transforma o alimento original em fonte de nutrientes cujo consumo excessivo está associado a doenças cardíacas, obesidade e outras doenças crônicas. No caso dos ultraprocessados ainda se tem o agravante de serem formulações industriais nas quais são utilizadas substâncias sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes).

Assim, neste estudo, houve a preocupação em verificar a frequência do consumo de alimentos processados e ultraprocessados e a adequação do consumo de gorduras saturadas de forma geral, e, dentro do possível, alertar os indivíduos durante a consulta homeopática quanto aos malefícios do consumo em excesso desses alimentos, sugerindo a substituição por alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Pelos resultados, observa-se que o consumo de cereais integrais, castanhas e sementes, gorduras saturadas e alimentos processados e ultraprocessados estão fortemente inadequados, demonstrando que a população estudada tinha a escolha alimentar como uma fragilidade no momento da avaliação inicial, sendo um fator de risco para o desencadeamento de DCNT.

Notou-se que, após início do tratamento homeopático, incluindo a orientação quanto à escolha de alimentos *in natura* ou minimamente processados durante as consultas, houve aparentemente aumento na adequação do consumo de gordura saturada e de alimentos processados e ultraprocessados na avaliação com 6 meses

de tratamento. Esses dados podem sugerir que o incremento no atendimento multidisciplinar, no caso com a atuação de profissionais da nutrição, nos equipamentos de saúde, possivelmente acarretaria melhora dos hábitos do paciente, pois esses profissionais são capazes de intervir de modo mais específico nesse contexto comparado a simples orientação durante uma consulta homeopática, tendo-se assim, como possível consequência, a redução de uma parcela de fatores de risco para as DCNT.

A associação do consumo abusivo de álcool com a mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças crônicas, como neoplasias malignas e doenças cardiovasculares também tem sido evidenciada,⁴¹ por isso a frequência do consumo de álcool foi investigada neste estudo, mas verificou-se que todos os pacientes apresentaram frequência de consumo considerada adequada (consumo semanal, mensal, raro ou não consumo) nos 3 momentos de avaliação (T0, T1 e T2).

Também foi observado que apenas 2% dos pacientes na avaliação inicial (T0) referiram ser tabagistas e neste estudo não foi investigado os não fumantes expostos ao tabagismo passivo. A baixa porcentagem de tabagistas verificada nos resultados está de acordo com a literatura, pois é documentado que houve redução relativa da prevalência de fumantes no Brasil nas últimas décadas em função das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco, com queda de 46% no percentual de fumantes no Brasil considerando o período de 1989 a 2010.⁵⁹ Em 2019, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o percentual de adultos fumantes era de 12,6% e, segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), em 2021, esse percentual era de 9,1%.⁶⁰

Em relação à prática de atividade física:

- 67,57% da amostra não realiza qualquer tipo de atividade física;
- o tempo de prática de atividade física, dos indivíduos que praticam (32,43%), variou de 30 a 120 minutos/atividade com média de 59,38 min/atividade;
- a frequência de atividade física variou de 1 a 7 dias, com média de 3,92 dias/semana.

Por ser o sedentarismo ou a atividade física insuficiente um fator de risco modificável para as DCNT, a prática de atividade física também foi selecionada como uma das variáveis estudadas. São bem estabelecidos e reconhecidos os benefícios da atividade física para a redução da prevalência de doenças cardiovasculares,

diabetes, câncer e obesidade e, conseqüentemente, para redução da mortalidade por DCNT.⁴¹ Os resultados demonstraram que a maioria dos indivíduos estudados (67,57%) não realiza qualquer tipo de atividade física e não houve melhora desse panorama mesmo com o incentivo médico durante as consultas homeopáticas, o que mais uma vez sugere a necessidade de uma equipe multidisciplinar, com a presença agora do profissional de educação física, para que se consiga juntar esforços a fim de minimizar os fatores de risco modificáveis para as DCNT nessa população.

Quanto ao sono, o questionário aplicado permite identificar se o indivíduo tem uma qualidade boa ou ruim, ou se o grau de comprometimento é ainda maior, sendo classificado como distúrbio do sono. Na avaliação inicial (T0) 81% dos pacientes apresentavam alteração do padrão de normalidade, isto é, presença de sono ruim ou distúrbio do sono de acordo com o Índice de Pittsburgh.

A qualidade do sono foi escolhida como variável no estudo pela constatação de que a quantidade e a qualidade do sono noturno inadequadas estão significativamente associadas à incidência e prevalência de obesidade e muitas DCNT. A obesidade é outro importante problema de saúde pública, sendo relevante em todos os grupos etários, pois suas conseqüências podem envolver os sistemas nervoso central, cardiovascular e metabólico, por isso é fundamental que se desenvolvam ações para sua prevenção.⁴⁵ Neste estudo foi notória a presença de sono ruim ou distúrbio do sono entre os pacientes na primeira consulta, sendo essa constatação mais um fator de risco para as DCNT na população estudada.

Ainda na avaliação inicial, foi observado que importante parcela dos indivíduos apresentava nível de estresse, ansiedade e depressão severo ou extremamente severo, sendo esses valores respectivamente 33,78%, 28,38% e 27,03%. Por essas condições estarem envolvidas com a patogênese e incidência de DCNT,^{61,62} principalmente em relação às doenças cardiovasculares, supõe-se que essa situação seja mais um fator de risco para as DCNT nessa amostra.

Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos têm demonstrado que há fortes evidências sobre a associação entre a depressão e as doenças cardiovasculares (DCV).⁶² Os efeitos cardiotóxicos dos sintomas depressivos têm sido consistentemente observados, apesar da melhoria contínua em intervenções cardiovasculares, medicamentos e cuidados específicos,⁶¹ por isso é importante o investimento em estratégias de prevenção desse estado emocional, da mesma forma que devem ser combatidas as situações de estresse, pois há evidências de que a

exposição diária à estresse crônico e/ou à trauma psicológico grave também pode elevar o risco de desenvolver e de morrer por DCV.⁶¹ O estresse está associado a maior risco de hipertensão, infarto agudo do miocárdio, arritmogênese e insuficiência cardíaca,⁶³ isso porque ocorrem mudanças no organismo em resposta ao estresse crônico diário sofrido, devido à mecanismos biológicos que podem ser responsáveis pelo aumento da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, reatividade do sistema nervoso autônomo, inflamação, estresse oxidativo e disfunção endotelial que podem estar associados ao desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares.⁶¹

Da mesma forma, a ansiedade ou os distúrbios ansiosos podem influenciar o início ou a progressão das DCV, devido, por exemplo ao fato da ansiedade estar associada à comportamentos de saúde inadequados, como o consumo de tabaco, a ingestão excessiva de álcool, menor atividade física e má alimentação, o que aumenta o risco de DCV. Do mesmo modo que o estresse crônico, o organismo responde ao estímulo causado pela ansiedade através da ativação excessiva do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do sistema nervoso simpático, aumentando a liberação de catecolaminas plasmáticas, resultando em danos endoteliais, levando, em última análise, à aterosclerose, doença arterial coronariana e a possíveis eventos coronarianos agudos.⁶¹ Por esses motivos é importante identificar esses fatores de risco e desenvolver mecanismos para a sua prevenção.

É bem documentado na literatura a abordagem homeopática em quadros mentais, o que vem de encontro com essa necessidade de utilizar instrumentos que auxiliem no equilíbrio psicoemocional dos indivíduos evitando o desenvolvimento de situações que comprometam ainda mais sua saúde. Para exemplificar a atuação da Homeopatia nesse contexto, pode ser citado o estudo realizado em 2008 que relata uma série de casos clínicos de depressão tratados exclusivamente com Homeopatia no Ambulatório de Homeopatia e Transtornos Depressivos no SUS de Jundiaí, mostrando resposta terapêutica, com redução maior que 50% dos escores de depressão em 93% dos pacientes após sete semanas de tratamento, em média, sugerindo que a Homeopatia pode ser uma alternativa terapêutica no tratamento da depressão.⁶⁴ Outro estudo realizado pelo mesmo autor em 2009⁶⁵ indica a não-inferioridade do tratamento homeopático em relação à Fluoxetina (inibidor seletivo de recaptação de serotonina) no manejo da fase aguda da depressão moderada a grave.

Em 2010, Giorgi e colaboradores evidenciaram que o tratamento homeopático resultou em maior taxa de redução da ansiedade após 90 dias de tratamento, comparado com os ansiolíticos convencionais, além de não resultar em efeitos colaterais, o que ocorreu com os medicamentos alopáticos tradicionalmente usados para o controle da ansiedade. Foram analisados dois grupos, um tratado com Diazepam (benzodiazepínico) e outro com medicamento homeopático, tendo-se maior redução da ansiedade no grupo tratado com Homeopatia.⁶⁶ Hernández JCP (2015) também mostra ótima resposta no manejo de transtornos ansiosos e depressivos com a Homeopatia, concluindo que há efeito comparável e mesmo melhor em relação ao tratamento convencional, com menos reações indesejáveis.⁶⁷ Considerando esses efeitos prejudiciais decorrentes do tratamento dos transtornos de ansiedade e depressão pelo uso de medicamentos convencionais, Grimaldi-Bensouda e colaboradores (2016) concluíram, após comparar o uso de psicotrópicos convencionais, o uso regular de medicamentos homeopáticos apenas e o uso misto desses dois tipos de medicamento entre pacientes que procuram atendimento para transtornos de ansiedade e depressão, que além da Homeopatia ter a possibilidade de auxiliar no efeito rebote desses fármacos, os pacientes tratados com Homeopatia, de forma exclusiva ou mista, foram menos propensos a usar psicotrópicos ao longo de 12 meses em comparação com aqueles tratados da forma convencional, e a taxa de melhora clínica foi superior para o grupo tratado exclusivamente com Homeopatia em comparação com aqueles com tratamento convencional.⁶⁸

No presente estudo, utilizando a análise de variância (ANOVA) como teste estatístico, foram comparados os escores obtidos pela aplicação dos questionários na primeira consulta, em 3 e em 6 meses após o início do tratamento homeopático em relação a qualidade do sono e o nível de estresse, ansiedade e depressão dos pacientes estudados (N=26), estando os resultados na **Tabela 4**. Nota-se melhora estatisticamente significativa em relação a essas quatro variáveis, após 6 meses de tratamento homeopático.

Tabela 4: Comparação da qualidade do sono e do nível de estresse, ansiedade e depressão entre os diferentes momentos de avaliação (primeira consulta (T0) e após 3 meses (T1) e 6 meses (T2) desta) dos indivíduos que iniciaram tratamento homeopático nos equipamentos de saúde de Guarulhos/SP de junho de 2022 a janeiro de 2023.

Variáveis	Tempos			Tamanho do Efeito (T0 – T2)	Valor de p
	T0	T1	T2		
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP		
Qualidade do sono	9,1 ± 5,0	4,3 ± 3,2	3,6 ± 2,8	0,98	< 0,001*#
Nível de Depressão	12,8 ± 9,9	2,2 ± 1,7	1,3 ± 0,9	1,0	< 0,035*#
Nível de Ansiedade	13,0 ± 11,0	2,5 ± 2,0	2,4 ± 2,1	0,96	< 0,024*#
Nível de Estresse	21,5 ± 13,0	9,0 ± 6,6	6,2 ± 4,9	1,5	< 0,002*#

Teste de ANOVA, diferença estatística $p < 0,005$. *Comparação entre T0 e T1; # Comparação entre T0 e T2.

Como complemento da análise de variância, o cálculo da proporção de concordância e discordância entre os tempos de avaliação, mostra a proporção de melhora nas quatro variáveis estudadas, como descrito na **Tabela 5**.

Tabela 5: Proporção de melhora na qualidade do sono e no nível de estresse, ansiedade e depressão considerando a evolução dos pacientes da avaliação inicial (T0) até 3 meses (T1) e 6 meses (T2) de tratamento homeopático em pacientes assistidos em equipamentos de saúde de Guarulhos/SP.

Variáveis	Proporção de melhora (%)	
	de T0 para T1	de T0 para T2
Qualidade do sono	70	75
Nível de Estresse	63	86
Nível de Ansiedade	71	100
Nível de Depressão	100	100

É importante salientar que o tratamento não foi direcionado apenas para as queixas em relação ao sono e/ou ao estado emocional, isto é, a escolha do medicamento homeopático mais apropriado para cada caso individualmente, seguiu a Lei dos Semelhantes, que é uma das leis que rege a Homeopatia, considerando-se a totalidade sintomática apresentada pelo indivíduo, sendo esse, outro princípio dessa racionalidade médica.

Também foi verificada a correlação da variável qualidade do sono, considerando as alterações do padrão de normalidade (sono ruim ou distúrbio do sono), com o nível de estresse, ansiedade e depressão após 6 meses de tratamento homeopático (em T2). Essa correlação foi positiva (em forte grau, com $r=0,53$) entre alteração do padrão de normalidade do sono e a presença de ansiedade, como mostra a **Tabela 6**. Também existiu uma fraca correlação positiva ($r=0,25$) entre alterações do sono e nível de estresse. Esses dados mostram que tanto o estresse, quanto a ansiedade, em maior grau, interferem na qualidade do sono, o que, de certa forma, também corrobora com estudos epidemiológicos que mostram que os distúrbios do sono, particularmente a insônia, afetam aproximadamente 50% dos indivíduos com ansiedade.⁴⁶

Tabela 6: Correlação entre a qualidade do sono e os níveis de estresse, depressão e ansiedade dos indivíduos assistidos em equipamentos de saúde de Guarulhos/SP após 6 meses de tratamento homeopático (T2).

Variáveis (score em T2)	Média ± DP	Qualidade do Sono (score em T2)	r	p
Nível de Depressão	1,3 ± 0,9	3,6 ± 2,8	0,03	0,878
Nível de Ansiedade	2,4 ± 2,1	3,6 ± 2,8	0,53	0,005*
Nível de Estresse	6,2 ± 4,9	3,6 ± 2,8	0,25	0,021*

*Teste de Correlação de Pearson. * Diferença estatística $p < 0,005$.*

Pelos resultados obtidos, então, o tratamento homeopático pode ser uma possibilidade para auxílio na prevenção dos fatores de risco para as DCNT, pois foi evidente e significativa a melhora na qualidade do sono e nos níveis de estresse, ansiedade e depressão após 6 meses de acompanhamento médico homeopático individualizado na população estudada.

Apesar da crescente demanda por medicina complementar e integrativa nos últimos anos no Brasil, principalmente por indivíduos com doenças crônicas, poucos estudos avaliaram o efeito desses tipos de tratamentos na qualidade de vida desses pacientes. Um ensaio pragmático, prospectivo, controlado, randomizado e não-cego realizado por Champs e colaboradores, com mulheres tratadas com Homeopatia em ambulatório público de Belo Horizonte, em Minas Gerais, publicado em 2021, mostrou que o tratamento homeopático apresentou impacto positivo na qualidade de vida de mulheres com doenças crônicas após 6 meses de tratamento, com a constatação de uma melhor percepção subjetiva de saúde significativa nos indivíduos tratados com Homeopatia em contraste com os resultados do grupo controle. Essa pesquisa corrobora com outros estudos internacionais não randomizados anteriormente publicados.⁶⁹

Os resultados descritos aqui poderiam ser ainda mais significativos se o tempo de estudo fosse mais prolongado e o número de indivíduos avaliados fosse maior, o que mostra algumas fragilidades do estudo, incluindo o fato de envolver quatro questionários, três deles podendo ser considerados longos, o que deixa a consulta cansativa para o paciente e, também para o médico que aplicou os questionários, tendo-se ainda o viés de recordação que pode ser visto como uma limitação potencial deste estudo. Além disso, os mesmos questionários foram aplicados, pela mesma médica, por 3 vezes (em T0, T1 e T2) no mesmo paciente, que conhecia, portanto, os questionamentos feitos, o que pode também ter influenciado nas respostas. Somado a essas questões, o fato dos 74 indivíduos avaliados inicialmente não estarem presentes ao todo até a avaliação final após 6 meses, também não fortalece as conclusões. Alguns fatores podem ter interferido nessa situação, ressaltando-se que:

- no momento do estudo o atendimento homeopático era oferecido em apenas dois locais do município, que não são de fácil acesso para todos os munícipes ao se pensar em meios de transporte, o que pode ter contribuído para o absenteísmo nas consultas;

- a condição econômica da população pode influenciar tanto no gasto com meios de transporte para o acesso aos equipamentos de saúde quanto na compra do medicamento homeopático, que infelizmente, apesar de existir uma Política Nacional que possibilita a oferta do medicamento homeopático na rede pública, no município de Guarulhos esse acesso ainda é inexistente.

Por essas considerações, nota-se no município dificuldades em relação à acessibilidade, que pode ser conceituada como a capacidade do indivíduo de obter cuidados em saúde sempre que necessitar, de maneira fácil e conveniente, envolvendo aspectos geográficos, organizacionais/funcionais, econômicos e socioculturais. A acessibilidade geográfica diz respeito à distância entre a população e os recursos, podendo ser medida pela distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, pelo tempo de deslocamento do indivíduo, pelo custo do transporte e por outros condicionantes. A acessibilidade organizacional abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade dos indivíduos na utilização deles, incluindo os tipos de serviços oferecidos, os horários disponíveis e a qualidade do atendimento. A acessibilidade econômica envolve as facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento, considerando que a totalidade dos serviços de saúde deveria estar disponível a todos os cidadãos.^{4,14}

As dificuldades encontradas no município de Guarulhos, então, são em relação à acessibilidade geográfica e econômica, e a centralização do atendimento homeopático em apenas dois equipamentos de saúde em um município de grande extensão e a não disponibilização dos medicamentos homeopáticos de forma gratuita são ainda aspectos negativos desse cenário, o que compromete e dificulta a eficácia do tratamento homeopático.

Embora ocorra constante aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em Homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de Homeopatia da rede SUS forneciam medicamentos homeopáticos. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuíam farmácia pública de manipulação.²¹

No serviço público, os medicamentos homeopáticos podem ser manipulados e dispensados por farmácias homeopáticas próprias da rede pública do município, o que

deve ser priorizado, ou, quando inexistentes, podem ser obtidos junto às farmácias homeopáticas situadas em todo o território, mediante processo de licitação específico ou mesmo por convênios feitos entre farmácias homeopáticas da iniciativa privada e as Secretarias Municipais de Saúde, como já acontece em alguns municípios para o atendimento da sua demanda de medicamentos homeopáticos.²⁸

É necessário que haja adequada produção do medicamento homeopático para se alcançar uma terapia homeopática efetiva. Segundo as Leis nº 5.991/1973 e 13.021/2014 a produção desse medicamento é uma atividade exclusiva do farmacêutico, sendo a disciplina de Farmacotécnica Homeopática fundamental para formação de habilidades e competências de farmacêuticos. Pelo decreto nº 1552, de 08 de julho de 1952, se tornou obrigatório o ensino da Farmacotécnica Homeopática em todas as faculdades de farmácia do Brasil. No entanto, essa legislação deixou de ser cumprida a partir de 1960. Dados da ABFH publicados em 2000 mostraram que cerca de 60% das faculdades de Farmácia brasileiras ofereciam disciplinas de Homeopatia.²¹

É imprescindível que haja incentivo público, não somente da iniciativa privada, na formação de profissionais farmacêuticos e médicos que compreendam a importância da Homeopatia na saúde pública, participando ativamente de um processo de atenção integral, possibilitando a redução de custos e promovendo o bem-estar e a saúde da população. Mas, infelizmente, nota-se que os acadêmicos dos cursos de Medicina obtêm nível superficial, ou mesmo inexistente, de informações a respeito da Homeopatia durante a graduação, somado a pouca divulgação de caráter científico sobre a Homeopatia, o que conseqüentemente gera desinteresse na escolha por essa especialidade médica.

A Homeopatia ainda é pouco divulgada e disseminada apesar dos muitos esforços registrados ao longo da história, notando-se falta de informação sobre a racionalidade homeopática, não só na graduação, mas também por parte dos usuários e dos gestores das instituições. Observa-se até hoje, uma atuação muito mais por esforços individuais de profissionais homeopatas do que pelos gestores¹¹. Isso pode ser deduzido pelos resultados de estudos realizados nos últimos tempos, como o publicado em 2009 por Salles e Schraiber⁷⁰ envolvendo 16 gestores dos seis municípios que tiveram a maior produção ambulatorial de consultas em Homeopatia no ano de 2003 em todo país, estando entre eles Rio de Janeiro e São Paulo, mostrando, por exemplo, que tinham a noção de que a Homeopatia é insuficiente para

lidar com situações mais graves ou que exijam respostas imediatas, que poderia, apenas, lentamente promover a melhora dos sintomas. Os gestores ressaltam a falta de informações esclarecedoras sobre os procedimentos homeopáticos, o que limita as possibilidades de utilização da Homeopatia por gerar insegurança, sendo um motivo de resistência para utilização da prática.

Outro estudo publicado em 2013 por Galhardi e colaboradores⁷¹ a respeito do conhecimento dos gestores de saúde do estado de São Paulo sobre a PNPIC corrobora com esse contexto, mostrando que 41% dos gestores entrevistados desconheciam essa Política e 31% a conheciam pouco, o que literalmente prejudica o processo de implementação e regulamentação da atenção homeopática. O desconhecimento da Homeopatia por parte dos gestores é uma realidade atual, não sendo considerada prioridade pela gestão, pois “preferem investir na contratação de médicos para outras especialidades consideradas mais necessárias e resolutivas”.⁴

Sabe-se que os gestores são sensibilizados pelos dados quantitativos, incluindo número de consultas e procedimentos realizados por período de trabalho. A questão do tempo maior de consulta em Homeopatia em relação às consultas das outras especialidades é um fator que dificulta o financiamento de ações na área homeopática pelos serviços de saúde, justamente por esse motivo, mas esse maior tempo para consulta pode ser compensado em termos de custeio, pela redução na despesa com medicamentos por meio da desmedicalização progressiva dos pacientes que ocorre na vigência do tratamento homeopático, na redução da fila de espera das outras especialidades e também na queda do número de internações.

Como o financiamento das ações realizadas pelos serviços de saúde ainda está voltado principalmente para a dimensão quantitativa, é necessário se atentar ao registro correto das consultas homeopáticas no prontuário eletrônico do Ministério da Saúde (e-SUS) ou, em uma etapa anterior, dependendo da dinâmica de cada município, em prontuário eletrônico próprio do município, utilizando-se do código de procedimento 03.09.05.019-7, referente à “Tratamento Homeopático” do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM). Assim, o número de consultas homeopáticas já realizadas nos municípios tornam-se reais para os gestores e como o aumento da demanda, que se observa acontecer com o passar do tempo nos serviços em que a Homeopatia é praticada, a chance de investimentos nessa especialidade se torna palpável. É documentado que atualmente muitos usuários desconhecem a disponibilidade do tratamento homeopático na saúde

pública, mas quando vivenciam o atendimento integral, característico do tratamento homeopático, alicerçado na escuta, na valorização dos sintomas físicos e mentais e, também, nas questões gerais que acompanham ou são as próprias desencadeantes dos problemas de saúde do indivíduo, se tornam os maiores “defensores” dessa prática médica, fazendo com que cresça a demanda pelas consultas homeopáticas.^{4,72}

7. CONCLUSÃO

Pelo impacto positivo que o tratamento homeopático provocou na população estudada, principalmente pela notória melhora na qualidade do sono e nos níveis de estresse, ansiedade e depressão em um curto período, sugere-se que essa terapêutica possa ser utilizada como uma das estratégias para a redução dos fatores de risco para as DCNT.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando ser a Homeopatia um sistema médico de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, favorecendo a continuidade e a efetividade do cuidado, contribuindo para a implementação de ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, que estimula o indivíduo a compreender e lidar com seu adoecimento e sua saúde, além de ser uma prática médica legitimada e ofertada pelo sistema público de saúde brasileiro, através de uma Política Nacional, a PNPIC, sendo coerente com os princípios do SUS, tendo sua prática dentro do que é recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e pela Política Nacional de Humanização (PNH), a Homeopatia deve ser valorizada como opção terapêutica para que possa efetivamente contribuir na integralidade da atenção em saúde. Diretrizes para o atendimento médico homeopático devem ser respeitadas, considerando sua abordagem característica como tecnologia de cuidado, com o tempo de consulta necessário para a escuta ampliada das necessidades de cada indivíduo, seguindo o princípio de equidade, sendo um procedimento essencial a sua prática, que valoriza os sintomas subjetivos e objetivos trazidos pelo indivíduo, sem julgamento ou

interpretações, favorecendo o sucesso da relação terapêutica, na medida em que vai se estabelecendo maior relação de vínculo e confiança.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS, 1998.
2. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte. 2012; 26 (2): 241-50.
3. de Miranda SC, Siqueira KM, Barbosa MA, Medeiros M. Influência da homeopatia na qualidade de vida de seus usuários. Rev. enferm. UERJ. 2005; 13(3): 313-8.
4. Santanna C, Hennington EA, Junges JR. Prática médica homeopática e a integralidade. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2008; 12 (25): 233-46.
5. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos Avançados. 2016; 30 (86): 99-112.
6. Hahnemann S. Ensaio sobre um novo princípio para averiguar os poderes curativos das substâncias medicinais. In: Dudgeon RE, Escritos menores de Samuel Hahnemann. São Paulo: Organon; 2006: 237-82.
7. Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo “Benoit Mure”. Doutrina médica homeopática. São Paulo: GEHSP; 1986.
8. Hahnemann S. Exposição da doutrina homeopática ou Organon da arte de curar. 7 ed. São Paulo: Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo (GEHSP) “Benoit Mure”; 2019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. 2 ed. Brasília; 2015.
10. Salles SAC, Ayres JR. A consulta homeopática: examinando seu efeito em pacientes da atenção básica. Interface comun. saúde educ. 2013; 17(45): 315-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832013005000010>.
11. Nascimento CC, Costa CB, Damasceno CA. Homeopathy in the brazilian public health system in the last 15 years. RSD. 2022;11(7):e35211730123. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30123>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1º Fórum Nacional de Homeopatia: a homeopatia que queremos implantar no SUS: relatório. Brasília; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília; 2007.
14. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013; 66(esp):158-64.

15. Brasil. Resolução CIPLAN nº 4, de 8 de março de 1988. Diário Oficial da União; Poder executivo, Brasília, DF, 11 mar 1988. Seção 1, p. 3996-7.
16. Maffei WE. Os fundamentos da medicina. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1978.
17. Hahnemann S. Doenças crônicas: sua natureza peculiar e sua cura homeopática. 8 ed. São Paulo: Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo (GEHSP) “Benoit Mure”; 2020.
18. Luz MT. A arte de curar versus a ciência das doenças: História Social da Homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis; 1996.
19. Mure BJ. Patogenesia brasileira. São Paulo: Roca; 1999: XI-XXI.
20. Galhardo JER. Livro do 1º congresso brasileiro de homeopatia. Rio de Janeiro: Instituto Hahnemanniano do Brasil; 1928.
21. Corrêa AD, Leite SQM. Ensino da homeopatia na graduação em farmácia: concepções e práticas pedagógicas em instituições do estado do Rio de Janeiro. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2008; 12 (25): 267-80.
22. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de ações em saúde. Política estadual de práticas integrativas e complementares. Nota técnica 02/2019. Orientações para implantação da homeopatia na rede de atenção à saúde. Rio Grande do Sul; 2019.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC. Brasília; 2005.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília; 2006.
25. Barros NF. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. Cienc Saúde Coletiva. 2006;11(3):850.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Farmacopeia Homeopática Brasileira. 3 ed. Brasília; 2011.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2018. Brasília; 2018: 28, 114, 152.
28. Mercucci VL. A implantação da Farmácia da DIR I – SES/SP. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2004. 139p.

29. Faisal-Cury A, Rodrigues DMO. Prevalência e fatores associados ao uso de homeopatia no Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2022; 38(9):e00261821.
30. Boing AC, Santiago PHR, Tesser CD, Furlan IL, Bertoldi AD, Boing AF. Prevalência e fatores associados ao uso de práticas integrativas e complementares no Brasil. *Complemento Ther Clin Pract*. 2019; 37:1-5.
31. Boccolini PMM, Boccolini CS. Prevalência do uso de medicina complementar e alternativa (MCA) no Brasil. *BMC Complement Med Ther*. 2020; 20:51.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS; 2008.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2008*. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf.
35. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude*. 2011; 20(4):425-38.
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.
37. Malta DC, Moura L, Silva Júnior JB. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC. *Epidemiologia & Saúde*. 8 ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2018. 649-99.
38. World Health Organization (WHO). Leading causes of death and disability A visual summary of global and regional trends 2000-2019. Geneva: World Health Organization; 2020. [acesso em 29 out 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
39. Schmidt MA, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011; 4: 61-74.
40. Horton R. Offline: NCDs-why are we failing? *Lancet*. 2017 jul; 390(10092): 346. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31919-0. Citado em Pubmed; PMID 28745593.

41. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil: 2021-2030. Panorama da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados no Brasil. Brasília; 2021. [acesso em 29 out 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view.
42. World Health Organization (WHO). Monitoring Progress on Noncommunicable Diseases 2022. Global report. World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356888/9789240050105-spa.pdf?sequence=1>.
43. Saha A, Alleyne G. Recognizing noncommunicable diseases as a global health security threat. *Bull World Health Organ.* 2018; 96(11): 792-93. doi:10.2471/BLT.17.205732.
44. Sagner M, Katz D, Egger G, Lianov L, Schulz K-H, Braman M, et al. Lifestyle medicine potential for reversing a world of chronic disease epidemics: from cell to community. *Int J Clin Pract.* 2014; 68: 1289-92. doi: 10.1111/ijcp.12509.
45. Chamorro RA, Durán SA, Reyes SC, Ponce R, Algarín CR, Peirano PD. La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad [Sleep deprivation as a risk factor for obesity]. *Rev Med Chil.* 2011 Jul;139(7):932-40. Spanish. Epub 2011 Sep 16. PMID: 22051834.
46. Chellappa SL, Aeschbach D. Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. *Sleep Med Rev.* 2022 Feb;61:101583. doi: 10.1016/j.smrv.2021.101583. Epub 2021 Dec 8. PMID: 34979437.
47. Beltrame SM, Oliveira AE, dos Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate.* 2019; 43(123): 1015-30. doi: 10.1590/0103-1104201912303.
48. Pustiglione M, Goldenstein E, Chencinski YM. Homeopatia: um breve panorama desta especialidade médica. *Rev. Homeopatia.* 2017; 80(1/2): 1-17.
49. Pedraza DF, Menezes TN. Questionários de Frequência de Consumo Alimentar desenvolvidos e validados para população do Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015 set; 20(9): 2697-2720. doi: 10.1590/1413-81232015209.12602014.
50. Slater B, Philippi ST, Marchioni DML, Fisberg RM. Validação de Questionários de Frequência Alimentar - QFA: considerações metodológicas. *Rev. bras. epidemiol.* 2003 set; 6(3). doi: 10.1590/S1415-790X2003000300003.

51. Dutra LL, de Aquino ACN, da Silva EL, Barros LN. Avaliação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh em estudantes de Medicina: uma revisão integrativa da literatura. RSD. 2021 jul; 10(8): e52410817530. doi: 10.33448/rsd-v10i8.17530. [acesso em 12 mar 2022]. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17530>.
52. Vignola RCB. Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil. [Dissertação (Mestrado)]. Santos: Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2013.
53. World Health Organization (WHO). Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization, 2008.
54. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília; 2015. [acesso em 11 mar 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf.
55. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília; 2014. 2 ed. [acesso em 11 mar 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view.
56. Almeida NCN, Imakawa R, Gouvêa MAR, Sanchez TF. Medicina do Estilo de Vida e o Sono: uma análise crítica quanto à qualidade do sono de alunos do curso de Medicina do Sul Fluminense. REAMed. 2021 nov; 1(1). doi: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e8848.2021>.
57. Fonseca DC, Galdino DAA, Guimarães LHCT, Alves DAG. Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. Rev Neurocienc. 2010; 18(3): 294-9.
58. Apóstolo JLA, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). Rev. lat.-am. enferm.. 2006 dez; 14(6): 863-71. [acesso em 12 mar 2022]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2373>.
59. Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. PLOS Medicine. 2012; 9(11): e1001336. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001336>. Acesso em 03 de outubro de 2023).
60. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Observatório da política nacional de controle do tabaco. Prevalência do tabagismo. Brasília; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de->

saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo.

61. Beth E. Cohen, Donald Edmondson, Ian M. Kronish, State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease, *American Journal of Hypertension*, Volume 28, Issue 11, November 2015, Pages 1295–1302, <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>.
62. Shao M, Lin X, Jiang D, Tian H, Xu Y, Wang L, et al. Depression and cardiovascular disease: Shared molecular mechanisms and clinical implications. *Psychiatry Res*. 2020 Jan 21;285:112802. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112802. Epub ahead of print. PMID: 32036152.
63. Segan L, Prabhu S, Kalman JM, Kistler PM. Atrial Fibrillation and Stress: A 2-Way Street? *JACC Clin Electrophysiol*. 2022 Aug;8(8):1051-1059. doi: 10.1016/j.jacep.2021.12.008. Epub 2022 Feb 23. PMID: 35981797.
64. Adler UC, Paiva NM, César AT, Adler MS, Molina A, Calil HM. Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos. *Rev. Psiq. Clín.* 2008; 35(2): 74-8.
65. Adler UC. Eficácia e Tolerabilidade da Homeopatia e da Fluoxetina no Tratamento da Depressão. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2009. 95p.
66. Giorgi MS, Neto LB, Frias AC, Santos CMS. Contribuição da homeopatia no controle da ansiedade e do medo, como prevenção das emergências médicas em odontologia: estudo piloto. *Revista de Homeopatia*. 2010;73(3/4): 17-22.
67. Hernández JCP. Uso de la Homeopatía Unicista en el tratamiento del Trastorno Ansioso Depresivo. [dissertação de mestrado]. Bogotá D.C, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2015. 121p.
68. Grimaldi-Bensouda L, Abenhaim L, Massol J, et al. Homeopathic medical practice for anxiety and depression in primary care: the EPI3 cohort study. *BMCComplement Altern Med*. 2016; 16:125.
69. Champs NS, Lopes JG, Sousa PC, Souza CC, Justo BLT, Dutra DM, et al. Impact of homeopathic treatment on the quality of life of women with chronic diseases: a randomized controlled pragmatic trial. *Homeopathy*. 2021;110:102–7.
70. Salles SAC, Schraiber LB. Gestores do SUS: Apoio e resistências à Homeopatia. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(1): 195–202.
71. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(1): 213–20.

72. Paz FAN, Cunha LKS. Homeopathic treatment offered by the Unique Health System. *Research, Society and Development*. 2021; 10(14): e317101421963.

ANEXO 1

Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA)

Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? () Sim () Não

Quais refeições você faz ao longo do dia?

() Café da manhã () Almoço () Jantar
 () Lanche da manhã () Lanche da tarde () Ceia

A condição financeira influencia em sua escolha alimentar diária? () Sim () Não

Atualmente, em torno de que valor está sua renda familiar? (SM = Salário-Mínimo)

() < R\$ 1.212,00 () de R\$ 1.212,00 a R\$ 3.636,00 () > R\$ 3.636,00
 (< 1 SM) (de 1 a 3 SM) (> 3 SM)

Alimento	Frequência de consumo			
	Diário	Semanal	Mensal	Raro/Nunca
Cereais integrais				
Cereais refinados e massas				
Leguminosas				
Verduras				
Legumes, raízes e tubérculos				
Carnes e ovos				
Leite e derivados				
Frutas				
Castanhas e sementes				
Óleos e gorduras				
Processados ¹ e ultraprocessados ²				
Bebidas adoçadas ³				
Bebidas alcoólicas				

¹ **Processados:** produtos fabricados essencialmente com a adição de sal ou açúcar a um alimento in natura ou minimamente processado, como legumes em conserva, extrato ou concentrados de tomate (com sal e ou açúcar), frutas em calda e frutas cristalizadas, carne seca e toucinho, sardinha e atum enlatados, queijos.

² **Ultraprocessados:** corresponde a produtos cuja fabricação envolve diversas etapas e técnicas de processamento e vários ingredientes, muitos deles de uso exclusivamente industrial. Exemplos incluem biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados para o desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos 'instantâneos', molhos, salgadinhos "de pacote", iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e outros embutidos, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.

³ **Bebidas adoçadas:** refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco em caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar.

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA**

Você pratica algum tipo de atividade física?

() Não

() Sim.

Qual? _____

Quantas vezes por semana? _____

Qual a duração da atividade física? _____

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DO SONO Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI)

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar-se _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos _____

3. Durante o último mês, quando você geralmente se levantou de manhã?

Hora usual de levantar-se _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque:

(a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

() Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana

() 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

() Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana

() 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(c) Precisou levantar para ir ao banheiro

() Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana

() 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(d) Não conseguiu respirar confortavelmente

() Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana

() 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(e) Tossiu ou roncou forte

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(f) Sentiu muito frio

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(g) Sentiu muito calor

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(h) Teve sonhos ruins

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(i) Teve dor

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva _____

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- () Muito boa () Boa () Ruim () Muito ruim

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

- () Nenhuma dificuldade
- () Um problema leve
- () Um problema razoável
- () Um grande problema

10. Você tem um(a) parceiro [espos(a)] ou colega de quarto?

- () Não
- () Parceiro ou colega, mas em outro quarto
- () Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama
- () Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência, no último mês, você teve ...

(a) Ronco forte

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
- () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
- () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
- () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
- () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva

-
- () Nenhuma no último mês. () Menos de 1 vez/ semana
 - () 1 ou 2 vezes/ semana. () 3 ou mais vezes/ semana

ANEXO 4

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI)

Instruções para pontuação

Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono

Examine a **questão 6** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Muito boa	0
Boa	1
Ruim	2
Muito Ruim	3

Pontuação do Componente 1: _____

Componente 2 – Latência do sono

1. Examine a **questão 2** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
< ou = 15 minutos	0
16 a 30 minutos	1
31 a 60 minutos	2
> 60 minutos	3

2. Examine a **questão 5a** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação da **questão 2 e 5a**

4. Atribua a pontuação do Componente 2 da seguinte forma:

Soma	Pontuação
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação do Componente 2: _____

Componente 3 – Duração do sono

1. Examine a **questão 4** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
> 7 horas	0
6 a 7 horas	1
5 a 6 horas	2
< 5 horas	3

Pontuação do Componente 3: _____

Componente 4 – Eficiência habitual do sono

1. Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte forma:

a) Escreva o número de horas dormidas (**questão 4**): _____

b) Calcule o número de horas de leito:

[horário de levantar-se (**questão 3**)] – [horário de deitar-se (**questão 1**)]

c) Calcule a eficiência do sono (%): $[\text{n}^\circ \text{ de horas dormidas} / \text{n}^\circ \text{ de horas de leito}] \times 100$

2. Atribua a pontuação do Componente 4 da seguinte forma:

Eficiência do sono (%)	Pontuação
> 85%	0
75% a 84%	1
65% a 74%	2
< 65%	3

Pontuação do Componente 4: _____

Componente 5 – Distúrbios do sono

1. Examine as **questões de 5b a 5j** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Some a pontuação das **questões 5b a 5j**

3. Atribua a pontuação da componente 5 da seguinte forma:

Soma de 5b a 5j	Pontuação
0	0
1 a 9	1
10 a 18	2
19 a 27	3

Pontuação do Componente 5: _____

Componente 6 – Uso de medicação para dormir

1. Examine a **questão 7** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

Pontuação do Componente 6: _____

Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas

1. Examine a **questão 8** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Examine a **questão 9** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nenhuma	0
Leve	1
Razoável	2
Grande	3

3. Some a pontuação das **questões 8 e 9**

4. Atribua a pontuação do Componente 7 da seguinte forma:

Soma	Pontuação
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 7: _____

As pontuações dos sete componentes são somadas para conferir uma pontuação global do PSQI, a qual varia de 0 a 21.

Qualidade do sono – valor global

Pontuação	Qualidade do sono
0 a 4	Boa
5 a 10	Ruim
> 10	Presença de distúrbio do sono

ANEXO 5

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

Versão Curta (DASS-21): traduzida e validada para o português do Brasil

Instruções:

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2** ou **3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0** Não se aplicou de maneira alguma
- 1** Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2** Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3** Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROTOCOLO: Avaliação do impacto do tratamento homeopático nos fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas não transmissíveis em pacientes de Equipamentos de Saúde do município de Guarulhos.

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária no projeto “**Avaliação do impacto do tratamento homeopático nos fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas não transmissíveis em pacientes de Equipamentos de Saúde do município de Guarulhos**”, do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pela pesquisadora Fernanda Maria Simões da Costa Fujino como Dissertação de Mestrado sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Colombo de Souza.

Justificativa: A prevenção ou a não agravação de muitas doenças estão relacionadas com mudanças nos hábitos de vida e comportamentos. Isto quer dizer que muitos dos fatores que aumentam as chances de desenvolvermos algumas doenças dependem de nossos hábitos e costumes, sendo situações que temos possibilidade de modificar. A homeopatia tem como uma de suas ferramentas, o afastamento dos chamados “obstáculos à cura”, utilizando, para esse fim, a orientação, durante a consulta, sobre hábitos alimentares, rotina de sono, atividade física e vícios, o que também auxilia na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. A pressão alta, o diabetes, os cânceres e as doenças respiratórias crônicas fazem parte desse grupo de doenças, que são consideradas silenciosas, por se desenvolverem ao longo da vida, e responsáveis por muitos óbitos no Brasil. Quando estão presentes fazem com que os indivíduos procurem por um maior número de consultas com médicos especialistas, exames e procedimentos, além de aumentar a necessidade do uso contínuo de medicamentos, sendo, por tudo isso, um grande problema para a saúde pública.

Objetivo: Nesta pesquisa pretendemos avaliar a influência do tratamento homeopático na redução dos fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas não transmissíveis.

Procedimento: Poderão participar da pesquisa indivíduos de todas as etnias e gêneros, gestantes ou não, com qualquer diagnóstico, mas precisam ter idade igual ou superior a 18 anos. Os participantes terão acompanhamento médico homeopático por um ano, correspondendo ao tempo de duração do estudo, com avaliação de sua evolução em três momentos: na primeira consulta, com 6 meses de acompanhamento e depois de 1 ano. Essa avaliação corresponde à aplicação, pelo médico homeopata, de questionários durante a consulta para verificar como está a qualidade da alimentação, o nível de atividade física, a qualidade do sono e o estado emocional do indivíduo, principalmente em relação à ansiedade, estresse e depressão, na primeira

CEMPICS Fracalanza

Rua Santa Filomena, 70 - Vila Augusta, Guarulhos - SP, cep: 07025-140. Tel.: (11) 2408-1366/2087-3751

Comitê de Ética em Pesquisa – UNISA.

Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim das Imbuías, São Paulo - SP, cep: 04829-300. Tel.: (11) 2141-8687

www.unisa.br

consulta homeopática e se houve mudanças com 6 meses e depois com 1 ano de acompanhamento homeopático.

Sua **participação na pesquisa** se dará pela sua autorização referente a utilização, exclusivamente nesta pesquisa, de suas respostas registradas nos questionários, de forma que o anonimato de sua identidade será completamente resguardado e os dados serão somente utilizados para fins científicos.

Desconfortos e riscos: Os riscos da pesquisa são considerados mínimos podendo ser expressos na forma de desconforto ou possibilidade de constrangimento ao responder os questionários, medo de não saber responder ou de ser identificado e cansaço ou vergonha ao responder às perguntas. A qualquer momento o participante poderá deixar de responder as perguntas ou desistir de participar do estudo não havendo nenhum prejuízo no seu atendimento.

Benefícios: Os benefícios são considerados indiretos ao participante, podendo os resultados colaborar com o conhecimento da comunidade científica. A pesquisa contribuirá para demonstrar o tratamento homeopático como uma possibilidade de auxílio na redução das doenças crônicas não transmissíveis.

É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para **esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações** sobre a pesquisa. A pesquisadora responsável é **FERNANDA MARIA SIMÕES DA COSTA FUJINO**, que pode ser encontrada no Centro Multiprofissional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (CEMPICS) Fracalanza, no endereço: Rua Santa Filomena, 70 - Vila Augusta, Guarulhos - SP, cep: 07025-140, Tel.: (11) 2408-1366/2087-3751. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) - Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP - Tel.: (11) 2141-8687.

É **garantida sua liberdade da retirada de consentimento** a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo. As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, **não sendo divulgada a identificação** de nenhum deles.

Não há **despesas pessoais** para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há **compensação financeira** relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

CEMPICS Fracalanza

Rua Santa Filomena, 70 - Vila Augusta, Guarulhos - SP, cep: 07025-140. Tel.: (11) 2408-1366/2087-3751

Comitê de Ética em Pesquisa – UNISA.

Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim das Imbuías, São Paulo - SP, cep: 04829-300. Tel.: (11) 2141-8687

www.unisa.br

Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica **assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais**.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

Fernanda Maria Simões da Costa Fujino

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Nome do participante: _____

Doc. Identificação: _____

Assinatura do participante: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

São Paulo, ____/____/____

Fernanda Maria Simões da Costa Fujino
(pesquisadora responsável pelo estudo)

ATENÇÃO: As páginas sem as assinaturas devem conter rubrica de todos os participantes.

CEMPICS Fracalanza

Rua Santa Filomena, 70 - Vila Augusta, Guarulhos - SP, cep: 07025-140. Tel.: (11) 2408-1366/2087-3751

Comitê de Ética em Pesquisa – UNISA.

Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim das Imbuías, São Paulo - SP, cep: 04829-300. Tel.: (11) 2141-8687

(www.unisa.br)