

MÁRCIA VILHORA MIRANDA

**A HOMEOPATIA NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Projeto de Intervenção elaborado como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (Unasus), em parceria com a Universidade Federal de São Paulo.

Orientadora: Profa. Valéria Calil Abrão Salomão

São Paulo

2016

Sumário

1. Introdução	3
2. Método	5
• Local	
• Público-alvo	
• Ações	
3. Avaliação e Monitoramento	7
4. Resultados esperados	8
5. Cronograma	9
6. Referências bibliográficas	10
7. Anexo 1	11
8. Anexo 2	13

1. Introdução

A saúde pública vem se estruturando no sentido de oferecer à população um serviço de qualidade, contemplando as mais diversas demandas com agilidade e melhor operacionalidade, visando ainda uma ampliação do serviço no que concerne à diversidade de patologias e seus tratamentos disponíveis. Nos dias atuais a sociedade tem se deparado com um aumento do número de casos de doenças crônicas em uma população cada vez mais jovem e os tratamentos alternativos e complementares tem se mostrado bastante benéficos a esses pacientes pela efetividade deles em si, pelo baixo custo, pela redução dos efeitos colaterais quando comparados aos tratamentos convencionais e por visar a integralidade do indivíduo, tratando o doente e não a doença. Neste aspecto, queremos demonstrar com este trabalho a importância do acesso à homeopatia pela população na atenção primária à saúde.

O enfoque da homeopatia na integralidade do ser, oposto do que ocorre na alopatia onde há a fragmentação do cuidado com as muitas subespecialidades, faz com que cada vez mais gestores e também cidadãos comuns tenham interesse em compreender os mecanismos de ação dos medicamentos homeopáticos (Salles e Schraiber, 2009). A homeopatia, em sua singularidade e totalidade, permite um olhar diferenciado ao paciente, que tende a estreitar o vínculo médico-paciente (Santanna, Hennington e Junges, 2008). Encontramos na homeopatia, assim como nas demais terapias complementares, uma ferramenta poderosa que pode se consolidar verdadeiramente como terapia curativa se bem empregada e contextualizada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Temos no cenário atual gestores que conhecem pouco, ou mesmo desconhecem, a política nacional das práticas integrativas e complementares (Barros e Galhardi, 2013). Desde a portaria 971 de 2006, onde foi estabelecido o acesso da população às práticas integrativas, pouco se investiu na ampliação real desse serviço, onde poucos usuários conhecem os tratamentos oferecidos e ainda há resistência da própria classe médica e dos gestores nesta terapêutica. Assim, a população se torna cada vez mais “medicalizada”, muitas vezes desnecessariamente, até mesmo por terem acesso a informações médicas pela internet das quais fazem mau uso, se auto diagnosticando e também se automedicando, prática totalmente recriminada pelas entidades médicas. A responsabilidade do médico no excesso de prescrições também é um fato relevante, pois na sua prática diária muitas vezes sucumbe aos anseios do paciente que chega com um diagnóstico firmado e exigindo encaminhamentos dos mais diversos para exames e especialidades.

Uma parcela crescente da população vem apresentando sinais de adoecimento psicossocial pelo contexto onde estão inseridas, com um conjunto de sintomas e síndromes indefinidas, como ansiedade, depressão, síndrome do pânico entre outras (Lacerda e Valla, 2003). Estes sintomas são denominados por alguns autores de “sofrimento difuso” ou “mal-estar difuso” (Luz, 2001), e constituem grande demanda nos

serviços públicos de saúde, embora não se enquadrem numa categoria diagnóstica na lógica da biomedicina, não sendo, portanto, reconhecidos como doença. Ainda assim, esse mal-estar psicossocial muitas vezes relativizado por alguns profissionais médicos, é responsável pela perda de milhões de horas de trabalho em todo mundo, configurando uma grave crise sanitária.

Neste cenário temos então um desafio: resgatar a boa prática médica, oferecendo tratamento de qualidade e diversificado para os mais diversos casos. As terapias complementares devem ser inseridas na prática diária da Atenção Primária à Saúde como um novo conceito do cuidado integral, onde o paciente é acolhido, avaliado e direcionado a terapias menos agressivas que melhorem sua qualidade de vida e sua percepção de doença, sem negligenciar os protocolos clínicos vigentes. Aí então o cuidado começa acolhendo e aceitando o sofrimento do paciente como real, mesmo que este não corresponda à percepção do médico (Kirmayer, 1988).

Com a iniciativa de alguns médicos homeopatas que oferecem tratamento integral a alguns pacientes psiquiátricos e obtém excelentes resultados (Carvalho, 2014), vislumbramos um caminho, agora inevitável, onde a homeopatia pode ter lugar de destaque, enquanto terapia oficial e reconhecida, se devidamente difundida nos ambulatórios de especialidade, nos Programas de Saúde da Família (PSF) e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como instrumento terapêutico e agregador.

2. Método

Local:

Programa de Saúde da Família, UBS Vila Nova York, zona leste de São Paulo – Capital

Público-alvo e Participantes:

Pacientes da Estratégia de Saúde da Família com doença ou sintomas psiquiátricos recentes, de ambos os sexos, entre 18 e 40 anos, não tratados anteriormente com psicotrópicos, e que tenham demanda para avaliação psiquiátrica. Os participantes serão o médico generalista, o enfermeiro generalista, o médico psiquiatra e o psicólogo do NASF, o médico homeopata e o gestores municipais e da Ubs.

Ações:

1. Triar pacientes com sintomas psiquiátricos pelo médico ou enfermeiro da ESF em consultas regulares, aplicando questionário PHQ (Patient Health Questionnaire, anexo1) para detecção de quatro das cinco condições psiquiátricas mais prevalentes na atenção primária à saúde, quais sejam: depressão, ansiedade, reação ao estresse e abuso e dependência de substâncias psicoativas (anexo 2). Agendar avaliações a partir das queixas clínicas de ordem física ou emocional, de aparecimento recente e que ainda não tenham sido tratadas com medicamentos psicotrópicos. Na suspeita de distúrbio psíquico, oferecer ao paciente tratamento multidisciplinar, abordando a importância do acompanhamento médico regular e da adesão do mesmo ao tratamento sugerido, esclarecendo que a terapêutica homeopática também é uma especialidade médica, que tem grande eficácia e é praticamente isenta de efeitos colaterais.

2. Reagendar nova consulta compartilhada com psiquiatra da equipe NASF para diagnóstico mais preciso da patologia psiquiátrica em questão, avaliando necessidade de intervenção imediata ou não de acordo com a gravidade do quadro clínico. Casos graves ou agudos acompanhar conjuntamente com psiquiatra.

3. Pacientes com menor gravidade que não necessitem de tratamento de urgência, mas que demandem tratamento psiquiátrico e/ou medicação: encaminhar para consulta homeopática agendada via agenda regulada. Esta consulta poderá ser compartilhada com médico generalista da ESF para eventual matriciamento. Feita a abordagem homeopática,

o paciente será medicado e terá retornos entre 1 e 3 meses, estabelecidos conforme gravidade do caso e necessidade de reavaliação.

4. Após consulta inicial, encaminhar pacientes para grupos de apoio psicoterápico com psicólogo do Nasf, onde participarão de atividades interativas semanais, sendo assim inseridos em atividades junto à unidade.

5. Agendar consultas mensais alternadas com enfermeiro e médico da ESF para avaliação do quadro clínico e psiquiátrico. O retorno com médico homeopata será individualizado. Realizar reavaliação após 6 meses, ou seja, após pelo menos três consultas com profissional homeopata, quando será reaplicado questionário PHQ.

3. Avaliação e Monitoramento

Os pacientes acompanhados pelo médico homeopata manterão seguimento regular com a ESF durante todo o processo. Com a finalidade de reduzir a demanda por atendimento psiquiátrico e também o uso de medicação psicotrópica, os questionários serão aplicados mensalmente com o intuito de monitorar sinais de melhora do quadro mental e também possíveis agravações, para que possam ser tomadas medidas adequadas a tempo de evitar a medicalização prematura ou novas avaliações psiquiátricas. Os resultados obtidos serão discutidos em reuniões trimestrais entre os profissionais envolvidos e repassados ao gestor que poderá criar mais espaços nas agendas para atendimentos compartilhados dos casos novos, e incluir na rotina de atendimentos do enfermeiro e médico do PSF as avaliações de saúde mental de maneira regular e preventiva. A demanda por atendimento psiquiátrico será avaliada semestralmente e servirá como termômetro, onde a menor procura indicará um PI eficaz na redução da medicalização e consultas psiquiátricas.

4. Resultados Esperados

Com objetividade e avaliação criteriosa, se espera uma queda na procura por atendimento especializado das mais diversas enfermidades psiquiátricas, quer sejam sintomas antigos ou recentes, de evolução rápida ou lenta, em pacientes jovens ou não, com nível cultural maior ou menor. A homeopatia abre um leque para diversas abordagens das mais diversas patologias; sendo um tratamento eficaz, de baixo custo e praticamente isento de efeitos colaterais, é ferramenta promissora no cuidado integral do paciente com transtorno psiquiátrico.

Com o tratamento homeopático sistemático espera-se melhora da qualidade de vida dos pacientes com promoção da saúde de maneira integral, contribuindo para a disseminação das práticas integrativas no SUS, oferecendo nova opção de tratamento menos agressivo e oneroso e investindo na formação de profissionais de saúde com visão mais abrangente da doença.

5. Cronograma

Atividades

- Aprovação no comitê de ética
- Treinamento da equipe
- Seleção pacientes
- Implantação das ações
- Avaliação dos pacientes
- Avaliação multiprofissional
- Análise de dados
- Apresentação de resultados
- Ampliação do projeto

Prazos

Setembro/2016
outubro/2016
novembro/2016
dezembro/2016
mensal (Jan a jun/2017)
março e julho/2017
julho/2017
agosto/2017
setembro/2017

6. Referências Bibliográficas

ADLER, Ubiratan Cardinalli; PAIVA, Nielce Maria de; CÉSAR, Amarilys de Toledo; ADLER, Maristela Schiabel; MOLINA, Adriana; CALIL, Helena Maria. Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.35, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000200005>.

Acesso em: 11 set. 2016.

CARVALHO, Camila S. C. C.; TOLLA, Bruno R. da; VASCONCELLOS, Mariana C. de; KEDE, Jorge. Homeopatia e psiquiatria. *Revista de Homeopatia*, São Paulo, v.77, n.3/4, 2014. Disponível em: <<http://aph.org.br/revista/index.php/aph/article/view/299/358>>.

Acesso em: 11 set. 2016.

KIRMAYER, Laurence J. Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine. In: LOCK, Margaret; GORDON, Deborah. *Biomedicine Examined*. Netherlands: Springer Netherlands; Kluwer Academic Publishers, 1988.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; Abrasco, 2001.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; BARROS, Nelson Filice de; LUZ, Madel Therezinha. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v.18, n.12, p.3595-3604, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a16v18n12.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

SALLES, Sandra Abrahão Chaim; SCHRAIBER, Lilia Blima. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.195-202, jan, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/21.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

SANTANNA, C.; HENNINGTON, E. A.; JUNGES, J. R. Prática Médica Homeopática e Integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.12, n.25, p.233-246, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1801/180114105002.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

7. Anexo 1

As cinco síndromes mais comuns na Atenção Primária à Saúde (a tabela 5 para avaliação da deteriorização cognitiva, é mostrada para fins ilustrativos, mas não será utilizada para o grupo atendido neste trabalho).

Depressão (Tabela I).

A depressão maior incide em cerca de 9% dos pacientes adultos que procuram um serviço de atenção primária à saúde. O PHQ aborda este diagnóstico com 2 perguntas relacionadas aos sintomas principais da depressão maior com 96% de acerto. Sua eficiência é ainda provada pelo fato de estudos recentes terem confirmado que uma abordagem clínica simples é tão efetiva na detecção de depressão maior quanto uma anamnese psiquiátrica completa. Por outro lado, quando a mudança de humor é menor e devida a acontecimentos vitais recentes, aumenta a taxa de falsos positivos no PHQ, porém, isto é resolvido pelas três perguntas confirmatórias que formam a segunda etapa do questionário, que aumenta a especificidade do PHQ para 94%, mantendo sua alta sensibilidade. Se duas das três questões confirmatórias são positivas e estão presentes por mais de duas semanas, muito provavelmente o paciente tem depressão maior. Naturalmente, o risco de suicídio não é avaliado e isto será feito pelo psiquiatra ou pelo próprio clínico, se devidamente treinado.

Ansiedade (Tabela II).

De modo semelhante ao que ocorre com pacientes deprimidos, a maioria dos pacientes com alguma forma de transtorno de ansiedade procuram os serviços de atenção primária, especialmente em função dos seus sintomas autônomos. Das várias formas de ansiedade somente duas delas são, epidemiologicamente, as mais prevalentes na clínica: a preocupação crônica e os ataques de ansiedade. A triagem é feita por perguntas dirigidas aos sintomas mais comuns nos transtornos de ansiedade, e as questões confirmatórias esclarecem o diagnóstico diferencial, especificando os elementos presentes na queixa do paciente.

Vejamos como funciona o questionário neste caso. A primeira questão caracteriza um indivíduo com ansiedade aguda e sintomas autonômicos. Isto define um ataque de pânico em contraste com uma ansiedade situacional, menos intensa. A segunda questão separa indivíduos que são cronicamente preocupados daqueles que reagem somente a um estresse situacional. Os dois últimos fatores completam o diagnóstico diferencial, e foram projetados para detectar elementos de transtorno de ansiedade que demandam a atenção de um psiquiatra ou de um psicólogo como, por exemplo, comportamento fóbico (evitativo), obsessões e compulsões, condições que não respondem satisfatoriamente aos métodos de tratamento disponíveis numa unidade de atenção primária. Finalmente, a confirmação diagnóstica é feita na segunda parte.

Reações de Estresse (Tabela III).

Há ainda dois tipos adicionais de ansiedade, que são as reações agudas ou crônicas à um estressor conhecido. O diagnóstico aqui é orientado para definir se a reação é relativamente benigna, necessitando apenas de apoio social e farmacoterapia de curto prazo, ou se é uma reação séria (transtorno de estresse pós-traumático) que requer tratamento especializado. Epidemiologicamente, cerca de 12% dos pacientes em uma unidade de atenção primária sofrem de Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), e devem ser encaminhados ao psiquiatra. Esta tabela foi elaborada com bases no questionário de Meltzer-Brody et al.

Abuso de Substância e Dependência (Tabela IV).

Cerca de um paciente em cada cinco que procuram uma unidade de atenção primária está nesta condição. Os critérios utilizados para elaborar este questionário foram baseados naqueles do NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) e do CAGE-AID (Cut down, Annoyance, Guilt, Eye-opener - Adaptated to Include Drugs), adaptados pelos autores do PHQ. As questões confirmatórias, portanto, estão dirigidas tanto para o álcool quanto para drogas, e o paciente que responde positivamente a duas ou mais destas questões muito provavelmente tem uma adição.

Deterioração Cognitiva (Tabela V).

Aproximadamente 5% dos adultos maiores de 65 anos sofre de deterioração cognitiva, percentual que sobe para cerca de 16% quando se tem mais de 85 anos. Por outro lado, cerca de metade dos idosos em instituições asilares sofrem de séria deterioração cognitiva. O MMSE (Mini-Mental State Examination) é o instrumento mais usado para se avaliar o grau de deterioração cognitiva neste contingente humano. Ele também pode ser administrado por um clínico treinado, e leva apenas cerca de cinco minutos para ser completado, sendo muito mais eficiente que perguntar ao paciente ou à família sobre perda de memória do paciente, pois não somente o paciente desconhece seu déficit, como também a família compensa o problema com amor até que a demência se torne moderadamente avançada. A pontuação normal para o MMSE é >27 para idosos >65 anos com nível de escolaridade equivalente ao 2o ou 3o graus. Pontuação <24 sugere demência, embora também possa ser devido à pouca escolaridade ou analfabetismo, desinteresse no exame, ou lesões neurológicas focais. O MMSE apresentado na tabela V é uma adaptação de Anderson et al.

8. Anexo 2

Questionário PHQ (Patient Health Questionnaire)

Tabela I: Depressão (vide anexo 1)

Triagem	<ol style="list-style-type: none">1. Você tem se sentido desanimado, deprimido, ou desesperançado desde o mês passado?2. Você está preocupado pela falta de interesse ou prazer em fazer as coisas?
Confirmação	<ul style="list-style-type: none">• Alteração do apetite• Distúrbio do sono• Alteração da autoestima (desvalia, culpa)

Tabela II: Ansiedade (vide anexo 1)

Triagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Você tem ataques súbitos ou inesperados de ansiedade ou nervosismo? 2. Você se sente tenso, preocupado ou estressado com frequência?
Confirmação	<ul style="list-style-type: none"> • Ataque agudo de sintomas autônomos (dor no peito, palpitações, respiração ofegante, tremor, suores, rubores, náuseas) • Presença de ansiedade ou preocupação crônicas (pessimismo) • Evitação de lugares ou situações devido a ansiedade ou preocupações • Presença de obsessões ou compulsões
DSM-IV Transtornos de Ansiedade	
Transtorno de Pânico	Espontâneos ou múltiplos ataques de pânico > ansiedade crônica
Pânico com Agorafobia	Múltiplos ataques de pânico = evitação frequente > ansiedade crônica
Ansiedade Generalizada	Ansiedade crônica ou preocupação > evitação > ataques de pânico
Fobia Social	Evitação > ansiedade crônica = ataques de pânico (situações sociais)
Transtorno Obsessivo-compulsivo	Obsessões e/ou compulsões > ansiedade crônica > ataques de pânico (ansiedade e pânico geralmente relacionados a conteúdos obsessivos)

Tabela III: Reações de estresse (vide anexo 1)

Triagem	<ol style="list-style-type: none">1. Você tem atravessado algum período significativamente estressantes nos últimos 6 meses (ou desde sua última visita)?2. Você enfrentou em sua história algum evento potencialmente ameaçador à sua vida tais como catástrofes naturais, um grave acidente, violência física ou sexual, combate militar, ou abuso infantil?
Confirmação	<p>Desde sua experiência com o (estresse/evento), v. se sente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Facilmente atemorizado?• Zangado ou irritável?• Emocionalmente <i>anestesiado</i> de seus sentimentos?• Tendência a reações físicas quando recorda o evento?

Tabela IV: Abuso de substância e dependência (vide anexo 1)

Triagem	
Álcool	<ol style="list-style-type: none"> 1. Com que frequência você usa bebidas alcoólicas? 2. Nos dias em que você bebe, quantos drinks você toma em média?
Drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Você usa medicamentos com frequência para: <ul style="list-style-type: none"> • Relaxar ou aliviar o estresse? • Acalmar seus nervos? • Controlar sua dor? • Ficar “alto”? 2. Nos dias em que você usa medicamentos ou drogas por essas razões, que quantidades você costuma usar (ex.: número de comprimidos, quantia gasta em dinheiro?)
Bebedor Pesado (critérios do NIAAA)	<p>Adultos homens: bebe >14x/semana ou >4x/dia, >1x/semana Adultos mulheres: bebe > 7x/semana ou >3x/dia, >1x/semana Adultos idosos \geq65 anos: bebe > 7x/semana ou >2x/dia, >1x/semana</p>
Uso Problemático de Drogas	<p>Drogas compradas ilegalmente: >R\$120/semana ou R\$30/dia, mais de uma vez/semana (*)</p> <p>Medicamentos: uso exagerado da receita, uso de outras receitas, compra de medicamentos sem prescrição (**)</p>
Confirmação (critérios do CAGE-AID)	<ul style="list-style-type: none"> • Esforços para cortar a bebida ou a droga? • Perturbado por pessoas que o/a criticam por beber ou usar drogas? • Sente-se culpado (a) por usar álcool ou drogas?

	<ul style="list-style-type: none">• Bebe logo ao acordar ou usa drogas para firmar seus nervos, livrar-se de uma ressaca, ou aliviar sintomas de abstinência?
(*) Valores aproximados convertidos em Reais	

(**)Requer adaptação para o Brasil, já que venda medicamentos sem prescrição são relativamente rotineiro no Brasil.

Tabela V: Deterioração cognitiva (vide anexo 1)

Exame do Estado Mental (MMSE)	
Orientação: mês, data, ano, estação, dia da semana (1 PONTO CADA) >	5 pontos
Cidade, estado, país, onde está no momento e a localização (1 PONTO CADA) >	5 pontos
Registrar: Repetir 3 palavras faladas pelo examinador (bola, gato, menino)	3 pontos
Recordar (após 5 minutos ou final do exame): Repetir as mesmas 3 palavras	3 pontos
Atenção/concentração: o paciente faz subtrações em sequências subtrai 7 de 100 em sequência (93, 86, 79, 72, 65) ou soletra “marte” de trás para a frente (e-t-r-a-m)	5 pontos
Linguagem: o paciente repete “não se, e, ou porém”	1 ponto
Nomear 2 objetos comuns apresentados pelo examinador (1 PONTO CADA)	2 pontos
Siga um comando em 3 passos (1 PONTO CADA)	3 pontos
Escrever uma frase	1 ponto
Leia a frase abaixo e faça o que ela diz: <FECHE OS SEUS OLHOS>	1 ponto
Construção: o paciente copia o desenho abaixo: <DOIS PENTÁGONOS ENTRELAÇADOS>	1 ponto

TOTAL	30 pontos
-------	-----------