

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
Facultad de Ciencias Médicas
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud

GIOVANO DE CASTRO IANNOTTI

**DEL IMPACTO DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) EN
BELO HORIZONTE, BRASIL.**

DOCTORADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Ciudad de Córdoba
2008

Dirección

Prof. Dr. Luis Santos Spitale

Co-Dirección

Prof. Dra. Elza Machado de Melo

Comisión de Seguimiento de Tesis

Prof. Dra. Alicia Ruth Fernandez

Prof. Dr. Juan Brunetto

**La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de
esta Tesis.**

Dedicado

Al Popolo, ai parenti, ai fratelli, ai amici.

A los *usuários* del SUS.

Al futuro representado por Ian, Bárbara y Rafael.

A los de la Escuela, maestros de los del Instituto.

A mis padres y hermanos.

A Galileo y a Giordano Bruno

A Gustavo P. Cordera

A Roca y a Orgaz

Este trabajo es de Luisa.

Agradecimientos

A Luisa Mello por hacer todo eso posible.

A la Comisión de Seguimiento de Tesis

Al Prof. Dr. Juan Brunetto por el cuidado con los datos clínicos.

A Antônio Carlos G. da Cruz y a todos del IMH.

A todos los que me alentaron, escucharon, leyeron y ayudaron.

A la UFMG en la persona de la Dra. Elza Melo.

A la Secretaria Municipal de Salud de Belo Horizonte, en la persona del Dr.
Helvécio Magalhães.

ÍNDICE

Comisión de Seguimiento de Tesis	2
ÍNDICE	9
RESUMEN	11
SUMMARY	13
Capítulo I – Introducción	15
I.A) Los Sistemas de Salud	17
I.B) El Sistema de Salud de Brasil.....	19
I.B.1) El Sistema Único de Salud	19
I.B.2) Programa Salud de la Familia.....	22
I.C) La Formación Médica	26
I.C.1) Especialistas en Salud de la Familia	27
I.C.2) Especialistas en Homeopatía	28
I.D) La Eficiencia en la Resolución de los Problemas en el SUS	33
I.E) Objetivos.....	34
Capítulo II – Material y Método	35
II.A) Descripción	36
II.B) El Cómputo de los Datos	42
II.C) Modelo de Encuesta.....	44
II.D) Modelo de Consentimiento Informado.....	46
II.E) Modelo Simplificado de Ficha de Producción de Homeopatía.....	47
II.F) Modelo Simplificado de Ficha de Producción de Salud de la Familia	47
Capítulo III – Resultados	48
III.A) Resultados de las Entrevistas.....	49
III.B) Resultados de las Encuestas.....	66
III.C) Resultados de la Producción de los Profesionales	82

Capítulo IV – Discusión.....	84
IV.A) El Cuestionario	86
IV.B) La Producción.....	96
IV.C) Las Entrevistas	98
IV.C.1) Las Impresiones del Campo	101
IV.C.2) Pacientes de Salud de la Familia	102
IV.C.3) Pacientes de Homeopatía	115
IV.C.4) Gestores	129
IV.D) Posibles Explicaciones para los Resultados (o donde el alcance de la investigación se podría hacer explicativo)	142
IV.E) Resultados de Investigaciones de la Misma Naturaleza.....	142
IV.E) Conclusiones	145
Capítulo V – Bibliografía	146

RESUMEN

Esta Tesis, cuali-quantitativa, de alcance explicativo, presentada descriptivamente, buscó saber si la especialidad de los médicos, fuera ella Homeopatía o Salud de la Familia, impactaba en la resolución de problemas de Atención Primaria de la Salud (APS) en Belo Horizonte. Brasil creó su sistema nacional de salud, llamado Sistema Único de Salud (SUS) en 1988, universalizando la atención a la salud bajo los principios de integralidad, gratuidad, equidad, descentralización, capacidad de resolución y participación popular. Desde su creación, se han probado algunos modelos de atención que permitieran cumplir con los principios y objetivos legales; en 1994 el Gobierno Federal adoptó el Programa Salud de la Familia (PSF) como modelo de atención, el cual fue designado como eje estructural del SUS por la XII Conferencia Nacional de Salud (CNS) en 2003. El PSF es un modelo multidisciplinario de atención que trabaja con una población limitada asignada a cada equipo de salud que actúa en una Unidad Básica de Salud (UBS); en 2005, 61,1% de los habitantes de Brasil (103.976.897 personas) estaban vinculados a alguno de los 24.872 equipos existentes. El médico que actúa en APS en Brasil es conocido como generalista y la formación ideal de los generalistas es tema de extensos debates gubernamentales y académicos y de severas críticas de las CNS. En la ciudad de Belo Horizonte, por determinación legal, además de los médicos de PSF, varios de ellos especialistas en Salud de la Familia, hay médicos especialistas en Homeopatía actuando en el nivel primario de atención en las UBS, aunque no haya oficialmente homeópatas en el cargo de médico de equipo de PSF. Los gestores de salud pública utilizan el Índice de Resolución de Problemas (IRP) para medir el desempeño de los médicos, o sea, la proporción de pacientes atendidos y no derivados. Para medir la resolución de problemas en APS la presente Tesis consideró el IRP incompleto, si bien, útil, y lo asoció a otros instrumentos con el objetivo de saber si la especialidad del médico de APS es un factor independiente. Dividió la investigación en dos núcleos, uno de gestores y otro de pacientes (*usuarios*). La visión de los gestores se midió con el IRP calculado con datos de la Secretaría Municipal de Salud (SMS), la cual

informó el número de consultas, de derivaciones y de exámenes de radiología y de laboratorio de cada médico seleccionado al azar y con 5 entrevistas en profundidad realizadas a gestores claves. El núcleo de pacientes fue estudiado con 482 encuestas estructuradas y con 37 entrevistas abiertas y en profundidad con criterio de saturación. Se analizaron 217.963 consultas de 14 homeópatas y 67 especialistas en Salud de la Familia entre 01 de julio de 2006 y 30 de junio de 2007. El ÍRP fue, respectivamente, 1,7 y 9,7 con proporción de solicitud de Rx en 0,20% y 4,8% y de laboratorio 1,20% y 15,40%; las entrevistas mostraron que todos los gestores consideran el PSF un gran avance y la Homeopatía como un hecho positivo para el SUS. Dos gestores del SUS dijeron que, después de iniciaren el tratamiento homeopático, los pacientes mejoran sus relaciones con la UBS y su autorresponsabilidad. En las encuestas se encontró que más pacientes de Homeopatía consideran que sus médicos preguntan más en detalles sobre la familia, antecedentes, forma de vivir, miedos, sueños y deseos y que pacientes de Salud de la Familia cambiarían de médico si pudieran con mayor frecuencia. En las entrevistas, los pacientes de Salud de la Familia hicieron comentarios algo negativos sobre sus tratamientos, mientras que los de Homeopatía se destacaron por mostrarse activos e involucrados en sus tratamientos. Fueron propuestos aspectos relacionados a los modelos paradigmáticos de salud, a la formación médica y a la iatrogenia, como posibles explicaciones para los hallazgos de la investigación. Se consideró que la asociación de varias metodologías, cuyos resultados fueron coincidentes entre sí, dio más validez a las conclusiones. Se hicieron conclusiones de alcance descriptivo y se han propuesto caminos para futuros estudios comparativos, con consideraciones sobre la posibilidad de comparación de las muestras.

SUMMARY

This quali-quantitative Doctoral Thesis, of explanatory scope, has the objective to know if physician's specialties – be it Homeopathy or Family Medicine – impacted the resolution of problems in Primary Health Care (APS) in the City of Belo Horizonte (Brazil). Brazil created its National Health Care System (Sistema Único de Saúde – SUS) in 1988. The program universalized care and was legally required to be of broad spectrum; provide free and equal service; be decentralized; have problem-solving capacity and popular participation. From its inception, different care approaches have been tried in order to fulfill the required legal ordinances. In 1994 the Federal Administration adopted the Family Health Program (PSF) as the standard model of care. At the XII National Health Conference (CNS) in 2003, the PSF was designated as the main structural element of the SUS. The PSF adopts a multidisciplinary care approach and has a model where each health care team works with a pre-assigned number of patients. Each one of these cells is called Basic Health Care Unit (UBS). In 2005 61.1% of the Brazilian population (103,976,897 individuals) was connected to one of the 24,872 teams. The physician who works at the APS is known in Brazil as a General Practitioner (GP), whose training is the subject of extensive governmental and academic debate. The training is also theme of severe criticism at the CNSs. In the city of Belo Horizonte, local laws require that UBS have, besides PSF physicians (many of whom are specialized in Family medicine), homeopathic doctors working at the primary care level. Public health managers use the so-called Problem Solving Index (PSI), which is the number of patients who were not forwarded to other health care units for treatment, as the standard to assess physicians' performance. To measure the problem solving ability of APS, the study considered the PSI incomplete, but useful, and associated it to other tools in order to measure if the specialty of physicians working in APS was a stand-alone variable. The research had two main focus of investigation: one on managers, and the other on patients (users). Managers' assessment was measured using PSI data from the Municipal Health Secretary (SMS), and contained the number of cared and forwarded patients; and the number of radiological and laboratorial exams requested by each, randomly chosen, physician. The data was

complemented with 5 in-depth interviews performed with key health care managers. Patients' perspective was evaluated using 482 researcher-administered surveys and 37 in-depth interviews with saturation criteria. A total of 217.963 medical examinations from 14 homeopaths and 67 Family Medicine specialists, performed from the 1st of July 2006 and June 30th 2007, were analyzed in the research. The PSI was, respectively, 1.7 and 9.7 with a percentage of X-rays request of 0.20% and 4.8% and lab requests of 1.20% and 15.40%. Interviews showed that all managers consider PSF to be a major advancement in care and that homeopathy has a positive effect for SUS. Two managers stated that Homeopathy is more effective than allopathy to APS and that, after starting homeopathic therapy patients had an improvement in their relationship with UBSs and in their self-reliance. The interviews revealed that a significant higher difference number of Homeopathy patients think that their physicians ask more questions about family, medical history, lifestyle, fears, dreams and wishes. It also pointed that more patients of Family Medicine would change doctors, if possible. The interviews demonstrated that Family Medicine patients were less satisfied with the results of problem solving and that Homeopathy patients had a more active and engaging attitude towards their treatment and that they were more enthusiastic about their doctors. Aspects related to paradigmatic health models, medical training and iatrogenesis were considered as possible explanations for the findings of this research. It was inferred that the association of different methodologies, all of which produced corroborating results, gave more validity to the conclusions of the study. The conclusion of this Doctoral Thesis is that Homeopath physicians – compared to Family Medicine physicians – had a better problem solving ratio. It showed that, compared to patients treated by Family Medicine specialists, patients treated by Homeopaths had a higher perception that their health problems had been solved. According to the research, in the city of Belo Horizonte, physicians' specialty has an impact on the solving of problems on Primary Health Care (APS).

Capítulo I – Introducción

Esta Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía busca el conocimiento sobre el impacto de la especialidad de los médicos de Atención Primaria de la Salud en la resolución de los problemas presentados por los pacientes. Brasil ha optado, desde la década de los 80, por priorizar la Atención Primaria de Salud (APS) y está perfeccionando los mecanismos para llevar adelante esa tarea. Muchos caminos han sido recorridos en ese tiempo y, aunque muchos se hayan mostrado callejones sin salida, varios están dando pruebas de ser eficientes. El tema de la especialidad ideal para el médico de APS, llamado generalista, es fundamental para el sistema público de salud y es, entre otros, un debate abierto en Brasil. De ahí la importancia del presente estudio que puede influenciar directamente políticas de Estado y de Gobierno.

La conferencia de la Organización Mundial de la Salud de Alma-Ata ⁽¹⁵²⁾ definió la APS como:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

Esa es la definición adoptada por el sistema público de salud de Brasil, llamado Sistema Único de Salud y por considerable parte de los sistemas de salud de los países signatarios de la Declaración de Alma Ata. Cada expresión de esa definición tiene importancia en el desarrollo del presente trabajo (destacadamente: métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, costo soportable y espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación) pues muchas explicaciones posibles a lo que se descubrió

están en función de los conceptos señalados.

I.A) Los Sistemas de Salud

Inserido en las luchas sociales por un estado de bien estar social, el siglo XX, sobretodo su segunda mitad, ha atestiguado la creación de sistemas nacionales de salud en varios países, impulsados por los principios de salud pública. Los sistemas son muy heterogéneos, pero tienen varios puntos en común; sobre ello, Zurro y Perez ⁽¹⁹⁹⁾ han escrito:

“En todos los países occidentales el sistema sanitario, sus problemas y sus posibles transformaciones, es uno de los temas prioritarios del debate político y social. Además de las reformas sanitarias de España, Italia y Portugal que empezaron a finales de los años setenta y primera mitad de los ochenta, en Países Bajos, Alemania, Estados Unidos y Reino Unido se han introducido medidas que han modificado o modificarán sustancialmente las relaciones de los ciudadanos con sus servicios de salud.”

Los autores citados se preguntan cuáles son las cuestiones actuales en las discusiones sobre la política sanitaria. Para ellos, en Europa por lo menos, las cuestiones puestas en la mesa de discusiones son, entre otros ⁽¹⁹⁹⁾:

- calidad de la asistencia;
- características científicas y técnicas de la atención médica;
- grado de confortabilidad y personalización;
- eficiencia económica;
- adecuación de los avances tecnológicos, su costo, su disponibilidad y su prioridad;

Todas esas cuestiones mencionadas están en la pauta de los que discuten salud pública también en Brasil y, seguramente, en todo el mundo. Para la investigación que ahora se reporta, todas son de relevancia. La aplicabilidad de las discusiones que se llevarán a cabo en el presente texto en otras realidades nacionales puede no ser inmediata, pero seguramente algunas enseñanzas se pueden sacar para adaptarlas a otras características. Zurro y Pérez dicen, todavía:

“Las comparaciones entre países pueden ser engañosas, ya que el sistema de cada uno es el resultado de una larga evolución histórica y de sus propios valores y factores culturales, sociales, políticos y económicos. Sin embargo, y con todas estas cautelas, del estudio de las características y de las variaciones de los sistemas de salud y de sus resultados, pueden extraerse lecciones que permitan conocer más y mejorar la propia situación.

La forma de ejercicio o práctica profesional también varía. Existen médicos que trabajan aisladamente en su propia consulta, grupos de médicos que trabajan conjuntamente en un mismo local y médicos que trabajan junto a otros profesionales de la salud (enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros) en un centro generalmente público y con responsabilidad sobre una población definida (centros de salud). De cualquier forma, la tendencia en todos los países es a agruparse para aprovechar las economías de escala tanto a nivel de utilización de recursos y tecnología como de intercambio científico y garantía de calidad.”

Brasil es uno de los países que ha optado por crear un sistema agrupado, basado en la experiencia internacional y en su propia historia, en el cual los médicos son partes de un equipo multidisciplinario.

En el territorio de Latino América, Costa ⁽⁴⁸⁾ y Silva Junior ⁽¹⁷²⁾ identifican mucha desigualdad en el desarrollo de los debates acerca de la construcción de de los servicios de salud. Específicamente analizan los casos de producción de Ecuador, México, Venezuela, Argentina y Brasil, señalando que el caso brasileño pareciera ser el único a demarcar la formación del campo científico de la Salud Colectiva capaz de conectar áreas que se encuentran aisladas en otros países:

- producción del conocimiento;
- elaboración de política pública;
- expresión corporativa de los sanitaristas.

El estudio no menciona el caso cubano, cuyos logros del Sistema Nacional de Salud son parte de la tarjeta de visitas de aquél País ⁽¹⁶¹⁾ y hechos reconocidos globalmente ⁽¹⁴⁶⁾ sirviendo de inspiración y paradigma para otros sistemas o directamente como producto de exportación de la Isla ⁽¹⁸⁷⁾.

Exceptuando el caso cubano, el brasileño merece destaque en el contexto

de los países subdesarrollados de occidente.

I.B) El Sistema de Salud de Brasil

Brasil tuvo las primeras experiencias sanitarias significativas a comienzos del siglo XX, con aisladas, polémicas y autoritarias campañas de vacunación ^(126, 133), pasó por incipientes intentos de pensar la salud colectiva, atendiendo los obreros (debiendo decirse, con objetivos económicos y no sociales), y por el movimiento sanitario y llegó al año de 1988, cuando se promulgó una nueva Constitución, que creó el SUS. En ese período, Brasil probó varios modelos de atención médica y de atención de la salud ⁽¹²⁶⁾. Sin embargo, todos ellos fueron relativamente efímeros y tuvieron pobres resultados desde el punto de vista de la colectividad.

I.B.1) El Sistema Único de Salud

En los años 1960 y 1970, floreció en Brasil el movimiento por la reforma sanitaria, surgido en las facultades de medicina, formado por estudiantes y profesores; sobre todo ligados a los Departamentos de Medicina Preventiva y Social e inspirado en congéneres internacionales. Ese movimiento ganó fuerza y notoriedad pocas veces vistas en la historia del País, incluso cuando hablamos de otros sectores socialmente organizados. La culminación de ese momento histórico y de los cambios que ocurrían fue la realización de la VIII Conferencia Nacional de Salud, en 1986. Esa fue una reunión diferente de las que la precedieron por su cuño democrático, con gran poder de convocatoria y por las evidentes consecuencias que se siguieron. Mendes ⁽¹³³⁾ expuso así el corolario de la VIII Conferencia Nacional de Salud (CNS):

“La VIII Conferencia Nacional de Salud, que tuvo desdoblamiento inmediato en un conjunto de trabajos técnicos, desarrollados por la Comisión Nacional de la Reforma Sanitaria, pasó, con su doctrina, expresa en su redacción final, a constituirse en el instrumento que vendría a influir de forma determinante en dos procesos que se iniciaron, concomitantemente, en 1987: uno, en el Ejecutivo, la

implantación del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud, el SUDS; otro, en el Congreso Nacional, la elaboración de la nueva Constitución Federal.”

De hecho, la Constitución Federal de 1988 ⁽²⁷⁾ refleja, cuando trata de la salud, la doctrina pregonada por el movimiento sanitario, creando el Sistema Único de Salud posteriormente reglamentado por las leyes 8080 y 8142 ^(25 – 26). Con ese importante esqueleto jurídico, Brasil pasó a reconocer a la salud como derecho de todos y deber del Estado, lo que no ocurría hasta entonces. Los Principios del SUS, según lo establecido por las normas jurídicas, son:

- universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia;
- integralidad de la asistencia, entendida como un conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, exigidos para cada caso en todos los niveles de complejidad del sistema;
- preservación de la autonomía de las personas en defensa de su integridad física y moral;
- equidad de asistencia a la salud, sin preconceptos o privilegios de cualquier especie;
- derecho a la información, de las personas asistidas, sobre su salud;
- divulgación de informaciones cuanto al potencial de los servicios de salud y su utilización por el *usuário*¹;
- utilización de la epidemiología para establecer prioridades, el direccionamiento de recursos y la orientación programática;
- participación de la comunidad;
- descentralización política y administrativa, con dirección única en cada esfera de gobierno²: i) énfasis en la descentralización de los servicios hacia los municipios; ii) regionalización y jerarquización de la red de servicios de salud;
- integración, a nivel ejecutivo, de las acciones de salud, medio ambiente y saneamiento básico;
- conjugación de los recursos financieros, tecnológicos, materiales y humanos de

¹ Se mantiene la forma portuguesa, *usuário*, por no haber un concepto técnico semejante en castellano.

² En Brasil, se llaman esferas de gobierno a los poderes Unión Federal (Nación), Estatales (Provinciales) y Municipales.

la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, en la prestación de servicios de asistencia a la salud de la población;

- capacidad de resolución de los servicios en todos los niveles de asistencia;
- organización de los servicios públicos a fin de evitar la duplicidad de medios para fines idénticos.

Se debe resaltar que el SUS no es un programa de gobierno ni tampoco un panfleto partidario. Es, antes que nada, una conquista del pueblo brasileño en su legítima lucha por los cuidados de la salud. Hoy, prácticamente todo habitante de Brasil es *usuário* del SUS; el sistema no cuida solamente de la consulta médica, o de las acciones preventivas; también la vigilancia sanitaria es un órgano del SUS. Así, cuando una persona bebe agua tratada o come en un restaurante, está utilizando servicios del Sistema Único de Salud. Según la Ley 8080⁽²⁵⁾, los objetivos y atribuciones del SUS son:

- La identificación y divulgación de los factores condicionantes y determinantes de la salud;
- la formulación de política de salud;
- la asistencia a las personas por intermedio de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, con la realización integrada de las acciones asistenciales y de las actividades preventivas;
- la ejecución de acciones de vigilancia sanitaria, de vigilancia epidemiológica, de salud del trabajador; y de asistencia terapéutica integral, inclusive farmacéutica;
- la participación en la formulación de la política y en la ejecución de acciones de saneamiento básico;
- la organización de la formación de recursos humanos en el área de salud;
- la vigilancia nutricional y la orientación alimentar;
- la colaboración en la protección del medio ambiente, en este, comprendido el del trabajo;
- la formulación de la política de medicamentos, equipamientos, inmunobiológicos y otros insumos de interés para la salud y la participación en su producción;
- el control y la fiscalización de servicios, productos y sustancias de interés para la salud;

- la fiscalización y la inspección de alimentos, agua y bebidas para consumo humano;
- la participación en el control y fiscalización de la producción, transporte, almacenamiento y utilización de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radioactivos;
- el incremento, en su área de actuación, del desarrollo científico y tecnológico;
- la formulación y ejecución de política de sangre y sus derivados.

Se observa que el SUS rescata principios y paradigmas de salud que eran, hasta su implantación, inéditos para el sistema público de salud en Brasil, volcado a campañas de vacunación y a acciones aisladas en ciertas patologías prevalentes. Tanto es así que el Ministerio de la Salud (MS) tenía a su cargo esas acciones de campañas, mientras que el Ministerio de Previdencia Social tenía servicios médicos para atender exclusivamente a los trabajadores que contribuían al sistema de previdencia.

I.B.2) Programa Salud de la Familia

Después de la promulgación de la Constitución de 1988, en la práctica, se observó que, de la mañana a la noche, millones de personas que hasta entonces estaban alejadas del proceso de protección y promoción de la salud, fueron incorporadas por el sistema público. Si bien es cierto que eso representó un enorme avance formal, también lo es que la abrupta transición llevó a mucha confusión y a cierto grado de frustración de los actores involucrados en el proceso, como se desprende de las lecturas de los anales de las Conferencias Nacionales de Salud ⁽⁴²⁻⁴³⁾ que se siguieron a la nueva Carta Magna de Brasil.

Después de algunas ideas poco felices, fue solamente en 1994 que el Gobierno Federal resolvió adoptar el Programa Salud de la Familia (PSF) como estrategia de APS; en principio, inspirado en el éxito del modelo cubano, adoptado en algunos municipios brasileños administrados por partidos de izquierda. Con el tiempo, las experiencias de otros países en la APS fueron incorporadas al sistema de Brasil, en cierto grado. Pero es muy importante destacar que la estrategia brasileña se constituyó en un modelo de Salud de la

Familia totalmente nuevo y adaptado a las realidades de ese País.

Además del aporte de otros sistemas, el PSF aprovechó la experiencia de la *Pastoral da Criança*, una Organización no Gubernamental de la Iglesia Católica³, creada en 1983 por la pediatra Dra. Zilda Arns Neumann, hermana del entonces presidente de la Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil (CNBB)⁴, Cardenal Don Paulo Evaristo Arns. Esa ONG tiene por objetivo el desarrollo integral de los niños ⁽¹⁵⁴⁾ y la ayuda a sus familias. Su trabajo se basa en la labor de voluntarios que visitan casas donde haya niños hasta los seis años o mujeres embarazadas, orientando, pesando y proveyendo alimentos e instrucciones, cuanto necesario, para evitar la desnutrición. En su primera experiencia, en 1983, en la ciudad de Florestópolis, en el estado de Paraná, después de un año de trabajo, la mortalidad infantil bajó de 127 para 28 por mil. Ese destacado suceso está plasmado en el PSF, en la figura del Agente Comunitario de Salud, profesional del equipo de salud, oriundo de la propia comunidad en la que trabaja, encargado de hacer visitas a todos los hogares a su cargo. Todas las casas cuyas familias estén catastradas en el PSF reciben, al menos, una visita al mes de esos agentes.

En 1998, con la efectiva implantación de la Norma Operacional Básica 01 del 1996, el Gobierno creó un gran incentivo financiero para la implantación del Programa por los municipios y el MS pasó a exigir el cumplimiento de metas para el aporte de recursos. Es cierto que varios municipios implantaron el PSF sin una verdadera comprensión del Programa, intentando cumplir normas centralizadas sin el conocimiento de su realidad particular pero, en general, la Norma Operacional Básica 01 (NOB 01) fue un marco importante, a partir del cual el PSF cobró vida.

La XII CNS, realizada en la capital Brasilia, en diciembre del 2003, definió el PSF como eje estructural del SUS, sirviendo como puerta de entrada preferencial de los *usuários* del sistema. El programa funciona con el trabajo de un equipo formado por un médico (llamado generalista), un enfermero, uno o dos técnicos de enfermería y de cuatro a ocho agentes comunitarios de salud. El equipo se vincula a la población de un determinado territorio. Esa población es

³ La Iglesia Católica en Brasil tiene una larga tradición de acciones sociales y políticas.

⁴ *Conferência Nacional dos Bispos do Brasil*, máximo órgano de la Iglesia Católica.

cuantitativamente limitada (actualmente entre 2.400 y 4.000 personas).

Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) son moradores de la propia comunidad asistida, como se ha mencionado, sirviendo de “puente” entre los demás profesionales del equipo y la comunidad, haciendo visitas domiciliarias y divulgando principios de salud pública, higiene y ecología. Cada familia debe ser visitada por lo menos una vez al mes y cuando hay una necesidad urgente, el equipo puede determinar visitas semanales o, incluso, diarias.

Para el MS, un equipo debe resolver, como mínimo, 85% de los casos que se presenten para consulta; eso, para el Ministerio, significa derivar, a lo sumo, 15% de los pacientes. Después de ser recibido y atendido, el *usuário*, si no tuvo resuelto su problema, puede ser derivado al nivel secundario de atención, en una Unidad Básica de Referencia⁵, para ser atendido por un especialista, o directamente al nivel terciario, para observación o internación. Actualmente, se comienza a concretar la internación domiciliaria, pero, sin embargo, de manera tímida.

La función del médico del PSF no es estática, dentro de las paredes de un consultorio. El médico del PSF, idealmente, debe trabajar con una clara definición de salud para sí, para el equipo y para la población atendida. Debe tener capacidad dinámica de trabajo, involucrando a los actores sociales que ya trabajan en la comunidad, como profesores, asistentes sociales, voluntarios, padres, pastores y consejeros tutelares⁶, en las tareas de promoción de la salud.

No por casualidad, una de las dificultades del Programa es conseguir incorporar profesionales que posean ese perfil. Típicamente, lo que se ha percibido, es que los profesionales egresados de escuelas médicas y de enfermería en Brasil poseen una formación paradigmática e ideológica muy diferente de la necesaria en el PSF ⁽⁴²⁾.

“La importancia del PSF reside en su vocación para sustituir el antiguo modelo, predominantemente asistencial, por un conjunto de acciones preventivas, terapéuticas y de promoción de una vida más saludable y menos dependiente del hospital como foco central de los servicios públicos de salud”,

⁵ El nombre puede variar, según la ciudad del país.

⁶ Todo municipio debe tener un Consejo Tutelar, con miembros elegidos entre sus ciudadanos, que cuidan los intereses de los niños y de los adolescentes.

según Mercadante ⁽¹³⁴⁾. Ese autor también considera que “hay una inadecuación de la enseñanza médica para con las necesidades predominantes de la población”. La evaluación que el Ministerio de la Salud hace del PSF es muy positiva, lo que sirve de garantía para que tenga carácter perenne ⁽²³⁾: “Salud de la Familia es una estrategia de eficiencia comprobada, responsable por la reducción de la mortalidad infantil y por la mejoría de otros indicadores de salud de la población brasileña”.

Los números del SUS son impresionantes y capaces de traducir, en parte, la importancia que tiene el Sistema para Brasil y su pueblo⁷: En 2005, los procedimientos ambulatorios llegaron a 2.192.716.298 ⁽¹⁵⁾ (dos mil millones). En diciembre de 2005, el PSF ya estaba implantado en 4.984 municipios de Brasil, lo que representa 89,6% del total de municipios del País. La población brasileña cuidada por un equipo de Salud de la Familia pasó de 6,55% en 1998 para 40% en 2004 ^(14, 16, 23), llegando a 62,1% en 2005, lo que corresponde a 103.976.897 personas. Los ACS pasaron de 29.098 en 1994 para 209.446 en 2005 ⁽¹⁷⁾. Los equipos saltaron de 328 en 1994 para 24.872 en 2005.

En la ciudad de Belo Horizonte, actualmente 485 equipos están en actividad, atendiendo a casi un millón y medio de personas. También existen más de 2.500 ACS actuando en ese municipio ⁽¹⁵⁷⁾.

Con la creación del SUS, Brasil hizo la opción por hacer de la APS la acción más significativa en la gestión de la salud pública en el País ⁽⁶⁰⁾. En ese proceso, el PSF es la estrategia de estructuración del Sistema que se ha mostrado más eficiente y prometedora. Tanto es así, que el Ministerio de la Salud, siguiendo los mandamientos de las CNS, oficializó la recomendación de que el Programa fuera implantado en todos los municipios, responsables por la atención básica de la salud de los ciudadanos. APS y PSF son hoy, políticas públicas oficiales de Estado ⁽²⁴⁾. Existen, inclusive, importantes incentivos financieros para viabilizar la substitución de los antiguos modelos y prácticas por el de Salud de la Familia. Todo el Sistema tuvo su organización sintetizada con el Pacto por la Salud ^(19–22, 24, 35), definido como “compromiso acordado y asumido por los gestores de las tres esferas de gobierno, con el objetivo de cualificar la gestión del SUS, en

⁷ Población total do Brasil en 2005, según el IBGE (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*): 177.256.093 habitantes.

razón de sus principios y directrices”.

Una de las características de la APS, en comparación con los modelos basados en la especialización y en la ultra-especialización, es la racionalización del uso de los recursos, la aplicación más efectiva de la tecnología y el consecuente aumento de la resolución de los problemas en la atención. Esas características pueden, eventualmente, obscurecerse en consecuencia de las deficiencias de los profesionales que se desempeñan en el PSF, conforme evaluación de diversos autores, destacándose los anales de las Conferencias Nacionales de Salud ^(42 - 43) y los estudios de Starfield ⁽¹⁷⁷⁾ que tienen mucha influencia en las políticas de salud pública del MS.

I.C) La Formación Médica

Llegar a un buen perfil de profesional para la APS es fundamental para el éxito de las políticas públicas de salud en Brasil, a tal punto que las deficiencias de esos profesionales se vuelven factores limitadores de la expansión y de la profundización del PSF. Este actualísimo debate entablado hoy día, tanto en los claustros universitarios cuanto en las oficinas de las autoridades sanitarias y en las calles, por los *usuários* del SUS, demanda de los investigadores significativos estudios que puedan echar luz sobre el tema.

No es una obligación tener alguna especialidad para que un médico actúe en el PSF, aunque exista la Especialidad en Salud de la Familia y, desde hace un tiempo, residencia en Salud de la Familia. Los que en el presente actúan en el Programa, son oriundos de todos tipos de especialidades que hay en Brasil. Eso parece deberse al hecho de haber gran demanda por profesionales en la red pública y de los salarios pagados. Para un médico recién recibido, salarios de R\$ 5.000,00 (reales)⁸, como promedio, son atractivos e importantes, llegando a R\$ 15.000,00 en las regiones más pobres y preteridas de Brasil. Sin embargo, ese fenómeno representa un problema, porque esos profesionales no crean vínculos con los equipos ni tampoco con las comunidades que sufren con el cambio constante de profesionales. Varios profesionales recién recibidos encuentran en

⁸ En noviembre de 2008, un euro vale, aproximadamente, R\$ 2,80.

el PSF una oportunidad de conseguir un buen salario, mientras se preparan para el examen de residencia médica. Otros, lo encaran como un final de carrera tranquilo, mientras la jubilación no llega.

En lo que a la formación médica se refiere, varias críticas ya fueron realizadas públicamente ⁽⁴²⁾:

“(...) En algunas regiones, se identifica el incumplimiento, por parte de los médicos, de sus papeles frente a las familias, por falta de formación en Salud Pública (...).

El Ministerio de Educación debería adecuar el plan de estudios de las escuelas de profesionales de salud, incluyendo como prioridad las acciones de atención básica. Los profesionales son, hoy, formados para el uso intensivo de tecnología médica y para la especialización, lo cual no es un perfil adecuado para el SUS (...), dando origen a un número enorme de exámenes complementarios, agravando la búsqueda y la espera de los pacientes.”

Esas críticas son muy elocuentes y no pueden ser obviadas. La CNS, como máximo órgano consultivo del SUS es capaz de mirar profundamente los problemas del sistemas y establece, como uno de los principales, la mala capacitación de los profesionales.

I.C.1) Especialistas en Salud de la Familia

Hace más de cincuenta años que se formalizó la práctica de la Salud Pública en Brasil. La *Escola Nacional de Saúde Pública* fue fundada en el año 1954 y la Residencia en Medicina Preventiva y Social fue implementada por esa escuela en 1979, mismo año de fundación de la *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. La *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* nació en 1981 y la *Sociedade Brasileira de Medicina de Família*, en 1992. Con el PSF, esa especialidad ganó más notoriedad y popularidad. La misma graduación en medicina ha incorporado, paulatinamente, principios de APS en la formación académica ⁽¹⁹⁰⁾. Para componer el equipo multidisciplinario que constituye el núcleo del PSF, el médico generalista ideal pasó a ser el profesional buscado.

Sin embargo, es menester preguntarse: ¿Qué es un médico generalista? ¿Cómo medir su eficiencia para el PSF? ¿Qué se espera de él? ¿Un especialista en medicina de familia y comunidad, Salud de la Familia, es el generalista ideal?

¿Serían esos cursos de especialización suficientes? Gusso ⁽⁸²⁾, ha defendido que los generalistas sean especialistas en lo que las cuatro clínicas básicas (tocoginecología, clínica médica, pediatría y clínica quirúrgica) tienen de diagnóstico prevalente. En ese caso, cabe una seria crítica, porque se termina por reproducir los principios que fueron vituperados en las CNS. La impresión es de un amontonado de conocimientos que no contribuyen para la comprensión global de la persona o de su ecología. No hay la síntesis esencial del conocimiento que lleva a la atención integral, como manda la legislación. Todo eso se considera en el Capítulo IV, Discusión.

El resultado del trabajo de los profesionales que se especializan para trabajar en el PSF debe ser medido y comparado con el de otros, para que se confirme o reformule su formación de post-grado.

I.C.2) Especialistas en Homeopatía

La Homeopatía es parte oficial de la atención médica en diversos países, y es recomendada por la Organización Mundial de Salud (OMS) ^(153, 197 – 198). Una revisión general de su práctica en el mundo, muestra la importancia de esa especialidad ⁽¹⁰⁾, con prominencia para India, México, Brasil y Francia:

- India es la parte del mundo con mayor producción en homeopatía. Son más de 250.000 homeópatas y 75.000 ayudantes prescribiendo. Cien millones de indios (casi 10% de la población) han adherido a esa especialidad. La homeopatía es parte del sistema oficial de salud, al lado de la alopática y de dos medicinas autóctonas: ayurveda y unani. La homeopatía es directamente controlada por el Ministerio de la Salud;
- en México, la homeopatía está oficialmente incorporada por el sistema de salud y tiene 4.000 médicos homeópatas, entre 92.000 profesionales en total;
- Francia es líder en prescripciones homeopáticas y, proporcionalmente, en adhesión popular. Los franceses que optan por la homeopatía están

aumentando: eran 22% en 1984 y representaban 40% de la población en 2002. Más que eso, 74% de los pacientes declaran que están dispuestos a optar por esa medicina, si su médico se les indica. En ese país, la homeopatía es una especialidad médica oficial;

- en África, esa especialidad se destaca en Senegal, Costa del Marfil, Nigeria y Kenia. Los médicos homeópatas, en esos países, están presentes en dispensarios y en misiones religiosas;
- en Pakistán, casi la mitad de los médicos registrados utilizan la homeopatía como medicina;
- otros países: en Alemania, hay más de 14.000 profesionales que trabajan con homeopatía; en Bélgica, 1.000; en España, 1.200, donde hay, incluso, entrenamiento hospitalario para los profesionales que se avocan a la especialidad. Entre los británicos, 22% tienen presente esa especialidad. En Rusia, hay 10.000 homeópatas, entre los 565.000 médicos registrados. En Suiza, más de 10% de todos los médicos son homeópatas. Polonia, República Checa, Eslovaquia, Hungría, Rumania y Bulgaria son países del este donde hay, actualmente, un fuerte repunte homeopático.

Datos de Italia son presentados por Rossi *et al* ⁽¹⁶⁶⁾, quienes relatan que el Consejo de la Región de Toscana aumentó la atención médica de las prácticas “no-convencionales”, incluyendo ahí la Homeopatía, y su interacción con el sistema público de salud.

Brasil tiene nueve millones de pacientes homeopáticos, tratados por 15.000 especialistas, entre los 282.000 médicos. La Homeopatía existe en el País desde 1840, traída por el francés Benoit Mure ^(107, 165) e inmediatamente puesta a disposición de los pobres y de los esclavos, está en la lista de especialidades médicas de la *Associação Médica Brasileira* desde 1979 ⁽¹²¹⁾ y del *Conselho Federal de Medicina* desde 1980. En varias partes del país la Homeopatía está incluida en las prácticas del SUS ⁽¹⁰⁸⁾. Las CNS han exigido del poder público la oferta de Homeopatía por el SUS, especialmente las ediciones VIII, XI y XII ^(41 – 43).

Desde los años 1980, la Homeopatía se ofrece públicamente por varios municipios en Brasil, siendo que en 1988 una norma de la Comisión

Interministerial de Planificación (CIPLAN)⁹ determinó cómo sería la labor de esa especialidad en los servicios públicos. Los registros del SUS apuntan un crecimiento anual del 10% en número de consultas de Homeopatía en todo Brasil, después que estas comenzaron a ser registradas oficialmente ⁽¹⁹⁾. Según el MS, en 2004 la Homeopatía estaba presente en 20 estados brasileños, 16 capitales de estado, 158 ciudades, desempeñada por 457 profesionales oficialmente catastrados como homeópatas ⁽¹⁹⁾; de esos servicios existentes, solamente el 30% cuenta con el suministro de medicamentos homeopáticos. Son números importantes, pero tímidos todavía, si mirados desde la proporción brasileña. En la formación, está presente, de alguna manera, en por lo menos 10 universidades públicas (enseñanza, investigación o atención), tiene cursos de especialización en 12 estados y aprobación oficial para la implementación de la Residencia Médica en Homeopatía ⁽¹⁹⁾.

La Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte, hace más de diez años, implantó oficialmente la atención con Homeopatía en la APS, en cumplimiento a la *Lei Orgânica do Município*¹⁰. Para llevar la tarea adelante, se creó el Programa de Homeopatía, Acupuntura y Medicina Antroposófica (PRHOAMA), que atiende a los *usuários* del SUS de Belo Horizonte desde el año 1994. Son 16 homeópatas, 9 acupuntores y 2 médicos antropósofos que atienden en 21 UBS y en una Unidad Terciaria de Salud. Existen también homeópatas que trabajan en la APS, pero que no son oficialmente contratados como médicos de esa especialidad. Trabajan, por ejemplo, como médicos del PSF o de las unidades de urgencia y emergencia, utilizando la Homeopatía.

Hay mucho espacio para el crecimiento de la Homeopatía en Brasil, si se lleva en consideración la demanda de la población, cuya percepción crítica del modelo adoptado actualmente deja espacio para que otras racionalidades¹¹ contribuyan más eficientemente para el Sistema ⁽⁴²⁾:

“Brasil aún no posee un modelo de Atención a la Salud adecuado, que

⁹ En marzo de 1980, una resolución interministerial creó la *Comissão Interministerial de Planejamento* (CIPLAN), con la responsabilidad de la planificación general y de la programación de las actividades de naturaleza médico-asistencialistas y sanitarias que estaban afectadas a los Ministerios de la Salud y de Previdencia y Asistencia Social.

¹⁰ Equivalente a una “Constitución Municipal”.

¹¹ En Brasil, se usa el término *racionalidades* con el sentido de epistemología.

atienda a los problemas de salud en el País con equidad. Los modelos vigentes mantienen un carácter asistencialista, siendo incapaces de responder a las necesidades de la población. Son modelos obsoletos, curativos, asistencialistas (...).

Son centrados en la figura del médico, más volcados para la enfermedad, generando la expectativa de que la única forma de resolver los problemas de salud es tratar las enfermedades médicamente. Son modelos simpatizantes de la privatización, que practican merma salarial y la precariedad de las relaciones de trabajo. Además, no son estimuladas alternativas asistenciales menos caras y complejas, de reconocida eficacia, como los tratamientos e internaciones domiciliarias o prácticas terapéuticas no hegemónicas, como acupuntura, fitoterapia y homeopatía. El Sistema sigue fragmentado.”

Oficialmente, la definición del Ministerio de la Salud sobre la Homeopatía y sus explicaciones sobre la conveniencia de su adopción en la salud pública de Brasil son las siguientes ^(19, 23):

“La homeopatía es un sistema médico complejo, de carácter holístico, basado en el principio vitalista y en el uso de la Ley de los Semejantes, enunciada por Hipócrates en el siglo IV a.C.. Fue desarrollado por Samuel Hahnemann en el siglo XVIII, después de extensos estudios y reflexiones basadas en la observación clínica y en experimentos realizados en la época. Hahnemann sistematizó los principios filosóficos y doctrinarios de la homeopatía, que experimentó gran expansión en varias regiones del mundo, estando hoy implantada en diversos países de Europa, de las Américas y de Asia.

La implementación de la homeopatía en el SUS representa una importante estrategia para la construcción de un modelo de atención centrado en la salud, una vez que:

- recoloca el sujeto en el centro del paradigma de la atención, entendiendo a ese individuo en las dimensiones física, psicológica, social y cultural. En la homeopatía, el hecho de enfermar es la expresión de la ruptura de la armonía de esas diferentes dimensiones. De esta forma, esa concepción contribuye para el fortalecimiento de la integralidad de la atención a la salud;*
- fortalece la relación médico-paciente como uno de los elementos*

fundamentales de la terapéutica, promoviendo la humanización en la atención, estimulando el auto-cuidado y la autonomía del individuo;

- actúa en diversas situaciones clínicas del proceso salud-enfermedad, (...) reduciendo la demanda por intervenciones hospitalarias y de emergencia, contribuyendo para la mejoría de la calidad de vida de los usuarios; y*
- contribuye para el uso racional de medicamentos, pudiendo reducir la dependencia de fármacos;”*

El gran paso dado por el Gobierno de Brasil rumbo a la ampliación de la asistencia homeopática en todo el país fue la creación de la Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias en el SUS, en el año 2006, cuyas discusiones para su construcción comenzaron dos años antes, con el 1^{er} Fórum Nacional de Homeopatía, organizado por el mismo MS. Dicho Fórum reunió profesionales, Secretarías Municipales y Estatales de Salud, universidades públicas, asociación de *usuários* de Homeopatía en el SUS, entidades homeopáticas nacionales representativas, *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde*, Consejos Federales de Farmacia y de Medicina, *Liga Médica Homeopática Internacional*, y representantes del Ministerio de la Salud y de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria ⁽¹⁹⁾.

La Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias en el SUS (PNPIC) es la respuesta del Gobierno a las amplias determinaciones de las CNS respecto la Homeopatía ^(43, 71): *“Apoyar y determinar la implantación de la homeopatía en el SUS, inclusive en las unidades de Salud de la Familia, teniendo en consideración la convergencia de principios entre esa técnica y la visión integradora y holística necesaria para la salud pública, su alto índice de resolución de problemas y la reducción de costos. Destinar recursos específicos para su efectiva implantación y para la realización de investigaciones en el área. Apoyar la redefinición del paradigma de salud en las instancias oficiales del país, adoptando un modelo centrado en la salud, en las capacidades de la naturaleza y de la ciencia y no en la enfermedad y en las conveniencias del mercado farmacológico y tecnológico.”*

Ante de la postura del Gobierno Federal de respetar las determinaciones de las Conferencias Nacionales de Salud, destinando recursos a la práctica de la

Homeopatía; creando, inclusive, un código dentro del sistema de informaciones del SUS que permite la remuneración de su práctica a los municipios que la implementaron, es menester hacer más estudios para comprobar la eficiencia de la homeopatía en la APS, o no. Por otro lado, sin la promoción y la financiación de tales estudios, por parte de los gobiernos, de las academias y de los gestores, es muy difícil llegar a conclusiones válidas y confiables.

I.D) La Eficiencia en la Resolución de los Problemas en el SUS

El Ministerio de la Salud de Brasil preconiza que un equipo de Salud de la Familia debe resolver el 85% de los problemas diagnosticados ⁽¹⁴⁾. Utiliza, para medir esto, el Índice de Resolución de Problemas (IRP)¹², que es el porcentaje de personas atendidas y no derivadas a otros profesionales.

Indicadores de salud, como las tasas de mortalidad y desnutrición infantiles, fertilidad, mortalidad materna, son también formas de medir la eficiencia de la atención de un equipo de PSF mucho más fehacientes que el IRP. Pero, para efectos de comparación, esos indicadores deberían referirse exclusivamente a la población vinculada al equipo analizado para que la medición fuera fidedigna. De manera global, sin embargo, la Salud de la Familia no llegó, todavía, a un grado de desarrollo y control que podría permitir ese análisis, haciendo muy difícil la recolección de esos datos.

Puesto que la noción de resolución de problemas tiende a ser diferente para el gestor, el profesional y el *usuário*, por obvias cuestiones sociológicas ^(105, 122), el índice utilizado por el Ministerio puede ofrecer una imagen parcial y tendenciosa de la realidad, pudiendo llevar a una distorsión en la interpretación de los datos. De esa manera, ese índice sería más significativo y confiable si fuera contrapuesto a la visión que los pacientes tienen de la atención dispensada a ellos por los profesionales del SUS. La percepción del *usuário* del SUS tiene especial importancia en estos tiempos, en los que mucho se hace en nombre de la llamada “humanización” de la atención. Es cada vez más grande la preocupación de los gestores públicos por la satisfacción de las expectativas de

¹² *Índice de Resolubilidade* en portugués

los ciudadanos. El control social de las administraciones públicas, cada vez más fuerte en Brasil, deja poco espacio para las acciones que no consideren a la población.

De todos modos, el estudio que se proponga investigar y comparar especialidades médicas y su relación con los resultados en la APS, debe, indudablemente, considerar ambos, el índice de resolución de problemas (el punto de vista de los gestores de la salud) y la percepción de resolución de problemas que los pacientes tienen. Es de interés comparar las especialidades en Salud de la Familia y Homeopatía porque las dos pretenden, en teoría, ser especialidades generalistas, *i.e.*, trabajan con sujetos de cualquier edad, cualquier género y, en principio, sin que se preocupen con los “rótulos” diagnósticos. Por otro lado, representan a epistemologías y paradigmas totalmente diferentes y hasta opuestos. Las dos especialidades comparten otro paralelismo importante, que es el hecho de estar en franca expansión, recibiendo atención de todos los actores involucrados con la salud pública de Brasil. En síntesis, es importante saber cómo impacta la especialidad del médico actuando en APS, en Belo Horizonte, Brasil, sea esta Homeopatía o Salud de la Familia, la resolución de los problemas de salud presentados por los pacientes, desde el punto de vista de los indicadores oficiales *i.e.*, el Índice de Resolución de Problemas, y de los mismos pacientes atendidos por el Sistema Único de Salud.

I.E) Objetivos

- Obtener información, describir y analizar la situación actual de la resolución de problemas en la APS de las UBS y la percepción que los pacientes tienen de esa resolución, en Belo Horizonte.
- Determinar si la especialidad de los médicos que actúan en APS en Belo Horizonte, divididos en especialistas en Homeopatía y en Salud de la Familia tiene impacto sobre la resolución de los problemas de los pacientes desde la percepción de los mismos.

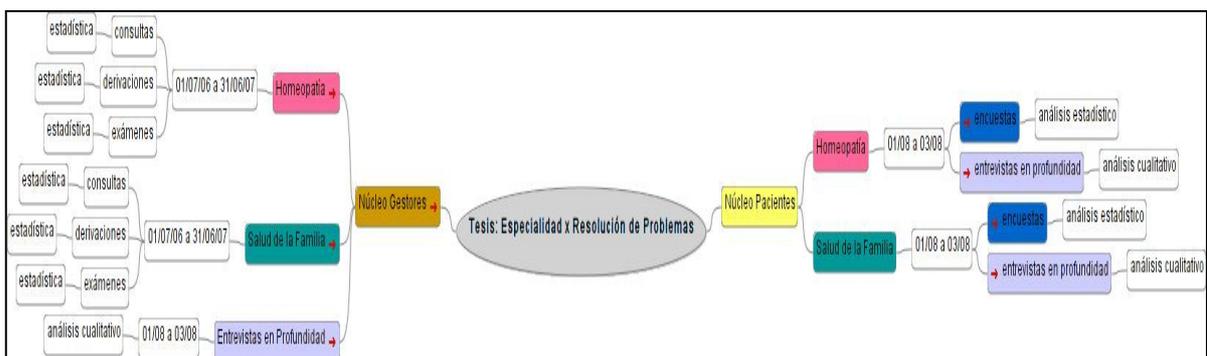
Capítulo II – Material y Método

II.A) Descripción

La investigación llevada a cabo fue de tipo no experimental (no manipuló deliberadamente las variables), de diseño transeccional (los datos fueron recopilados en un solo momento), tuvo un enfoque mixto (cuali-cuantitativo). Con relación al alcance, en su mayor parte, la investigación se puede caracterizar como explicativa ^(75, 168). Esa posibilidad ya se preveía en el correspondiente Plan de Trabajos presentado y se consideró durante la elaboración de la presente Tesis.

Se asociaron tres procedimientos para la consecución de los objetivos; para ello, se concibió el trabajo dividido en dos núcleos que a su vez se abrían en dos subnúcleos: en primer lugar, el núcleo de los pacientes, o en la jerga propia de Brasil, de los *usuários* del SUS, divididos en pacientes de médicos especialistas en Homeopatía y de médicos especialistas en Salud de la Familia. El otro núcleo es el de gestores de salud pública. Los siguientes Mapas Mentales ilustran las relaciones entre esos núcleos y las etapas de desarrollo de la investigación. El primero a ser exhibido es el más global de ellos:

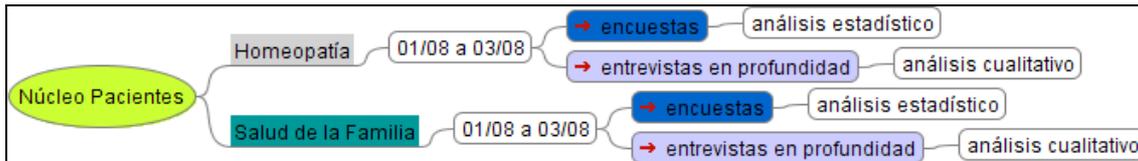
Mapa Mental de los núcleos y de las etapas de desarrollo de la investigación



Al núcleo de pacientes se le hizo una encuesta estructurada (adjunta al final de este Capítulo) con 34 entradas de datos, cuyas respuestas recibieron tratamiento estadístico; en total se realizaron 482 encuestas siendo 80 a

pacientes de Homeopatía y 402 a pacientes de Salud de la Familia. También se realizaron 37 entrevistas en profundidad y abiertas a 19 pacientes de Homeopatía, 17 de Salud de la Familia y una a un líder comunitario que contribuyó con la historia de la APS en su barrio. El Mapa Mental siguiente fue utilizado como instrumento de visualización del núcleo pacientes:

Mapa Mental de las etapas de desarrollo de la investigación: núcleo pacientes



La medida de la percepción de la resolución de problemas del núcleo de gestores de salud pública se hizo con base en datos secundarios, obtenidos en la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte, relacionados al Índice de Resolución de Problemas y, como datos accesorios, los datos de cuántos y cuáles exámenes cada profesional evaluado solicitó. El Índice de Resolución de Problemas es la relación entre los pacientes atendidos por un servicio o profesional y aquellos pacientes no derivados a otro servicio o profesional. El otro instrumento de medición aplicado a ese núcleo fue la entrevista en profundidad realizada con las autoridades claves del SUS de Belo Horizonte, semejante a lo que se hizo con el núcleo pacientes, sumándose 5 entrevistas en total, como está descrito más adelante. A continuación se puede observar el Mapa Mental desarrollado para el trabajo del núcleo gestores con las respectivas etapas cumplidas durante la investigación:

Mapa Mental de las etapas de desarrollo de la investigación: núcleo gestores



Se determinó que la producción de los profesionales evaluados abarcaría un año de trabajo, de 01 de julio de 2006 hasta el 30 de junio de 2007, con las

respectivas derivaciones, solicitudes de exámenes complementarios de radiología, y solicitudes de exámenes complementarios de laboratorio. La opción de analizar todo un año fue hecha a propósito, buscando diluir los típicos y esperados efectos de las estaciones del año en la labor médica entre todos los seleccionados. La SMS envió datos de 217.963 consultas en total, con sus respectivas derivaciones y pedidos de exámenes, referidas a los profesionales seleccionados al azar. Los modelos de las Fichas de Producción enviadas por la SMS se pueden apreciar al final de este capítulo.

La selección de los profesionales se dio de manera aleatoria, obedeciendo a los criterios de inclusión y de exclusión. La metodología fue la siguiente: todos los nombres de los profesionales que cumplían con el criterio de inclusión y que no se encajaban en ningún criterio de exclusión para la evaluación de su producción y para la medida de opinión de sus pacientes respectivos fueron puestos en orden alfabético y fueron numerados, haciéndose posteriormente el sorteo de forma aleatoria con la ayuda de un programa informático ⁽⁵⁴⁾. Cuando un número ya elegido aparecía de nuevo en el listado, se estableció previamente que el nombre siguiente sería incluido; en el caso de que también ese ya estuviera participando, se pasaría al anterior y así sucesivamente, hasta que la cantidad suficiente de médicos para la muestra fue elegida. Al final, fueron investigados:

- el universo de los profesionales homeópatas trabajando en el PRHOAMA y que cumplían con los criterios de inclusión;
- los profesionales con especialización en Salud de la Familia, que actuaban en APS y que obedecieran a los criterios de inclusión, de los cuales fue seleccionada una muestra estadísticamente significativa y aleatoria, con intervalo de confianza del 95% (error aceptable de 5%).

Médico de APS, a los fines de su inclusión en este estudio, fue considerado como aquel que trabajase en una Unidad Básica de Salud, por lo menos desde el primero de julio del 2006 hasta la fecha de las encuestas (alrededor de un año y medio en la misma unidad), atendiendo a pacientes de cualquier edad, de ambos sexos, independientemente del diagnóstico clínico que el paciente ya tuviese o que viniera a tener (aunque, después, fuese derivado a otro médico,

recibiera alta, o permaneciera en tratamiento con el mismo profesional).

Fueron incluidos en el universo de la investigación los profesionales que hubiesen concluido la especialización en Salud de la Familia con presentación de la monografía hasta el 30 de junio del 2006, en la Universidad Federal de Minas Gerais, según el listado del *Núcleo de Formação em Saúde Coletiva*¹³, o en Homeopatía, según su contratación por la *Secretaría Municipal de Saúde* de Belo Horizonte, aunque no tuvieran el título de especialista respectivo (la sola posesión del certificado fue considerada suficiente).

Los médicos excluidos fueron:

- los que hubiesen terminado las dos especialidades (el control se hizo con el listado del Núcleo de Formación en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Minas Gerais (NESCON - UFMG), con las escuelas de Homeopatía de Belo Horizonte y, finalmente, en el campo, preguntando a los gerentes de las Unidades Básicas de Salud o directamente al profesional;
- los que se rehusasen a colaborar;
- los que no estuviesen trabajando en el periodo de realización de la investigación de campo.

Después de conseguido el listado de profesionales que terminaron el curso de especialización en Salud de la Familia en el NESCON, se procedió a cotejar, caso a caso, los nombres de los profesionales contratados por la Secretaría de Salud. En otro momento, los investigadores fueron al sector de la Secretaría responsable por la realización de los pagos de los sueldos para saber el tiempo que cada uno de los profesionales que terminaron el curso y que seguían trabajando para la Municipalidad llevaba en el equipo de salud. Como forma de chequear otra vez, se llamó por teléfono a cada Centro de Salud, en las vísperas de la visita, que tendría profesionales involucrados en la investigación para confirmar si los mismos seguían allí. (Llamó la atención el poco control de personal de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte. No se pudo encontrar un sector que supiera a ciencia cierta la titulación, el tiempo y el local de trabajo de cada profesional. El sector de pagos pareció el más bien informado, pero, aún así, una vez en el campo, se encontraron realidades que no

¹³ El NESCON mantiene convenio con la SMS para dictar cursos de especialización a los profesionales del PSF de Belo Horizonte; médicos y enfermeros participan.

correspondían a las informaciones prestadas. Es más, el diseño original de la investigación preveía dos categorías más de médicos participantes de la investigación – otras especialidades actuando en APS y sin especialidad – que no se pudieron estudiar por no haber formas razonables de conocer esa formación. De hecho, originalmente se pensó estudiar una muestra estratificada de todos los profesionales médicos que actuaran en APS en Belo Horizonte. Las limitaciones administrativas de la Municipalidad impidieron la realización de ese estudio más completo). No hay indicadores sanitarios suficientemente detallados para usarlos como instrumento de comparación entre las especialidades que actúan en APS en Belo Horizonte.

El universo de médicos de Salud de la Familia se fue transformando, así:

- número total de equipos de salud de la familia en Belo Horizonte: 485
- número de médicos formados como especialistas en Salud de la Familia por la UFMG con presentación de la monografía final hasta el 30 de junio del 2006, según los datos del NESCON: 201
- número de médicos que, después de terminada la especialización, seguían en sus puestos según informaciones del sector de pagos de la Secretaría (tomado como universo): 80

El tamaño de la muestra de médicos especialistas en Salud de la Familia fue 67.

Número de profesionales homeópatas que cumplían con los criterios de inclusión: 14.

Los pacientes fueron aquellos bajo tratamiento de los médicos seleccionados según los criterios descritos y que aceptaron participar voluntariamente en la encuesta. Cuando el paciente escogido aleatoriamente fuese menor de 16 años o incapaz en el sentido jurídico del término, su responsable contestó a las preguntas. Todos los pacientes, o sus responsables, debieron firmar el consentimiento informado (adjunto al final de este Capítulo). En total, se eligieron 6 por médico investigado, siendo que en relación a cuatro médicos homeópatas fueron encuestados 5 pacientes por motivos operacionales de campo. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a su orden de llegada para consulta, y a su aceptación en participar de la investigación.

Las entrevistas en profundidad, hechas a los gestores, obedecieron a criterios de oportunidad y de relevancia administrativa. Así, fueron entrevistados el Sr. Secretario Municipal de Salud, la Sra. Gerente de Asistencia a la Salud, la Sra. Coordinadora del PRHOAMA y dos Gerentes de Unidades Básicas de Salud que contaban con ambas especialidades. Los pacientes se eligieron según los criterios de vinculación a médicos que habían ya sido elegidos para el análisis de su trabajo y a Unidades Básicas de Salud que tuviesen ambas especialidades. Se entrevistaron siempre pacientes de especialistas en Salud de la Familia y de Homeopatía de las mismas UBS, con el criterio de saturación. En total se realizaron 42 entrevistas a los 5 gestores citados, 17 pacientes de Salud de la Familia y 19 de la Homeopatía, en cinco diferentes dispensarios, además de una entrevista con un líder comunitario de un barrio atendido por uno de los Centros de Salud en el cual trabajan médicos de las dos especialidades. Ese ciudadano lideró el movimiento por la implantación de la Homeopatía en su Unidad Básica de Salud. Todas las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal, con el objetivo de disminuir los sesgos en la conducción de las mismas. Las entrevistas transcritas fueron codificadas y categorizadas y pasaron por un proceso de análisis secuenciales ^(75, 168).

El equipo de apoyo y el investigador estuvieron en todos los 9 Distritos Sanitarios en los que se divide la Ciudad de Belo Horizonte, viajando en coches de transporte público, de la UFMG y privados. La investigación pagó a los colaboradores el transporte, la alimentación y una beca por encuesta realizada. La mayoría de los 142 Centros de Salud fue visitada por el equipo de investigación por lo menos una vez; sucedió de volverse hasta 3 ó 4 veces a la misma Unidad para completar las encuestas y las entrevistas.

Los colaboradores de campo sumaron a la investigación una cantidad no calculada de anotaciones personales hechas durante sus visitas a los Centros de Salud que fueron leídas y discutidas en reuniones del equipo y, dentro de lo posible y de las limitaciones inherentes a ese tipo de datos, fueron consideradas para la presente Tesis.

II.B) El Cómputo de los Datos

Se usó un programa del tipo mapa mental (*mind mapping*), FreeMind® 0.8.0 (GPL) ⁽¹⁴²⁾, para objetivar gráficamente las distintas etapas de desarrollo de la investigación y para acompañar la cronología del trabajo.

Para la generación de números aleatorios se utilizó el programa OpenEpi® ⁽⁵⁴⁾. La determinación del tamaño de las muestras se hizo por una estadística de la UFMG y conferidos con ayuda del OpenEpi®.

Los datos de consultas, derivaciones y exámenes obtenidos fueron puestos en unas tablas construidas con el programa OpenOffice® 2 ⁽¹⁵¹⁾ y Excel® 2007 ⁽¹³⁵⁾, a partir de los datos brutos obtenidos junto a la Secretaría Municipal de Salud. Uno a uno, los datos de cada UBS, obtenidos de acuerdo a los modelos anexados al final del presente capítulo, representando un año de producción de cada profesional, fueron tabulados manualmente, por dos veces, en dos momentos diferentes. Los dos archivos generados fueron comparados, posteriormente, en búsqueda de errores de tabulación o inconsistencias. Se computaron como exámenes de radiología los códigos Q8_45138, Q8_45240 y Q9_59113; como exámenes de laboratorio, los códigos Q8_45137, Q8_45239 y Q9_59112. Para el cálculo de las consultas, se sumaron los códigos Consulta_Médica_Urgência Q8_45101, Q8_45201, Q9_59003, Consulta_primeira Q8_45102, Q8_45202 y Q9_59001, Consulta_subseqüente Q8_45103, Q8_45203 y Q9_59002.

Las encuestas realizadas fueron computadas con ayuda de los programa SPSS® 16.0 ⁽¹³¹⁾, utilizándose tablas de contingencia para cruzar los datos medidos con las dos especialidades estudiadas. Las entradas de los datos en ese programa fue realizado paralelamente por dos personas diferentes, de manera redundante y comparadas posteriormente, como forma de disminuir los errores.

Las entrevistas fueron transcritas por una especialista de la Facultad de Medicina de la UFMG y luego transformadas al formato .txt para posibilitar el trabajo con el programa ATLAS.ti® 5.0 ⁽⁶⁾.

El Google Desktop® ⁽⁷⁹⁾ también fue un instrumento utilizado para la

investigación, pues es una herramienta rápida y poderosa para buscar datos almacenados en el ordenador. Siempre que posible se prefirió trabajar con el sistema operativo Linux®, en la distribución Ubuntu® 8.04 ⁽¹⁸⁹⁾ por ser más estable, seguro y confiable que el Windows® ⁽¹³⁵⁾ - que también fue utilizado, en versión Vista®. Para escribir la tesis se emplearon igualmente el OpenOffice® 2.0 y el Word® 2007 ⁽¹³⁵⁾. Las computadoras usadas fueron Toshiba Satellite 1410 S173 (por un corto período y con Linux® Mandriva® y Windows XP®) y Toshiba Satellite A205 S4617 expandida para 4G de RAM.

El motivo de la presentación detallada del equipo informático utilizado es que, eventualmente, ese tipo de instrumento, por sus características técnicas inherentes, presenta problemas (*bugs*) que podrían afectar los cálculos, pero, más que nada, para poder mostrar el camino a otros y hacer la experiencia más reproducible.

II.C) Modelo de Encuesta



Departamento de Medicina Preventiva e Social
Universidade Federal de Minas Gerais

As informações colhidas serão usadas com fins de estudos científicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Qualquer informação que possa identificar o usuário será considerada confidencial e não será divulgada e nem informada ao SUS, à unidade de saúde e nem aos profissionais avaliados.

1. Nome da unidade de saúde:

2. Profissional avaliado:

Informação Pessoal

3. Sexo do (a) paciente

Masculino	1	
Feminino		2
NS/NR	100	

4. Idade do (a) paciente

NS/NR	100
-------	-----

5. Quem responde o questionário?:

O (a) próprio (a) paciente	1
O (a) responsável	2

6. Qual o grau de instrução do paciente?

Analfabeto	1
1º grau incompleto	2
1º grau completo	3
2º grau incompleto	4
2º grau completo	5
Superior incompleto	6
Superior completo	7
NS/NR	100
NA	199

7. Qual o grau de instrução do responsável, se for o caso?

Analfabeto	1
1º grau incompleto	2
1º grau completo	3
2º grau incompleto	4
2º grau completo	5
Superior incompleto	6
Superior completo	7
NS/NR	100

8. Qual o nível de renda familiar?

Até ½ SM	1
De ½ a 1 SM	2
De 1 a 3 SM	3
Acima de 3 SM	4
NS/NR	100

Questionário

9. Esta Foi a sua primeira consulta com este médico?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

10. Quanto tempo você esperou para conseguir uma consulta com esse médico?

Mesmo dia	1
2 dias a 1 semana	2
1 a 2 semanas	3
3 semanas a 1 mês	4
Mais de 1 mês	5
NS/NR	100
NA	199

11. Quando chegou para a consulta hoje, quanto tempo você esperou para ser atendido pelo médico?

Menos de 10 minutos	1
De 10 a 20 minutos	2
De 20 a 30 minutos	3
De 30 minutos a 1 hora	4
Mais de 1 hora	5
NS/NR	100

12. O tempo que o médico gasta com você é suficiente para ele ouvir e entender seus problemas? *

Sim	1
Não	2

NS/NR	100		Não		2
12.a	Durante as consultas o médico pergunta com detalhes sobre sua família?		NS/NR	100	
			NA	199	
Sim		1	20.	Você acha que as explicações que ele deu sobre os exames complementares são completas?	
Não		2	Sim		1
NS/NR	100		Não		2
12.b	Durante as consultas o médico faz perguntas sobre seus sonhos, medos, desejos?		NS/NR	100	
Sim		1	NA	199	
Não		2	21.	Você entendeu as explicações sobre os exames complementares?	
NS/NR	100		Sim		1
12.c	Durante as consultas o médico quer saber em detalhes sobre outros problemas que você já teve?		Não		2
Sim		1	NS/NR	100	
Não		2	NA	199	
NS/NR	100		22.	Você acha que o médico é educado com você?	
12.d	O médico quer saber com detalhes sobre o jeito que você vive?		Sim		1
Sim		1	Não		2
Não		2	NS/NR	100	
NS/NR	100		23.	Quando você precisou dele, seus problemas foram resolvidos?	
13.	O Médico presta atenção no que você fala?		Sim		1
Sim		1	Não		2
Não		2	NS/NR	100	
NS/NR	100		24.	Você gosta da consulta que ele faz? A consulta dele é boa?	
14.	E você acha que ele entendeu seus problemas?		Sim		1
Sim		1	Não		2
Não		2	NS/NR	100	
NS/NR	100		25.	Você gosta do médico?	
15.	Ele te examina bem?		Sim		1
Sim		1	Não		2
Não		2	NS/NR	100	
NS/NR	100		26.	Se pudesse, você mudaria de médico (a)?	
NA	199		Sim		1
16.	Ele te ajuda a resolver seus problemas de saúde?		Não		2
Sim		1	NS/NR	100	
Não		2	27.	Você indicaria esse médico, se pudesse, para seus parentes e amigos?	
NS/NR	100		Sim		1
NA	199		Não		2
17.	O médico explicou bem seus problemas?		NS/NR	100	
Sim		1	28.	Você conhece a equipe que trabalha com seu médico?	
Não		2	Sim		1
NS/NR	100		Não		2
NA	199		NS/NR	100	
18.	Você acha que as explicações que ele deu sobre a receita são completas:?		29.	E você acha que a equipe ajuda ou atrapalha?	
Sim		1	Atrapalha		1
Não		2	Não atrapalha e nem ajuda (é neutra)		2
NS/NR	100		Ajudar		3
NA	199		NS/NR	100	
19.	Você entendeu as explicações sobre a receita?		Sim		1
Sim		1			

Entrevistador:

II.D) Modelo de Consentimento Informado



Departamento de Medicina Preventiva e Social
Universidade Federal de Minas Gerais

Autorização para entrevista da pesquisa Do Impacto da Especialidade do Médico de Atenção Básica de Saúde na Resolução de Problemas nas Unidades de Saúde de Belo Horizonte.

Nós, da Universidade Federal de Minas Gerais, realizaremos uma pesquisa para saber se a especialidade dos médicos que atendem os pacientes de Belo Horizonte influencia no atendimento prestado à população e na resolução de problemas. A pesquisa tem o objetivo de saber se alguma das duas especialidades estudadas, (Homeopatia e Saúde da Família) tem direta influência no desempenho do profissional e contribuir, assim, para a melhoria da formação dos mesmos.

A pesquisa será feita a partir do estudo dos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e de questionários a serem respondidos pelos pacientes dos médicos selecionados para a pesquisa. Não haverá custos para os pacientes e nem para os profissionais. Não haverá interferência nos tratamentos realizados nas Unidades de Saúde e tudo se fará para que os transtornos nas rotinas das Unidades sejam mínimos.

Os questionários visam a descobrir a percepção que os pacientes têm da resolução de seus problemas por parte de seus médicos. A participação no projeto não trará nenhuma alteração para o atendimento feito ao paciente pelas Unidades de Saúde, seja ela referente aos tipos de exames, aos modos de colheita e aos tipos de medicamentos utilizados ou às referências a especialistas.

Sendo paciente de um médico escolhido aleatoriamente, o (a) senhor (a) será incluído (a) nesta pesquisa e, para isso, precisamos do seu consentimento. Todos os dados serão mantidos em segredo e não serão utilizados para qualquer outro fim que não os desta pesquisa. Em caso de qualquer desconforto com este questionário, que consta de 29 perguntas, o (a) senhor (a) tem garantias de esclarecimento durante todo o curso da mesma e tem o direito de não querer participar. Esclarecemos que a sua participação é livre e voluntária; a recusa em participar não trará comprometimento da atenção de saúde a que tem direito e nenhuma outra consequência de qualquer ordem.

Responsáveis legais por menores de idade e incapazes devem autorizar e responder o questionário.

Responsáveis pela pesquisa:

Prof. Elza Machado de Melo/Faculdade de Medicina/UFMG –Coordenadora Tel: (31) 3409-9945

Médico Giovano de Castro Iannotti – Pesquisador em medicina e cirurgia Tel: (31) 3332-9417

Comitê de Ética em Pesquisa – SMSA / PBH Av. Afonso Pena, 2336, 9º andar. Belo Horizonte. Telefone: 3277-8222.

Autorizo a minha inclusão (em meu nome ou do menor sob minha responsabilidade), que se dará na forma de resposta ao questionário, na pesquisa Da Influência da Especialidade do Médico de Atenção Básica de Saúde na Resolução de Problemas nas Unidades de Saúde de Belo Horizonte.

Data: / /

Nome e assinatura do paciente:

Nome e assinatura do responsável:

Nome e assinatura do entrevistador:

Observações:

Esta autorização deve ser feita em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado e outra aos pesquisadores.

II.E) Modelo Simplificado de Ficha de Produção de Homeopatia

Quant.Procedimento por CodLoc.EM USO e Mes	
CodLoc.EM USO	08 Ago
1Q8_45102 CONSULTA MEDICA/PRIMEIRA CONSULTA	0
1Q8_45103 CONSULTA MEDICA/SUBSEQUENTE	0
1Q8_45114 DIAGNOSTICO/PUERICULTURA	0
1Q8_45137 CONDUTA/SOLICITACAO EXAMES COMPLEMENTARES LABORAT	0
1Q8_45138 CONDUTA/SOLICITACAO EXAMES COMPLEMENTARES RADIOLOG	0
1Q8_45200 HORAS TRAB	88
1Q8_45201 CONSULTA MEDICA/URGENCIA/EMERGENCIA	7
1Q8_45202 CONSULTA MEDICA/PRIMEIRA CONSULTA	5
1Q8_45203 CONSULTA MEDICA/SUBSEQUENTE	72
1Q8_45206 FAIXA ETARIA/1 A 4 ANOS	4
1Q8_45207 FAIXA ETARIA/5 A 12 ANOS	12
1Q8_45208 FAIXA ETARIA/13 A 19 ANOS	5
1Q8_45209 FAIXA ETARIA/20 A 59 ANOS	56
1Q8_45210 FAIXA ETARIA/60 ANOS E MAIS DE 60 ANOS	7
1Q8_45211 SEXO/MASCULINO	16
1Q8_45212 SEXO/FEMININO	68
1Q8_45232 CONDUTA/ALTA	1
1Q8_45233 CONDUTA/RETORNO	83
1Q8_45234 CONDUTA/ALTA C/ ACOMPANHAMENTO PERIODICO	0
1Q8_45237 CONDUTA/REFERENCIA PARA ESPECIALIDADES	3
1Q8_45238 CONDUTA/REFERENCIA P/ OUTRO SETOR DO MESMO SERVICO	0
1Q8_45239 CONDUTA/SOLICITACAO EXAMES COMPLEMENTARES LABORAT	0
1Q8_45240 CONDUTA/SOLICITACAO EXAMES COMPLEMENTARES RADIOLOG	0
1Q8_45241 PROCEDENCIA/ENCAMINHADO POR DEMANDA ESPONTANEA	1
1Q8_45242 PROCEDENCIA/ENCAMINHADO POR OUTRO PROFIS/SERVIDOR	4
1Q8_45243 PROCEDENCIA/ENCAMINHADO POR OUTRO PACIENTE	1

II.F) Modelo Simplificado de Ficha de Produção de Saúde de la Familia

Quant.Procedimento por CodLoc.EM USO e Mes-Ano06/07	
CodLoc.EM USO	07Jul/06
1Q9_59001 Consulta medica:Atendimento:1 vez	0
1Q9_59002 Consulta medica:Atendimento:Subsequente	101
1Q9_59003 Consulta medica:Atendimento:Urgencia	1
1Q9_59004 Consulta medica:Atendimento domiciliar:1 vez	0
1Q9_59005 Consulta medica:Atendimento domiciliar:Subsequente	0
1Q9_59006 Consulta medica:Atendimento prenatal:1 vez	0
1Q9_59007 Consulta medica:Atendimento prenatal:Subsequente	0
1Q9_59015 Sexo:Masculino	19
1Q9_59016 Sexo:Feminino	83
1Q9_59099 Estado nutricional:Em risco de desnutricao	0
1Q9_59102 Estado nutricional:Normal	1
1Q9_59103 Estado Nutricional:Sobrepeso	0
1Q9_59106 Procedimento:Coleta ex.citopatologico	0
1Q9_59107 Conduta:Alta	1
1Q9_59108 Conduta:Retorno	101
1Q9_59110 Conduta:Encaminhamento especialidade	4
1Q9_59111 Conduta:Encaminhamento urgencia	0
1Q9_59112 Conduta:Solicitacao patologia clinica	25
1Q9_59113 Conduta:Solicitacao imagen:Raio X	1
1Q9_59114 Conduta:Solicitacao imagen:Ultrassom	1
1Q9_59115 Conduta:Solicitacao imagen:Ultrassom obstetrico	0
1Q9_59116 Conduta:Solicitacao imagen:Outros	2

Capítulo III – Resultados

El presente capítulo presenta los resultados de la investigación, de forma descriptiva. En los capítulos siguientes estos resultados presentados son analizados y discutidos en profundidad y, al final, sintetizados.

III.A) Resultados de las Entrevistas

Las entrevistas generaron 290Kb en formato .txt de información, con aproximadamente 6 horas de grabación, vertidas en 139 páginas (sin formatación). Para permitir mayor aprovechamiento de los datos generados, buscando mantener la fluidez de la lectura y la riqueza de las descubiertas, los diálogos son presentados en conjunto con la discusión, tratando cada entrevistado como autores, buscando establecer un diálogo.

En el presente capítulo se transcriben las entrevistas de forma bruta, sin mayores consideraciones y en su idioma original. Como el criterio de interrupción de las entrevistas fue la saturación, las que acá se transcriben son las más significativas y que se usan posteriormente para los análisis y las síntesis. Se optó por colocar las transcripciones de las entrevistas en el Capítulo V, Discusiones, juntamente con las discusiones sobre ellas. Así, se trató a los sujetos entrevistados como “autores de sus verdades”, y se propuso un “diálogo” entre esos sujetos y otros autores académicos e investigadores ⁽⁷⁵⁾. Un gestor, al final, no concedió la entrevista; de acuerdo a lo programado. El entonces Secretario de Salud que participó de la implantación de la Homeopatía en el SUS de Belo Horizonte, quien, al momento de la investigación, era Ministro de Asistencia Social, sería uno de los entrevistados del núcleo gestores.

Las partes de entrevistas más significativas, según el criterio de saturación, fueron:

• TGDTQspx06:

“-Você acha que seus problemas, quando você faz o tratamento com ele, eles são resolvidos? Ele te ajuda a resolver os seus problemas de saúde?”

-Ajuda. Com certeza me ajuda.

-Você se pudesse, mudaria de médico?”

-Com certeza. Acho eu sim. Em questão, assim, como se diz, às vezes tem hora que você precisa com urgência, demora, a gente não tem condições de estar pagando médico

particular, são coisinhas que você perde muito tempo. Eu fico imaginando assim, pessoas que trabalham, que tem que vir, tem que ficar aí na maior amolação pra conseguir uma consulta, tem que vir pro acolhimento pra depois marcar pra 20 dias, ou 15 dias, não sei, e demora, sabe. Então assim, se tivesse oportunidade...

-Você mudaria?

-Mudaria.

-Você indicaria esse médico pros seus amigos e parentes?

-Sim. O médico sim.

-Durante a consulta, o médico, ele aborda, fala né, sobre outros assuntos com você assim da sua vida, da sua saúde? Ele pergunta sobre a sua família, detalhes da sua família?

-Não.

-Ele pergunta pra você assim coisas sobre o seu estado de ânimo, sobre os seus sonhos, suas vontades, seus desejos?

-Não.

-Ele aborda outras queixas que não as que você traz, por exemplo, você vem com um problema ele te pergunta sobre outras coisas que não exatamente o seu problema?

-Não.

-Ou a consulta é mais sobre aquilo que você fala?

-É só aquilo que eu fui lá falar, o que eu estou sentindo na hora lá, que eu vim falar com ele.

-Ele pergunta sobre a sua infância, sobre sua vida passada?

-Não, com certeza não.

-A consulta fica mais focada nos problemas que você fala?

-No problema que eu falo. Se eu vim aqui hoje com algum problema eu vou falar só aquilo aí se eu vou, tipo assim se eu tento falar uma outra coisa tipo assim, eu vim pra ginecologista no caso, aí se eu vou, eu vim pra consulta ginecológica, se eu falar que eu estou assim com uma dor de cabeça, que pode ser alguma coisa, ele não me escuta.

-Não escuta? Me explica mais como é que é isso então.

-Eu não sei explicar.

-Fala mais sobre isso, não tem problema, do seu jeito, do seu jeito.

-Tipo assim, hoje mesmo eu vim consulta com o Dr., eu vim resolver uma questão minha ginecológica. Só que na questão ginecológica, já tem uns dois anos que eu estou, que eu tenho problema com isso. Aí direto estou vindo no médico, aí vem, não resolve nada. Aí eu fui pedi a ele pra ver se pede, que eu sinto muita dor, pra ver se pedia alguns exames pra mim, tipo assim, um exame de urina, pra ver se tem alguma coisa na urina, que a gente está sentindo, ele falou que não tem necessidade. Só que o meu problema não passa.

-Então esse problema seu não foi resolvido?

-Não foi resolvido assim de imediato, aí tem que esperar, igual ele quer que eu volte de novo daqui 3 meses com o remédio que ele passou pra mim, aí eu vou tomar, só que eu já fiz a experiência e não está resolvendo assim o que u quero que resolva, entendeu? Então agora mesmo eu fui falar com ele, eu demorei um pouco mais por causa disso porque a gente estava conversando lá e ele tava, falou assim comigo que não tem necessidade. Aí que o meu exame, que um outro médico que o meu esposo foi, viu que no exame deu uma infecção, só que ele questionou comigo que não deu infecção, aí eu não entendo, tipo assim eu não entendo resultados entre aspas, aí ele falou que não tem necessidade de estar receitando uma pomada por causa de nada. Só que eu sinto dores, eu sinto um outro desconforto, aí eu fui pedir a ele ver se tem jeito de ele pedir um exame de urina porque tem tempo que eu fiz, ele falou que não tem necessidade.

-E se você perguntar, queixar de outras coisas ele não escuta?

-Não escuta, entendeu?

-Como assim ele pra outro assunto, como é que é?

-Não ele vai, ele vai falar comigo, ele vai conversar comigo, fala comigo que é que eu tenho que fazer como eu passo o remédio, pronto acabou.

-E aí como é que você se sente assim sem esse aprofundamento? Você acha que você tem condições de resolver o seu problema sem aprofundar nele?

-Com certeza que não. Que é conversando que a gente se entende, como se diz se ele é o médico, ele está ali pra escutar a gente, tentar orientar. Nessa parte aí eu tenho que reclamar, igual a pergunta que você me fez aí anteriormente se eu não tenho nada o que falar, tipo assim, o que na hora que eu preciso, eu venho aqui, resolve só que demora, só

que eles descem é pro canto deles pra lá. Eu acho que sei lá. Eu que não sou muito assim de questionar assim, ficar brigando, a gente ficar discutindo certo tipo de coisa, entendeu?

-Você acha que se você pudesse falar mais sobre os seus problemas, te ajudaria mais a resolvê-los?

-Com certeza.

-Se o médico escutasse mais as outras coisas que você não fala?

-Com certeza. Às vezes a gente passa problemas em casa, tem problemas, outros problemas que vem acontecendo com a gente, igual o meu caso mesmo, eu estou achando que é mais uns fatores assim de depressão, alguma coisa assim, sabe, porque o meu problema eu acho que é esse porque ela, eu vou falar com você logo o que é, é que a minha menstruação atrasa, ela fica 3 meses, 4 meses sem vir, aí já estou uns 3 anos nessa luta e ninguém resolve nada. Eles não tem, falar assim, ô Ana Alice, vamos marcar tipo assim um psicólogo, uma pessoa pra mim conversar pra tentar entender. Porque as pessoas falam assim, eu já vi pessoas experientes falando que isso também se resume a uma depressão, alguma coisa e que a gente não tem acesso a isso. Deve ser essa falta de conversa.

-Não tem essa abertura do médico pra escutar esse lado?

-Não tem, não tem.”

• DTCJ04:

“E a senhora, durante a consulta do médico, a senhora sente que ele escuta seus problemas todos?

-Ele para sim, pra ouvir.

-E ele entende seus problemas?

-Tem entendido. Ultimamente tem entendido.

-Por que ultimamente?

-A gente chega assim pra... vai falando o que a gente sente e ele vai e atende a gente com atenção.

-Seus problemas são resolvidos, seus problemas de saúde?

-É.

-Só uma perguntinha, se a senhora puder indicar, a senhora indica esse médico pra outras pessoas?

-Posso indicar sim porque ele é um bom médico.

Hum, hum. E se a senhora pudesse mudar de médico, a senhora mudaria?

-Mudaria justamente, igual hoje que eu vim, no meu caso né? Porque às vezes a gente precisa consultar mesmo, né? E isso não é resolver de verdade.”

• DTCJ01:

“E que problemas de saúde que a senhora tem, a senhora sente que são resolvidos quando a senhora vem?

-Acho que até agora sim.

-OK.

-Eu vou começar com esse médico agora, então... Acho que tem... A gente conversa sim, dá tempo sim, só que no posto, os médicos que atendem no posto, eles são... não ruins, mas não é um atendimento que te dá total atenção que você precisa não. Não sei se é porque é uma coisa que pra gente é de graça, parece que não tem tanto interesse. Onde que a gente, eu tenho aqui o controle da pressão, é muito bom, tem até o remédio,

-E como é essa questão do atendimento que a senhora dizia?

-Muitas vezes a gente conversa com o médico e não sai aquela atenção que precisava.

-Por que isso?

-Não sei, isso vem do médico, que eu vejo que ele não tem interesse de ver mesmo todos os problemas da gente. Não sei se é por causa da situação de graça, o tempo é pouco, tudo isso influi, porque não dá tempo... Não dá tempo de chegar pra você, e se eu preciso de dois especialistas eles demoram mais. É porque é gente demais, né? É muita gente pra atender, para ser atendido nessa situação, então não dá tempo. Então não tem aquela atenção especial que precisa.”

•TGDT03:

“Ah, eu mais dedicação,eu acho que o médico tem que ter mais dedicação com o paciente

sim, saber escutar, perguntar, fazer perguntas e tal, ter mais carinho com o paciente, eu acho que isso ajuda muito.”

•DTCJ06:

“-A senhora acha que o médico entende os seus problemas?

-Eu acho que ele entende, mas só que esse problema não está resolvendo, né? Porque eu já venho aqui tem mais de dois meses e meu problema não está sarando.

-E a senhora acha que o tempo que o médico dedica pra escutar a senhora é suficiente pra te entender?

-Ele demora muito com a gente na sala.

-É?

-Às vezes é eu que não tenho paciência de ficar. Mas ele demora com a gente, com a paciente lá dentro.

-E nesse tempo a senhora acha que ele entende a senhora?

-Ah teve uma época aí que ele concluiu assim, que ele falou pra mim assim: como é que eu faço? Eu falei: quem tem que saber é o senhor, o senhor que é o médico. Eu vim aqui, sou paciente, a senhora tem que descobrir, não é eu que tenho que descobrir não, se fosse pra mim descobrir eu não precisava vir aqui, eu ficava na minha casa, eu mesmo ia descobrir a minha doença. Quem tem que descobrir é o médico, não é a gente não! Aí ele pegou e deu um jeito com um remédio lá. Mas só que o problema que o remédio que ele passou não sarou, continua a mesma coisa. Sei que é um médico muito bom, para mim... eu acho. Mas o problemas é, assim não sei e os remédios...

-E se a senhora pudesse mudar de médico, a senhora mudaria?

-Ah se for um médico bom, descobrisse o que que a gente tem, eu mudaria. Às vezes o exame que a gente faz num... eles falam que não da nada. Num da... Mas o problema que eu sinto não quer sarar. O que que é isso então? Isso que eu quero saber. Faz exame e fala que não tem nada, não tem nada, mas a gente sabe que tem. Isso que eu queria saber porque.

-A senhora já fez quantos exames pra esse problema que a senhora tem?

-Ah... eu já fiz... vai inteirar 3 vezes já com esse exame.

-E qual que é a resposta que eles dão pra senhora?

-Passa remédio, eu volto aí e falo assim: não sarou, não quer sarar. Eu não estou conseguindo dormir de noite. Aí passa outro remédio, agora mesmo eu vim aí passou outro remédio pra descobrir. E agora ele entrou de férias. E nunca sarou, o danado do trem não quer sarar e continua a mesma coisa. É isso que eu queria saber porque quais remédios que eles passam é pra poder sarar não é?”

•TGDTDQ06:

“-Tipo a gente finge que entendeu porque às vezes ficam com aquela cara que não quer explicar, alguns médicos, não todos.”

•TGDTBXO04:

“-A senhora sente que os seus problemas são resolvidos aqui por el médico? Os seus problemas de saúde, ele...

-É, da tudo..., quando não é pra eles, eles mandam pra fora né? Eu operei do joelho, os dois joelhos Né? Os dois joelhos, operei um em 2002 e o outro em 2006.

-A senhora acha que o médico presta atenção nas coisas que a senhora fala?

-Presta, é muito atenciosa.

-E o tempo que ele dedica pra escutar os seus problemas, é suficiente pra entende-los, entender os problemas?

-É. Considero, eu tive uma consultando aqui eu acho que levei uma hora e meia consultando com o doutor.

-Aqui?

-Foi, eu tava muito mal, eu tava (...), ta melhorando, não sei se ta sarando.

-E você acha que o médico quando escuta a senhora entende seus problemas?

-Ah, eu acho que sim.

-Quando o médico faz um diagnostico, vê o que a senhora tem, ele explica pra senhora qual que é o problema da senhora?

-Não, eu até trouxe um negocio de osteoporose, ele falou que ta ótimo.

-Mas, quando a senhora, se tem algum problema, ele chega a explicar pra senhora qual que é o problema?

-Não, não fala não, só fala o que é que eu tenho né?

-E a senhora consegue entender o que é que tem, do jeito que ele explica?

-Ah, não sei, às vezes é meio confusado, sei lá, eu não entendo disso aí não.

-E quando ele pede um exame assim, um exame pra senhora fazer, ele explica o exame pra senhora, explica o exame em detalhes?

-Uai, até que explicava, fala o que que é pra fazer né? Eu pedi a ele que eu quero fazer um exame de sangue, e ele me deu o papel.

-Quando a senhora pede pra fazer um exame ele dá (...) pra senhora?

-Dá, dá.

-E normalmente é a senhora que pede pra ele, pra fazer os exames?

-É eu que peço.

-E esse exame da senhora...

-É, porque eu pedi a ele porque to precisando fazer um exame de sangue, eles pedem exames de sangue e não pedem triglicérides, aí eu vou fazer tudo.

-A senhora que pediu pra ele?

-Eu que pedi.

-E ele aceitou fazer o pedido?

-Aceitou.

-Ele ta pedindo aqui pra senhora, exame, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 qualidades de exames de sangue, de urina e fezes, né? Foi a senhora que pediu?

-Não, eu pedi pra fazer exame de sangue ele foi e botou tudo.

-Entendi. Tem alguma queixa da senhora em relação a urina, fezes, alguma coisa assim?

-Não, porque quando eu fui operada do útero, fui suspensa na operação porque deu infecção na urina né, então de vez em quando eles pedem pra eu fazer.

-Isso tem quanto tempo?

-Três anos.

-Tem três anos. Dessa vez agora a senhora tem alguma queixa específica em relação à urina ou fezes?

-Não (...)

-E quando a senhora traz o resultado dos exames, esses aí por exemplo, quando a senhora for trazer, o médico explica pra senhora, os exames?

-Não, ele explica, ele falou comigo que os meus exames tão melhor do que ele pensava?

-Ok, é, a senhora se pudesse mudaria de médico, ou a senhora ta satisfeita com ele?

-Ah, só pode ser, um que atende a gente mais de repente, mas é bom.

-E se a senhora tivesse que indica um médico pra amigo, pra parente da senhora, a senhora indicaria esse médico?

-Ele é muito bom.

-E deixa eu perguntar pra senhora uma ultima coisinha, quando o médico conversa com a senhora nas consultas, ele pergunta sobre outros assuntos pra senhora, que não sejam aqueles assuntos do que você ta sentindo, pergunta sobre a família?

-Não.

-Não? Sobre seus medos, seus sonhos, jeito de viver, problemas que teve na infância?

-Não. (...) Mais sobre o que estou sentindo.

-Bem...

-O meu filho, ele trabalha no ____, não sei o que ele que ele é tão desorganizado, outro dia ele chegou lá em casa, sexta-feira passada, foi fazer o psicotécnico e não passou, aí em vez dele pedir autorização do mês, ele não pediu não. Aí chegou na rodoviária eles prenderam o carro, e ele devendo a mulher, como é que ele ia lá? Foi lá e me pediu 250, eu fui no vizinho e pedi 250 pra ele emprestado, agora tenho que esperar meu pagamento, meu pagamento agora é 450, eu tiro 250 e do pra ele o resto. É assim que meus filhos fazem comigo. Menino, mora no meu apartamento, perto da minha casa, nem na minha casa ele não vai.

-E esse problema que a senhora ta relatando né, que a senhora ta dizendo que os filhos da senhora não tratam a senhora...

-Não, não tratam não...

-Igual a um ser humano, né?

-É.

-O médico pergunta isso pra senhora?

-Não.

-Entra nesses detalhes?

-Não, eles não falam,”

•TGDTDQ02:

“-Você acha que essas partes, essas questões sentimentais, as angústias, assim, interiores, podem influenciar na saúde de uma pessoa?

-Pode muito.

-E você acha que seria importante assim, pro médico perguntasse isso pros pacientes?

-Ia ser bom perguntar, nós ia desabafar, ia ficar mais leve.

-Mais leve?

-É. Porque tem hora que eu fico tão angustiada, tão angustiada, eu não consigo desabafar nem com a minha mãe, com ninguém, é muito, muito raro eu desabafar com alguém. Eu desabafo mais com a minha irmã mais velha _____, ele me entende melhor do que a minha família, minha mãe, meu pai.

-Se o médico abrisse espaço pra você desabafar seria bom pra você?

-Seria, muito bom, mas ele não pergunta, não faz nada.”

• TGDTDQ08:

“-Durante a consulta ele chegava a abordar detalhes da sua vida, problemas da sua forma de viver, abordava sonhos, medos?

-Não, isso não, abordava um pouco da vida assim, tipo assim perguntava o que eu estava fazendo, assim essas coisas, mas sonhos, medos, esse tipo de coisa, não.

-Sobre a sua forma de ser?

-Não.

-De se relacionar com o mundo?

-Não, isso não.

-Você acha que esses assuntos são importantes pra serem tratados no consultório pra compreender o problema da pessoa?

-Eu acho, porque igual no meu caso que eu tenho fibromialgia, eu sei que é uma doença de fundo psicológico, somatório, então isso que faz resolver muito mais do que os remédios. Então eu acho que isso seria importante sim, mas no caso dele eu sei que, pelo menos os médicos em geral sem ser psicólogo, psiquiatra, esse tipo de coisa, eles não abordam esse lado. Então eu já não venho esperando isso dele porque eu já sei que não ocorre.

-Mas você gostaria que abordasse?

-Gostaria porque a saúde não é só, quando você fica doente não por causa de uma doença física, é muito mais psicológica, é uma conjunção muito mais do dia a dia, que leva você, o stress, o cansaço, o negócio que vai desencadear a doença, mas aí é uma seqüência, que não adianta nada tomar um remédio feito eu tomo, daqui a 15 dias eu estou passando mal outra vez porque a causa não foi resolvida, eu só estou fazendo um paliativo, aqui o remédio é só um paliativo que você faz pra aquela dor imediata, agora a causa mesmo você não resolve. A não ser que for uma gripe, uma coisa assim mais, mas mesmo assim muitas vezes até a gripe é, não é só gripe, né? Se vê que pode ----- que aqui a gente não resolve. Porque eu já fiquei mesmo gripada um tempão assim e era stress, cansaço e aí não resolve.”

•IDTBXN02:

“-Você percebeu alguma diferença na consulta da homeopatia com as outras consultas?

-Percebi, é mais detalhada.

-Em que?

-Parece tipo assim, como se houvesse mais preocupação com a pessoa. Entendeu? Parece mais um psicólogo do que uma consulta comum, porque geralmente as outras consultas são corriqueiras.

-Como que eram essas consultas corriqueiras?

-Como é que eu vou te dizer? O médico chega e pergunta você tem dor de cabeça, toma uma dipirona, tchau. Este não, ele pergunta mais, é como se fosse um psicólogo, tentar descobrir o porquê da sua doença e não simplesmente que ele tá ali.

-Você acha que isso pode influenciar na resolução do problema do paciente?

-Eu acho que sim.

-Por quê?

-Por quê? Ai. Eu acho porque, igual, eu tenho síndrome do pânico, e eu acho assim como exemplo, eu só vou me curar da síndrome do pânico quando descobri porque que ele aconteceu.

-E você acha que a consulta convencional não chega no porquê?

-Não chega no porquê. No caso, igual os remédios que eu tomo só me sedam, estou me dando como um ET.

-Você já faz o tratamento convencional?

-Já, já.

-Agora você também vai fazer pra homeopatia?

-Agora eu vou passar pra homeopatia.

-Você e sua filha então, vão fazer...ah ta, o tratamento.

-Isso. Vamos.

-Ta certo. Em relação à criança, você acha também que existe alguma vantagem na consulta homeopática, pelo que você percebeu até agora?

-Ela não, ainda nem começou a tomar remédios homeopáticos não, mas eu tenho lá em casa, a minha irmã e os meus dois sobrinhos que estão tendo ótimos resultados.

-É, e o que eles acham, eles é que te indicaram?

-Eles que me indicaram pra vir.

-E o que eles falam da homeopatia?

-Minha irmã ta gostando muito, meu sobrinho melhorou assim, 90%, muito melhor que nas outras consultas normais.”

•IDTDQ07:

“-E a consulta que ele faz, você acha que o tempo é suficiente pra ele entender os seus problemas?

-Eu acho que sim, pelo menos é mais do que quando não é homeopático, que geralmente quando é um médico comum, ele, você conversa ali rapidinho e fala, ele já prescreve o que ele tem que te dar e você já sai. Lá, não, você conversa sobre bastante coisa, é meio que um psicólogo junto.

-Você acha que ele entende os seus problemas?

-Acho que sim.

-Ele faz perguntas, ele se interessa assim, sobre os detalhes da sua vida, sentimentos, medos, sonhos?

-Tudo, tudo, pergunta sobre tudo. Sonhos, o que eu sonhei, do que eu tenho medo, o que, de tudo, coisa que você nem imagina que vai perguntar, ele pergunta, conversa e a gente acaba ficando uma consulta descontraída, é super legal.

-Você acha que é diferente da outra consulta que não é homeopática, da consulta alopática?

-Totalmente diferente, não tem nada, nenhum médico fica perguntando o que eles perguntam, nenhum médico interessa e nem tem tanta paciência em ficar te ouvindo às vezes, às vezes ele também conversa, fala dele, eu falo de mim e a gente fica ali, vira uma amizade, na verdade.”

•IDTBXN03:

“-Como que a senhora vê a diferença entre o tratamento que ta sendo feito agora com a homeopatia e o tratamento anterior com a Saúde da Família, com a alopática, qual que é a diferença que a senhora vê?

-Olha, eu tenho, por ela ser problemática, é uma criança que tem vários tipos de problema, ele faz controle com o cardiologista, com especialista de pulmão, ele faz com psicólogo, psiquiatra, neurologista, então, com todas essas dificuldades que ele tem, a homeopatia tem auxiliado bastante, em vários sentidos, (...). Agora eu não dispensei os outros médicos também não, porque eu preciso deles também.

-A senhora pode explicar melhor pra a gente, no que que a senhora percebe que a homeopatia ajuda no tratamento da neta da senhora?

-Colocou assim, porque por ela fazer controle com psiquiatra, então ele toma tecretol e

trufanil, então esses remédios tiram demais o apetite dela, ela não comia nada, ela não crescia, ela não pegava peso, entendeu? E quando ela começou o tratamento com a homeopatia, aí ela evoluiu, ela tá se alimentando bem melhor, ela tá crescendo, tá pegando peso, porque pra idade dele, ela tem tanto o peso quanto altura abaixo do normal.

-E ela continua tomando os outros medicamentos?

-Continua, só que diminuíram, sabe?

-Então a diferença que houve foi o tratamento da homeopatia, a senhora acha que a homeopatia ajudou a melhorar o apetite dela?

-Ajudou, ajudou a melhorar o apetite e ajudou a auxiliar a melhora dela, tanto que, tanto o psiquiatra quanto à neurologista diminuiu os outros remédios, num acha assim, porque antes ela tomava dois tecretol de manhã, um trufanil, um filotroina, então agora de manhã ela toma um tecretol, é um tecretol e meio filotroina, o trofanil ele só toma um à noite. Então diminuiu bastante o outro remédio.

-Quem decidiu diminuir o medicamento foi o médico homeopata ou foram os outros médicos?

-Não, foi o Dr. _____, que é o psiquiatra dele lá no CPP, e o Dr. _____ que é o neurologista dela lá no Hospital _____.

-Eles é que decidiram.

-Eles que decidiram porque acharam que, depois que repetiram os exames, viram que ele realmente estava melhorando, aí que diminuíram.

-Isso foi depois de começar com a homeopatia?

-Depois que começou com a homeopatia.

-Os médicos em geral te perguntam sobre os sonhos, o bem estar, a vida em família, em detalhes, entram em detalhes assim?

-Não, a vida assim, geralmente mais é o que você tá sentindo naquele momento, né, o que você tá passando, e o homeopata não, ele já prolonga mais, de uma outra forma.

-De qual forma que o homeopata prolonga mais?

-Ele procura saber o estado, assim, o que tá acontecendo dentro de casa né, o ambiente familiar, como que é o ambiente familiar, pra poder saber realmente o que a pessoa tá sentindo.

-Então a senhora acha que existe uma certa diferença entre a consulta homeopática e as outras?

-Sim.

-E essa diferença é mais em que sentido?

-Nessa que eu te falei, dessa preocupação dos acontecimentos no ambiente familiar.”

•IDTCJ11:

“-A senhora vê alguma diferença entre essa medicina homeopática e a outra medicina alopática?

-Com certeza. Porque eu acho que ele é mais dedicada do que outros médicos, normal, os clínicos.

-Por que que a senhora acha?

-Por esse motivo, porque ele passa a saber como que é a convivência da gente, como que é o dia a dia. Eu acho que isso faz parte também pra chegar num ponto pra ver o problema dela. Ele pergunta tudo, como que é a convivência, como é que foi, como é que não foi, como é que tá, como é que não tá. Então assim, os outros médicos já não faz isso. Nem todos médicos, porque tem uns que às vezes pergunta, mas nem todos. A maioria não pergunta. Só pergunta o que que ela está sentindo e pronto. Já vai escrevendo a receita e pronto. Ele não, primeiro ele conversa, pergunta como é que está o dia-a-dia dela, como que ela está dormindo, como que ela está alimentando, isso tudo ele pergunta.”

•IDTDQ7:

“-E você já tinha feito outros tratamentos que não o de homeopatia antes?

-Muitos, muitos, muitos, porque o meu problema é meio que alérgico, então eu já fui desde criança eu tenho esse problema e eu já fui em muitos, já tomei muita, tratamento de anos, vacina, injeção, não sei o que, tudo, muito tratamento e aí...

-Você já tomou muito medicamento pra alergia?

-Muito medicamento pra alergia, pra, aí é sinusite, renite, essas coisas tudo, então aí lá no

posto de saúde, lá perto de casa que uma enfermeira falou assim: “olha tem um tratamento que o homeopático e tal, que a minha filha tem um problema igual ao seu e ela deu uma melhorada com ele”, eu falei assim: então eu vou tentar. Porque eu já tinha tentado de tudo, aí eu vim, fiz e aí eu estou gostando porque assim pelo menos é um tratamento que eu estou vendo que está me ajudando. Os outros assim, ajuda, só que assim, você parou de tomar volta tudo de novo. Aí ali, ele até agora está..

-Você já abandonou os outros medicamentos?

-Já.

-Já abandonou vacina, essas coisas?

-Já, mesmo porque tratamento homeopático, você não pode misturar doses, né, de outros medicamentos com ele, senão corta o efeito dele também, né. Mas eu já tinha parado de tomar porque era antibiótico, inicinho de antibiótico, aí era vacina e era todo mês a vacina, o negócio não adiantava nada, aí era só gastar dinheiro, e é só entupir de remédio toda hora, e dando crise do mesmo jeito de bronquite, sinusite, de tudo, aí eu falei, ah, agora esse daí não.”

•IDTQsox01:

“-Você acha que ele chegou a entender os seus problemas?

-Com certeza.

-Qual que foi a sua sensação com relação a isso? À compreensão dele dos seus problemas?

-Esclarecimento. Ele me deu uma luz no escuro. Coisa que eu não fazia idéia, ele me esclareceu ali agora.

-Você já tinha procurado algum outro médico em relação a esses seus problemas? Você não precisa identificar quais são eles, ta?

-Já tinha.

-E qual foi a diferença que você percebeu entre a escuta dele e dos outros médicos?

-Um pouco mais de atenção, ele demonstrou um pouco mais de interesse na situação minha como pessoa, do que minha como mais um paciente, ele quis saber mais da minha vida.

-Explica um pouco mais pra mim sobre isso.

-Ele quis, ele veio da minha infância até os dias atuais me perguntando sobre os acontecimentos da minha vida, já o médico convencional me pergunta o que eu estou sentindo, o que está se passando, passa o medicamento e acabou. Não quer saber a razão disso, quer saber o que está, interessa mais ele o agora do que o porquê o agora aconteceu, mais ou menos nesse sentido.

-Você acha que essa forma de abordagem pode ter influência na resolução do seu problema?

-Com certeza.

-Por quê?

-Porque ele te coloca mais a par do que está acontecendo, você se sente mais pessoa, mais gente, mais parte da coisa. Ali no outro caso, você se sente mais um, você é mais um que vai pegar uma receita ali, pegar um médico e tomar, pegar um remédio e tomar, aqui não, aqui você parece que se torna mais íntimo, uma coisa mais íntima do médico. O médico te trata como gente.

-E alguma outra consideração que você possa fazer, você pode falar livremente sobre o que você sentiu ou achou da consulta, a possibilidade de resolver seus problemas.

-Acredito que já tenha dito basicamente tudo, mas agora eu acredito mais em solucionar as questões da minha saúde do que antes. Antes eu estava meio que num tiroteio de cego, agora não, agora eu estou num caminho onde eu posso trilhar e eu acredito que vai dar certo. Porque muito do que ele disse coincidiu com o que eu já imaginava e outros já haviam comentado e coisas do gênero, agora eu tenho uma posição oficial a respeito, eu aconselho. Mais ou menos isso.

-Mais alguma outra percepção de diferença entre essa consulta e as outras que você já tinha feito? Além das que você já mencionou?

-Eu acredito que as outras tinham que ser mais humanizadas, entendeu, o cidadão tinha que ser, por exemplo, veio pra trabalhar, vem com vontade, conversa com paciente como se fosse ali, sei lá, imagina lá que o cara passou 10 anos numa universidade estudando pra

tratar o cara numa frieza danada. Pó, pra que isso? Fica em casa, vai jogar bola, vai ser médico pra quê? Mais ou menos por aí. Não que o médico seja um péssimo, um horrível médico, mas é que a coisa fica meio, até o próprio paciente faz isso acontecer porque tem paciente que está todo dia aqui talhando o sangue do cara. Então, pó, que doença que esse cara tem, eu já falei que ele não tem nada e ele está aqui de novo, está aqui de novo, está aqui de novo. Acredito que ele vai com o tempo, ele vai meio dando uma estressada., perturbada na cabeça dele, vai saber.

-E nessa questão, você acha que o seu médico homeopata que você conheceu hoje, também estaria submetido a esse tipo de pressão dos pacientes? Como talhar o sangue, etc.

-Não porque quando você faz a consulta com ele, ele já te esclarece bem o que está acontecendo, entendeu, você faz uma consulta com outro, você fica sem saber o que está acontecendo, você continua sentindo dor e o médico vira pra você e diz que você não tem nada, você não tem nada. Mas, pó, ele está ali avaliando um exame clínico, um exame de laboratório, este não, ele já vai numa coisa mais de pessoa, de sentimento, o que se passou, o que deixou de se passar, o ser humano não é só um pedaço de carne, não é verdade?"

•IDTCJ08:

"-Se você está no caminho da medicina, se você seguir --- dele, vai bem. Ele é atencioso, uma pessoa carismática, isso é importante, né? Você sabe que o que que ajuda o paciente é isso, né?"

-Como assim, me explica direitinho.

-Uai, uma pessoa que da atenção e te escuta você com atenção... Uai! É importante pro paciente! Porque o estado psicológico do paciente ajuda, né? Então a pessoa... às vezes você vai consultar com o médico. A gente está falando, está explicando e o médico não está nem prestando atenção no que você está falando? Como é que o seu estado psicológico fica? Você não sai de lá satisfeito com ele não. Agora quando o médico dá uma atenção, escuta você, pergunta, se não entendeu pergunta novamente. Meu médico faz isso."

•IDTCJ09:

"-E qual que é a diferença que a senhora vê entre essa medicina homeopática e a outra medicina alopática?"

-A diferença é o seguinte, eles são um tipo assim, uns psicólogos, eles fazem uma... Conversam com você, tem importância de como é que vai ficar, não é tão rápido igual um clínico. (...). E outra coisa, esse remédio não faz mal pro meu fígado... Eu tomei um remédio ano passado, eu tive que fazer vários ---- meu fígado. Eu tive que mudar de remédio. E ele não, os remédios dele não faz mal. Você pode tomar quantos tiver, eu já tomo muito remédio, igual eu te falei, né? E os remédios dele não te faz mal. Melhor né? Aí agora voltou de novo, o medo de novo. Eu estou assim com medo, medo de morrer, quando eu vejo que fulano morreu... Nossa! será que eu estou preparada pra morrer? Falei isso com um psiquiatra, ele riu de mim. --- porque eu sou crente, né? Então, a bíblia fala muito sobre inferno... Será que eu vou pro inferno? Será que eu vou queimar no fogo eterno? Será que eu... Aí eu fico deprimida, né? Eu corro para o Dr _____. O psiquiatra, ele atende tanto paciente que ele nem conversa com você. Sai um, entra outro, cinco, dez minutos só pra você, passa os remédios e sai correndo da sala. Porque não tem tempo, né? Ele mesmo fala, ele mesmo indica, --- paciente há quase um ano, ele fala: gente, eu não tenho tempo de conversar com vocês, vocês precisam de conversa pra tirar muita dúvida.

-Sei.

-Ele é quase igual a um psicólogo pra mim. Ele é quase um psicólogo. Agora com esse problema meu, má circulação... tudo eu trato é com ele.

-Trata de outras coisas também?

-Trata de várias coisas. Eu tive uma flebite na perna, nossa, eu tive que tomar tanto antibiótico, eu estou com medo que volte, a minha perna quando envermelha, eu corro de volta. Agora eu vim pra ele aqui. Ele me da uma saída, pra onde eu vou. (...) Tem outra coisa, meu intestino é muito preso, ele também da umas dicas pra gente poder saber como saia... como faz pro meu intestino soltar. Entendeu? Muita coisa, eu também confio, igual eu te falei..."

•IDTCJ10:

“A homeopatia não cansa, ela não esgota a sua vida, não esgota seu... seu... sua existência, porque a alopatia cansa, é pesada. Aí seu fígado cansa, seu baço cansa. E a homeopatia não cansa, é bem levinho. E muda de remédio, se não da certo ele muda até dar certo. Vai trocando o seu remédio, vai conversando mais, vai aprofundando mais a conversa até descobrir um que da certo. O médico fica ali conversando com você como se fosse assim, uma pessoa da sua casa. Senta com você, tira aquele tempo pra você. Agora a alopatia não, a alopatia é muito rápido, não dá tempo de você explicar o que está sentindo e a pessoa te entender. Eu acho que a diferença dos dois é aí.

-Quem que a senhora acha que entende melhor o problema?

-O homeopata.

-Hum, hum.

-Porque o homeopata ele trata de você como um irmão, como um pai, como uma mãe. Agora, o alopatia é muito rápido, é uma conversa muito rápida.”

•IDTDC01:

“O mais é que a homeopatia, ela entende mais alguns problemas, quando o médico também é mais avançado ele entende alguns problemas, por exemplo, questão de medo, questão de solução de algumas coisas, que os outros médicos, questão do sono, fala, ah mais ele não dorme, ah mas ele não sei o que, e ficava por isso mesmo sabe, não tentava resolver.”

•IDTDQ03:

“-[O homeopata] faz todo tipo de pergunta desse tipo também, pelo menos quando eu vim ele fez.

-E isso pra você é importante falar?

-É importante, por causa que tem muitas vezes que a gente passa problemas dentro de casa, ou passa por problemas que vem em torno de tudo, aí fazendo esse tipo de pergunta, uma coisa vai puxando a outra, uma coisa puxando a outra e talvez até chegue numa coisa que a gente está passando e a gente por muito assim, assim, por estar muito preso, assim, uma coisa vai acarretando a outra, acaba chegando problema. Pergunta tuso, passado, presente; perguntas fundamentais. Então eu acho que isso é bom.”

•IDTDQ04:

“-E eu, exatamente por esse tratamento com o Dr. _____ já vai pra uns 7, 8 meses, eu estou conseguindo ver aquilo tudo, com paciência e com pensamentos positivos pra mim mesma depois levar uma vida sozinha com decência e também, assim, uma coisa que eu estou sentindo é a paciência que eu estou tendo pra poder ver aquela situação do outro lado, (...) já é uma, já é um meio através da medicação, das consultas com ele que eu estou tendo essa, esse tipo, essa paciência, essa coisa assim de não estourar, você entendeu como é que é? Então eu falei: ô meu Deus, como foi bom pra mim, porque eu não esperava pela parte da saúde pública receber esse tratamento (...). Eu acho que o problema meu cá fora, foi de ninguém parar de me ouvir, mas eu tive problema com os meus médicos, principalmente o Dr. Eduardo que é o meu médico que me trata disso aí que eu não tenho muito, realmente, quando eu cheguei eu estava muito exaltada, aqui, pra tratar com ele.

- A senhora percebeu mudanças de antes pra depois?

Com certeza, eu inclusive, eles são pessoas que eu coloco na minha agenda, e falo assim, olha, sabe aquele tipo assim, se você perdeu sua mãe, perdeu o seu pai que sempre conversou com você e te ouviu? Então você, eu não tive dificuldade de encontrar e esse encontro meu foi exatamente, nem no meus filhos, nem dentro da minha casa que somos 4 pessoas, eu não tenho essa segurança de conversar, de contar... [Estou] tão tranqüila, pra poder estar passando, porque você está passando por uma situação muito delicada, agora no momento e tudo o que eu estou percebendo é que você está tranqüila encarando essa situação. Você não está nervosa, você não está, ele olha e eu fico achando interessante, é que eu, se fosse talvez uns 3 anos atrás, eu não teria essa paciência, eu já tinha me estourado e já tinha jogado tudo pro alto, talvez eu não saberia como eu estava passando agora, como seria estava sendo a minha vida agora. Mas eu recebi esse apoio dele aqui e estou tendo essa paciência de poder estar colocando a minha cabeça no lugar, observando o que eu vou fazer, o que eu não vou fazer, sabe, e assim a medicação que ele passou pra

mim foi ótima, está sendo ótima, estou novamente com esse, vou estar voltando em junho de novo e está sendo aquele período assim excelente do tratamento que ele está me dando aqui dessa parte é, eu estou tranqüila (...). Eu indicaria. Indicaria 100%, ele pra cuidar de qualquer pessoa.

-E a homeopatia como tratamento?

-E aí também uma coisa que eu posso te falar, você fica bem com você mesmo, com a sua auto-estima, você assim, você não tem preocupação, igual o meu caso, eu não tenho preocupação com nada, eu estou vendo o mundo dentro da minha casa desabando, mas eu estou tão tranqüila e a segurança, eu estou segura de mim mesma, to feliz da vida porque eu falo."

•IDTDQ05:

"-A senhora sente que ele escuta bem os problemas da senhora?

-Escuta, analisa muito bem, pergunta sobre família, sobre alimentação, o que eu devo de fazer, o que eu não devo. Se devo aceitar, que é por causa da minha idade que vai chegando, vai chegando as deficiências do organismo.

-A senhora acha que a escuta dele é atenciosa, ele consegue entender os problemas da senhora?

-Ele entende completamente, aliás ele faz parte. Ele faz parte da minha família. Porque sempre quando eu questiono qualquer coisa da minha saúde, ele está do meu lado. Dr. Eduardo me falou isso, Dr. Eduardo me aconselhou isso, então ele faz parte.

-Então a senhora indicaria esse médico pra outras pessoas?

-Demais. Antes de eu vir aqui, eu indiquei pra duas senhoras ali. A menina dela estava chorando, eu passei a mão na cabeça dela: "ô filha, por que você está chorando?", "estou com dor de barriga, não vou na privada tem 8 dias", eu falei: "vai no Dr. Eduardo que ele te trata com remédio simples, barato e você vai melhorar, você vai ver, ele é muito bom". Falei com a mãe dela, ela falou, como que a gente, eu falei: "vai ali e pede a moça pra agendar uma pra senhora, ela nova ainda, a senhora vai ver como que ela vai melhorar"

•IDTQspx03:

"-Você acha que o tratamento é eficiente, tem sido eficiente pra resolver os seus problemas?

-Eu acho que é e eu estou gostando muito, inclusive a minha pressão andava muito alta, depois que eu passei tratar com ele a minha pressão controlou e eu vinha dia sim, dia não pra poder olhar a pressão, porque eu tenho problema de pressão alta, entoa eu estou achando que eu venho converso, então assim, tranqüiliza muito a gente, sabe? Então melhorou até nesse sentido aí da pressão alta. Eu estou conseguindo controlar mais com ele de que com o outro médico que receita os remédios e mede a pressão. Minha é muito alta, então eu estava tomando remédio que receita pra pressão alta, mas sempre a pressão estava continuando alta, então, e agora fazendo o tratamento com ele também, ta conciliando uma coisa com a outra então está controlando mais a pressão. Parece que é o sistema nervoso mesmo que faz a pressão subir sabe, então, a pressão está melhor então agora controlou uma coisa com outra. É por isso mesmo que o médico do clínico geral encaminhou pra ele mesmo pra uma coisa ajudar a outra.

-O que a senhora pensa hoje da homeopatia, agora que a senhora faz tratamento com homeopatia?

-Olha, eu nunca tinha tratado com o médico homeopata, foi até o médico da clínico geral que me encaminhou pra ele porque a respeito de uma dor que eu sentia então ele receitou, fez ultra-som, fez raio X, fez tudo e não dava nada, ele falou: então vou te encaminhar você para médico da homeopatia, foi aonde ele fez que nem ele fez, olha, você vai conversar aqui, trouxe ela fez a mesma coisa. Falou com ela, olha Dr. _____ eu vou te passar essa paciente aí porque você vê porque já receitou remédio e tudo e não vinha melhora, e fazia ultra-som, fazia tudo, e não dava nada, eu continuava sentindo a dor a mesma coisa. Depois que eu comecei a fazer o tratamento com ele eu não senti essa dor nunca mais, ele, eu vim conversei, ele me tranqüilizou bastante e eu, que nem essa dor, eu não sinto mais.

-E o que você pensa hoje da homeopatia?

-Ué, é isso aí, eu acho uma boa coisa porque eu melhorei, eu posso falar que eu melhorei bem. 100% do que eu sentia, pelo menos com relação a essa dor que me incomodava

muito, eu não sinto essa dor mais. Que foi o motivo que eu vim, que eu procurei ele.”

•Líder Comunitario:

“-Então assim, melhorou muito o atendimento e ele se deu muito bem, ele falou? Então nós começamos a luta, conversamos com, aí o distrito concordou, aí nós arrumamos o consultório pra ele aqui, ela ficou, e ele também faz outro trabalho aí que é dar educação física pra terceira idade.

-O senhor já conhecia a homeopatia, antes dele vir aqui pra comunidade?

-Já, até meu pai já mexeu com isso na roça, fazenda é, você tem os dois, então meu pai tem um livro desse tamanho assim, que era pelo livro.

-Interessante. E como que foi a aceitação pela comunidade quando ele começou a usar a homeopatia aqui?

-Excelente. Excelente, até porque todo mundo me pedia, então, nós arrumamos lá o consultório pra ele.

-E como é que o senhor percebe assim a resolução de problemas da homeopatia, em relação a outra medicina, a clinica, é, a alopatia, o senhor acha que tem diferença entre as duas?

-Eu não acho não viu? Eu não acho não, porque, todas as crianças, as mães né, tem gostado, a homeopatia eu acho que eles agem mais simples né? Mais simples.

-Como assim mais simples, Sr. _____?

-Porque é um remédio mais sem risco né? Pra família toda tomar, gota, esses negocio né, então eles gostam. Eles gostam muito El Dr. _____ aí, eles apóiam mesmo esse trabalho dele.”

•Gerente de UBS 1:

“-Você percebe alguma diferença entre a resolução de problemas dos médicos especialistas em saúde da família e do homeopata no centro?

-Sim, a gente percebe que há a homeopatia tem um desenvolvimento um pouco mais lento (...), mas que perdura mais a qualidade daquele atendimento. Já a alopatia, ela tem essa coisa assim do imediatismo, (...) outra coisa que a gente percebe assim, é a dificuldade com a medicação, porque como a alopatia tem a medicação aqui disponível, a pessoa vai ali, pega o remédio, toma o remédio, fica com o problema dele resolvido, entre outras, ela acha isso. E aí, já a homeopatia a pessoa tem que mandar fazer a medicação, então essa questão às vezes pra homeopatia pega muito na medicação. Mas eu percebo assim o paciente da homeopatia, ele é mais estável, ele se desestabiliza menos do que o da alopatia. Procura às vezes com uma regularidade mais, como é que a gente pode dizer, com uma certa regularidade.

-Em termos de retorno que esses pacientes possam dar ao centro de saúde, você vê alguma diferença em termos de satisfação e de percepção de resolução dos próprios problemas entre os pacientes dos especialistas de saúde da família e da homeopata? Você percebe nesse retorno alguma diferença?

-No sentido de satisfação?

-Satisfação e percepção de resolução de problemas.

Eu acho que da homeopatia, eles dão um retorno maior, eles têm mais facilidade de expressar essa, essa satisfação do que com a alopatia. Porque com a homeopatia, ele sente aquela diferença e percebe na vida dele essa mudança. Já na alopatia, como ele, um dia está com um problema, outro dia com outro problema, outro dia com outro problema, ele não sente essa satisfação, essa coisa assim de que o problema dele foi resolvido, ele pensa que talvez ficou uma coisa falando e por isso que ele teve que voltar, ele pensa assim.

-Você acha que tem algum resultado prático pra unidade de saúde contar com um homeopata na atenção básica? Isso influencia alguma coisa na unidade de saúde?

-Muito mesmo, o perfil da unidade é totalmente diferente, eu já trabalhei em unidade que não tinha homeopatia e nessa unidade que agora aqui tem e assim também pelo perfil do homeopata que eu acho que ajuda, por causa da interação com os outros profissionais, inclusive assim até os funcionários, saem muito menos pra consultas e tal porque às vezes utilizam o tratamento homeopático até na unidade que às vezes ele tem um horário ali disponível a pessoa está com alguma coisa, ele vai lá faz uma consulta com aquela pessoa, a pessoa estabiliza e tal, então assim, na verdade, é uma, é totalmente diferente, trabalhar

numa unidade com um profissional homeopata que tem um perfil legal porque também eu acho que isso tem influência, ou numa unidade que não tem homeopatia, porque tem situações que você, quando você encaminha pra homeopatia, aquela pessoa ali, ela modifica totalmente, né, e aí é a outra pessoa que modifica hábitos, modifica maneiras de se comportar, modifica o jeito dela mesmo, então assim é muito diferente.

-Em termos de gestão interna que eu estou perguntando, se há muitos encaminhamentos, se atrapalha ou se ajuda?

-Isso é pesado de gerenciar, é uma coisa assim difícil de gerenciar porque assim a demanda é muito maior do que a Secretaria consegue ofertar em algumas especialidades principalmente. E assim na homeopatia a gente não tem esse problema porque a tentativa é outra, o enfoque é outro, é equilibrar aquele ser humano ali, então vamos, a alopatia ela dá, ela cria essa, uma demanda pra especialidade e a homeopatia não cria essa demanda. Eu acho que isso é uma parte assim que ocupa muito o gerente, que é a questão da especialidade, que gera muita reclamação, gera muito problema, pra unidade o nível de encaminhamento.

-E em relação aos exames?

-Exame laboratorial, exame de raio X, também é muito menor, muito menor mesmo.

-Menor pra qual das especialidades?

-Pra homeopatia, mas acontece porque eu acho também que todo profissional precisa às vezes de um exame, mas numa proporção muito menor, muito menor mesmo.

-Do ponto de vista gerencial, eu já trabalhei com homeopatia informalmente no centro de saúde _____, a psiquiatra era homeopata e a gente percebeu também na questão da saúde mental uma mudança assim importante em relação ao tratamento do paciente de saúde mental com homeopatia, não era oficial porque na época ela era psiquiatra, então ela oferecia ao paciente, você quer que eu tento tratar com homeopatia, porque eu sou formada nisso e tal, a pessoa aceitava e depois o próprio usuário virava pra gente e falava assim, nossa foi tão bom eu parar de tomar aquele tanto de remédio e tal, então assim, eu penso que a Secretaria devia pensar nesse enfoque na saúde mental que é muito importante, assim a gente percebia totalmente a diferença que ela tratava com homeopatia e o que tratava com os antidepressivos padronizados e tal. Acho que a questão da medicação é muito importante, porque eu acho que a gente tem algumas áreas em Belo Horizonte que tem um nível econômico que dá pra comprar a medicação e tem áreas que por exemplo a norte, venda nova, eu acho que são áreas que pra aquele paciente ali, seis reais, sete reais, ou dez reais pra comprar um medicamento homeopático e ele demora um tempo pra fazer o efeito, sendo que a gente é criado num ambiente das coisas imediatas, eu acho que isso prejudica muito a adesão à homeopatia. Porque o paciente fala assim: gastei aí o meu dinheiro e esse negócio não fez efeito, então, porque eles querem tomar o remédio hoje e amanhã eles já querem estar com tudo resolvido, então. E também o problema às vezes é de, é social, então a pessoa não tem aquela coisa de ficar tranqüila aguardando o efeito da medicação, então eu acho que assim, o fornecimento da medicação ajudaria muito pra que esse tratamento fosse mais entendido pela população, mais aceito, mais divulgado, mais bem recomendado pra um vizinho, uma coisa assim. Eu acho que a questão da falta da medicação, porque a alopatia está aí, né, na farmácia, então às vezes o paciente faz a opção pela alopatia, não porque ele prefere a alopatia, mas é porque aí ele não vai gastar nada. Então ele vai lá na farmácia pega o diazepam e sai tomando, ou então o amoxil, ou o que ele acha ali que já está pronto ali né? -Que ele vai lá e pega.

-Você acha que isso pode influenciar na decisão dele? Sobre qual tratamento ele quer?

-Pode, se ele tiver, se ele tiver a possibilidade de na homeopatia ele conseguir a medicação gratuitamente, ele vai interessar mais pela homeopatia. Porque a primeira coisa que o profissional tem que conversar com o paciente às vezes é isso porque dependendo da condição financeira da pessoa não adianta, você vai receitar ali, ela não vai tomar porque ela não tem como comprar. Então é uma coisa que às vezes ele tem que conversar com o paciente que a medicação dele, ele não pode, que não é fornecida pela prefeitura e às vezes o próprio paciente se posiciona, fala então eu não vou querer porque eu não vou ter dinheiro pra comprar, então eu acho que isso é uma questão importante, sabe, que precisa ser pensada. Se não também como você investe no profissional, coloca a rede atendendo, mas também o paciente não tem como comprar a medicação. Apesar que é uma medicação de custo baixo, mas é baixo pra mim, é baixo pra uma pessoa que tem uma certa condição,

mas pro usuário, às vezes isso faz diferença no orçamento dele mensal.”

•Gerente de UBS 2:

“-Eu fico achando que é o seguinte, os pacientes que eles vão para a homeopatia, ou para a acupuntura, eles têm uma coisa de diferente que é do ponto de vista assim de que eles são pacientes acabam ficando mais vinculados ao profissional, eles têm uma, uma, não sei, parece que eles têm uma certa serenidade assim, é uma abordagem diferente e o paciente também, ele percebe isso e ele acaba comportando também de modo diferente. Rarissimamente você consegue perceber um paciente que seja da acupuntura, seja da homeopatia, um pouco exaltado, um pouco nervoso, um pouco ansioso. E aí eu acho que isso tem a ver com a questão da abordagem, da forma de você conversar com o paciente, você lidar com o paciente, enfim (...). Além disso eu acho que o programa saúde da família também ele mudou um pouco essa história, assim, o paciente, hoje, ele também, ele já chega na unidade de maneira diferente e ele é recebido também de maneira diferente, eu acho que ele tem uma coisa assim mais acolhedora que é próprio do PSF, porque você tem um vínculo, você conhece um pouco as pessoas que você atende e eu acho que isso também facilita (...). Mas eu acho que tem uma coisa que agora eu começar a prestar melhor atenção nisso. Assim, tem uma coisa diferente sim, eu acho que tem da questão assim, da clínica mesmo, da abordagem, da forma como, né, assim, o tratamento, a forma como lida o paciente como desses profissionais, eu acho que facilita.(...).

-Como que você vê a satisfação dos pacientes com um e outro tratamento? É tudo uma percepção subjetiva sua, tá?

-É porque assim, dificilmente eu vejo algum paciente, ele manifestar uma insatisfação com o atendimento. Exceto com alguns profissionais que às vezes não teve, que isso pode acontecer. Mas por exemplo com os profissionais que eu tenho aqui, de acupuntura por exemplo, e de homeopatia, eu não me lembro de ter chegado algum paciente pra mim pra me dizer de uma, pra reclamar de alguma coisa, pra manifestar algum tipo de insatisfação, seja de um tratamento, ou de desistir, de não ter gostado, não volta, não quero saber, sabe, não me aderi, isso não me interessa. Eu não tenho conhecimento disso, é possível que isso tenha acontecido e não tenha chegado a mim, mas eu não tenho nenhum conhecimento.

-E em saúde da família você já teve algum caso assim?

-Às vezes, às vezes, como é o caso daquele senhor por exemplo, mas também são histórias, são questões mais...

-Pontuais.

-Olha, eu acho que a atenção básica, o PSF, ele foi uma estratégia e é uma estratégia muito interessante de você fazer a atenção básica. Então eu acho que nós já tivemos mais problemas e os gargalos já foram maiores. Eu acho que a despeito dos problemas que temos que eu acho que é ainda de infra-estrutura, eu acho que de demanda grande, de perfil de profissional, mas eu acho que a gente, eu posso dizer que já houve uma evolução muito grande, eu acho que a gente já caminhou bastante, eu acho que a gente já colhe frutos bem interessantes a partir do PSF. Eu penso que a questão da demanda reprimida, ela é uma questão que foi resolvida, eu acho que demanda reprimida é uma questão complicada, é complicada pro serviço, é complicada pro sistema e a partir da hora que você não tem mais demanda reprimida eu acho que você deu um passo muito a frente.

-E essa unidade não tem?

-E a gente não tem muito problema com a demanda reprimida.

-Isso é nessa unidade ou o sistema como um todo...

-É difícil dizer o sistema como um todo, mas eu acho que no geral, essa questão da demanda, ela meio que se resolveu com o programa de saúde da família.

-Mesmo no que se refere ao encaminhamento pra especialidades?

-Aqui eu não tenho problema com encaminhamento pra especialidade não. Eu não tenho demanda reprimida, exceto aquelas consultas ou exames que têm uma oferta muito pequena no município e que você não consegue, fora isso não, nós não temos demanda reprimida de consulta especializada.

-Quais são essas demandas?

-Nem sei se vou saber exatamente agora. Alguns ultra-sons a oferta é pequena, otorrino a oferta é pequena, ortopedia porque a ortopedia, ela se dividiu, se fragmentou muito, então alguma, alguns subespecialidades...

-Algumas partes do corpo.
-Sim, ficaram mais difíceis de serem encontradas. Então ombro, mão, punho, algumas coisas mais difíceis.
-É melhor trabalhar no joelho do que no ombro?
-Não sei se no joelho, mas na coluna.
-Da coluna é melhor?
-Porque você tem outras alternativas, entendeu, tem que pensar o ----- pro futuro, tem o da fisioterapia, tem o leancun que hoje é uma prática muito interessante que hoje é uma prática muito interessante que baseada da medicina chinesa que também resolve muito essa questão de dor, dor muscular e tal, é comum assim, mas algumas coisas resolve legal.
-Os exames, eu falei do encaminhamento, os exames são problema, ou existe uma resposta rápida do sistema?
-Exames...
-Exames complementares, laboratório, radiológico.
-São rápidos.
-Não existe tão pouco afunilamento nisso aí?
-De exames não, aqui nessa unidade não. Especificamente aqui não. Você consegue marcar exames pra no máximo dois dias, se no dia seguinte, daí a dois dias, raio X também, radiologia tudo.
-Rápido?
-Rápido, de modo geral a gente não tem problema com a demanda reprimida.”

•Responsable por el PRHOAMA:

“-Administrativamente, do ponto de vista de coordenação, gerencial, quais são os problemas que a homeopatia enfrenta hoje pra crescer no município?

-Nós ainda temos um número pequeno de médicos e nós estamos aguardando é que sejam nomeados novos médicos do concurso porque foi feito em 2006.

-A homeopatia particularmente tem algum problema dela com a gestão, ela gera algum tipo de problema, alguma demanda que não pode ser suprida pela gestão?

-Olha, nós vemos o seguinte que ainda a prioridade são as equipes de saúde da família, realmente dentro do programa do Ministério, dentro do programa da Secretaria Municipal. Então primeiro tem que ser, vamos dizer assim, ser tudo, as equipes serem todas equipadas com os médicos, com os enfermeiros, com os auxiliares de enfermagem e depois como ainda a homeopatia e acupuntura, essas práticas não estão inseridas nas equipes de saúde de família, estão inseridas nas equipes de apoio, a prioridade mesmo é para a equipe de saúde da família.

-E a questão de fornecimento do medicamento, é um problema hoje pra homeopatia?

-Aliás, é um problema que nós não conseguimos solucionar porque já fizemos convênios com farmácias particulares, mas o convênio durou cerca de 4 anos e também não atendeu como deveria ser atendido. Esse problema vai ser solucionado lá na Secretaria de Saúde a hora que nós tivermos uma farmácia própria, uma farmácia de manipulação, aliás que é o nosso desejo já que eu sou farmacêutica homeopata, fui concursada, nomeada e vim para a Secretaria para a implantação da assistência farmacêutica e com o fornecimento de medicamentos homeopáticos, antroposóficos e fitoterápicos.

-E há alguma previsão para a implantação dessa farmácia?

-Nós já temos um projeto pronto e com estimativa de custo, com planta, quer dizer, nós temos todo o projeto, o plano pronto, mas estamos dependendo então da Secretaria determinar verbas e infra-estrutura determinar para que seja feita a farmácia.”

•Secretario Municipal de Salud de Belo Horizonte:

“-E quais são os problemas, os gargalos desse sistema hoje em Belo Horizonte?

-Eu diria que ele disparadamente, o maior problema é a fixação das equipes, e dentro da questão das equipes, a questão do profissional médico (...)a fixação da equipe, a sua perenização, até pra cumprir o principio aí, a idéia do vinculo, da confiança, especialmente com o profissional médico é o grande desafio. Quer dizer, ter oferta de profissionais qualificados e com desejo de trabalhar nesse caminho, acho que tem varias explicações pra isso, eu acho que hoje, no caso de Belo Horizonte, o menor é a remuneração, mas tem a questão de ser porta aberta, estar na cidade toda, estar nas áreas violentas, mas eu acho que disparadamente o maior problema é uma enorme incoerência entre a formação do

profissional na graduação e o que ele encontra de realidade no sistema de saúde. Então eu acho que aproximar, a universidade, a academia, a graduação, do mundo real do SUS e que o grande caminho é o Saúde da Família, nos faria um grande serviço ao sistema de saúde, ao disponibilizar profissionais adequados, e evidentemente nos tirar o ônus de ter que reformar, no sentido lato, esses profissionais, especializando, fazendo residência, enfim, eu acho que é um...

-Qual é o conceito de integralidade pra gestão de saúde em Belo horizonte?

-Olha eu acho que é talvez, nos conceitos, nos princípios do SUS, o que nós temos ainda mais distancia de alcançar, é, então nós consideramos que é um processo, é um movimento no sentido de no fim mesmo, atender as necessidades das pessoas na exata medida que elas demandam, não é fácil, é uma utopia que tem que ser perseguida. É, portanto a integralidade tem esse conceito mais etéreo pra nós, quer dizer, é satisfazer, fazer sentido o sistema de saúde pras pessoas no momento que elas precisam independente de estar tecnicamente correta ou não a demanda, né? Portanto o centro da decisão sobre a necessidade é o usuário. Agora do sentido operacional nós achamos que tem vários sentidos pra integralidade, a integralidade no sentido da articulação das políticas públicas extra setor saúde, pra produzir saúde, né, as políticas de promoção da saúde que são fora do setor saúde, no saneamento, na habitação, no meio ambiente, na educação, na cultura, no trabalho, no esporte, enfim, né, reduzindo riscos e produzindo saúde, o sentido de que ao ter detectado alguma patologia você tem um circuito mais laminar de caminhada no sistema de saúde, buscando quando necessário exames, especialistas, internações, atendimento de urgência e sempre, esse é um sentido pra nós muito claro, sempre geridos pela atenção primária, né, dentro do principio aí da vinculação definitiva e do principio da longitudinalidade, né? E que a equipe de saúde da família ao mesmo tempo que ela é cuidadora direta ela também seja gestora do cuidado ao longo do tempo, pra isso ela precisar ter informação, ser retroalimentar, então no sentido que a rede toda se organiza pra dar integralidade, é, a partir da base atenção primária, essa é a orientação clara, então nós estamos montando progressivamente já inaugurado, um grande centro metropolitano, o maior centro brasileiro de especialidades em propedêutica ambulatorial, que é esse cardiominas, todo ele, cem por cento encaminhado a partir da atenção primária, ou de Belo Horizonte ou através da central reguladora com o interior do estado. Eu acho que essa é uma marca importante de que as redes de atenção se assentam sobre a atenção primária, e vão buscando ofertar integralidade ao longo do tempo, esse é o sentido maior de integralidade pra nós.

-E a integralidade para o paciente, que dizer, você encarar a pessoa como ser integro, como é que é...

-Esse, além daquele mais fluido e esse mais operacional eu diria que esse é o mais próximo das pessoas, quer dizer, é a..., e seria a outra grande vantagem do Saúde da Família, quer dizer, é a possibilidade mais concreta de você ter permanentemente de forma progressiva, de forma mais profunda, a visão integral do sujeito né, e até no seu contexto familiar e no seu contexto local. Eu acho que isso é a terceira perna aí da integralidade no sentido de que pra equipe é fundamental ter essa possibilidade de olhar o individuo na sua integralidade, mesmo que ele busque o serviço por alguma demanda que a partir daí, você possa vê-lo e detectar outras questões que sejam importantes à interação com a equipe de saúde."

•Gerente de APS:

"-Indo um pouco mais pra teoria, qual é o conceito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte de integralidade no atendimento?

-Olha, a gente trabalha, eu vou... primeiro que a Secretaria é muito grande e eu não posso dizer que eu estou respondendo pela Secretaria.

-Só a atenção básica mesmo.

-É eu vou dizer da minha compreensão. Eu acho que existe uma integralidade que ela é, ela se realiza no ato da atenção daquele profissional com o paciente dele, que é uma abordagem ampla, abrangente, que ele faz tudo que a capacidade de conhecimento dele pode pra aquele paciente e ainda busca alianças ali dentro do centro de saúde pra um atendimento integral, ainda no horizontal da atenção básica. E a Secretaria como um todo, trabalha muito a idéia da integralidade no sistema de saúde. Que é, eu vou oferecer o atendimento integral que vai da promoção de saúde até a reabilitação. Passando aí pelo

apoio diagnóstico, atenção hospitalar se for necessária e pela atenção de urgência. Então a Secretaria como um todo tem trabalhado muito mais essa integralidade no sistema, vertical, né. eu acho que talvez essa seja a compreensão que a Secretaria tem.”

III.B) Resultados de las Encuestas

El modelo de encuesta utilizado puede ser visto al final del Capítulo II (mantenido en su lengua original para que pueda ser evaluado cuánto a la propiedad de las preguntas). Los resultados mostrados gráficamente en este capítulo fueron traducidos al castellano.

En la Tabla I, que antecede las Figuras, se resumen los casos considerados válidos y aquellos perdidos con sus respectivos porcentajes. Se consideraron datos perdidos las opciones NA (no se aplica), NS/NC (no sabe o no contesta) del cuestionario aplicado y aquellos en blanco. Todos los resultados se toman en función de las especialidades investigadas, Homeopatía (opción número 1) y Salud de la Familia (opción número 2).

Tabla I: Presentación de casos válidos y casos perdidos en las respuestas a las preguntas de la encuesta, con sus respectivos porcentajes.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Nombre del Centro de Salud	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
Nombre del Profesional	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
Nombre del Entrevistador	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
3. Sexo del paciente	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
4: Edad del Paciente	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
5. Quien Contesta	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
6. Escolaridad del Paciente	462	95,9%	20	4,1%	482	100,0%
7. Escolaridad del Responsable	70	14,5%	412	85,5%	482	100,0%
8. Nivel de Ingreso Familiar	456	94,6%	26	5,4%	482	100,0%

9. ¿Esta fue su primera consulta con este médico?	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
Continuación de la Tabla I	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
10. ¿Cuánto tiempo esperó para conseguir una consulta con este médico?	476	98,8%	6	1,2%	482	100,0%
11. ¿Cuándo llegó hoy para la consulta, cuánto tiempo esperó para ser atendido por el médico?	478	99,2%	4	,8%	482	100,0%
12. ¿El tiempo que el médico le dedica es suficiente para escuchar y entender sus problemas?	481	99,8%	1	,2%	482	100,0%
12a. ¿Durante las consultas, el médico le pregunta en detalles sobre su familia?	366	75,9%	116	24,1%	482	100,0%
12b. ¿Durante las consultas, el médico le hace preguntas sobre sus sueños, miedos, deseos?	366	75,9%	116	24,1%	482	100,0%
12c. ¿Durante las consultas, el médico quiere saber en detalles sobre otros problemas que Ud. ya tuvo?	367	76,1%	115	23,9%	482	100,0%
12 d. ¿El médico quiere saber en detalles sobre su forma de vivir?	367	76,1%	115	23,9%	482	100,0%
13. ¿El médico le presta atención a lo que Ud. habla?	478	99,2%	4	,8%	482	100,0%
14. ¿Y Ud. cree que él entendió sus problemas?	471	97,7%	11	2,3%	482	100,0%
15. ¿Él lo examinó bien?	473	98,1%	9	1,9%	482	100,0%
16. ¿Él lo ayuda a resolver sus problemas de salud?	464	96,3%	18	3,7%	482	100,0%
17. ¿Explicó bien el médico los problemas que Ud. tiene?	478	99,2%	4	,8%	482	100,0%
18. ¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre la receta son completas?	455	94,4%	27	5,6%	482	100,0%

19. ¿Entendió Ud. las explicaciones sobre la receta?	455	94,4%	27	5,6%	482	100,0%
Continuación de la Tabla I						
Casos						
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
20. ¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre los exámenes complementarios son completas?	330	68,5%	152	31,5%	482	100,0%
21. ¿Entendió Ud. las explicaciones sobre los exámenes complementarios?	329	68,3%	153	31,7%	482	100,0%
22. ¿Con Ud., cree que el médico es educado?	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
23. ¿Cuándo Ud. lo necesitó, sus problemas fueron resueltos?	431	89,4%	51	10,6%	482	100,0%
24. ¿Le gusta su consulta? ¿Su forma de atender es buena?	476	98,8%	6	1,2%	482	100,0%
25. ¿El médico le gusta a Ud.?	472	97,9%	10	2,1%	482	100,0%
26. ¿Si lo pudiera hacer, Ud. cambiaría de médico?	455	94,4%	27	5,6%	482	100,0%
27. ¿Indicaría Ud. ese médico, si pudiera, a sus parientes y amigos?	476	98,8%	6	1,2%	482	100,0%
28. ¿Conoce Ud. el equipo que trabaja con su médico?	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
29. ¿Y Ud. cree que el equipo ayuda o dificulta?	246	51,0%	236	49,0%	482	100,0%

La distribución por sexo mostró que más los homeópatas tienen mayor porcentaje de pacientes femeninas, y está representada en la Figura 1:

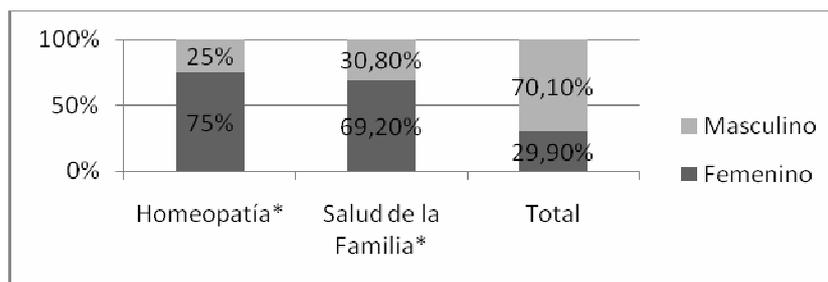


Figura 1: Distribución por sexo de los pacientes entrevistados. Los datos se expresan como frecuencia relativa en porcentajes.

La distribución por edad de los pacientes presentó diferencias calculada entre los pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia, y está representada en la Figura 2:

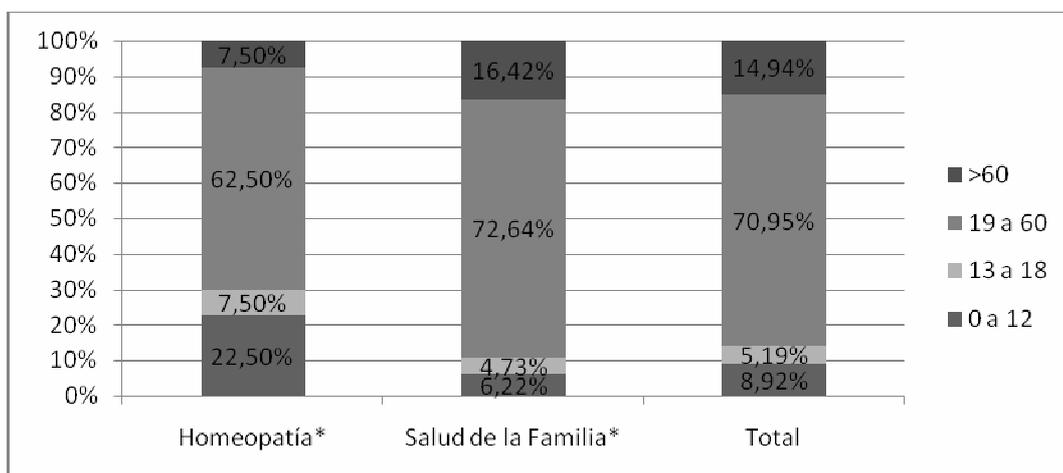


Figura 2: Distribución por edad de los pacientes entrevistados. Los datos se expresan como frecuencia relativa en porcentajes (*p < 0,05).

Sobre quién contestó a la encuesta, se encontraron porcentajes diferentes entre los grupos de pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia. Se observó que un porcentaje mayor de pacientes, en relación al de acompañantes, de Salud de la Familia contestó a las preguntas, Figura 3:

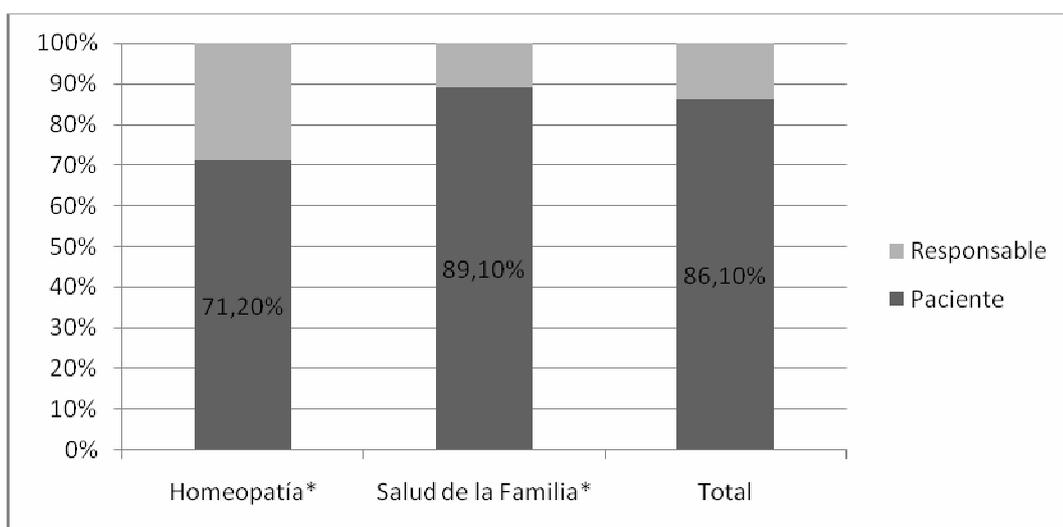


Figura 3: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Quién contesta?", correspondiente a la encuesta realizada.

El nivel de escolaridad de los pacientes no presentó diferencias y está ilustrado en la Figura 4:

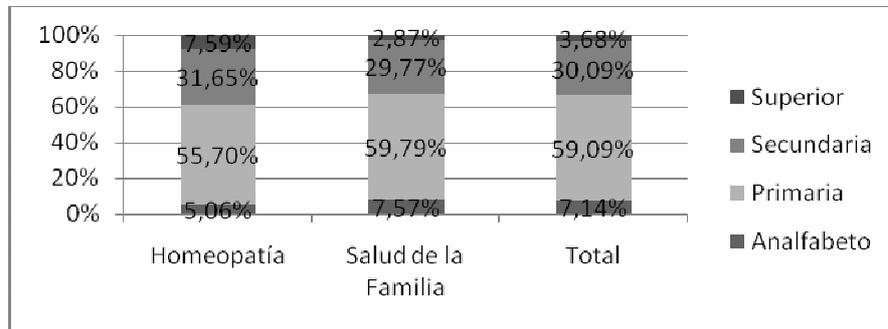


Figura 4: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuál es el nivel de escolaridad del paciente?”, correspondiente a la encuesta realizada.

El nivel de escolaridad de los acompañantes presentó diferencias, Figura 5:

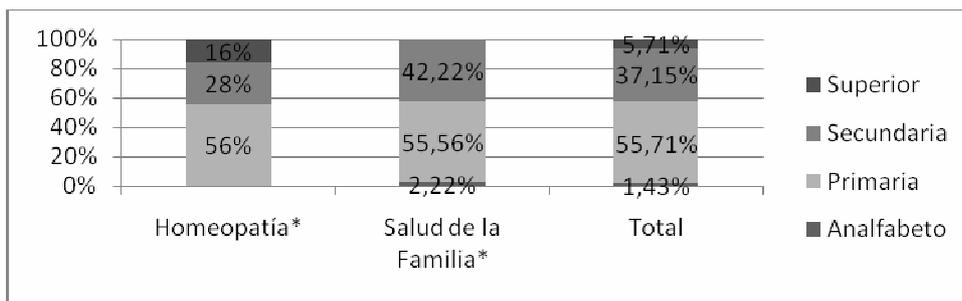


Figura 5: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuál es el nivel de escolaridad del acompañante, si es el caso?”, correspondiente a la encuesta realizada.

El nivel de ingreso, en salarios mínimos (SM), está mostrado en la Figura 6 con los respectivos porcentajes mostrados entre los grupos de pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia.

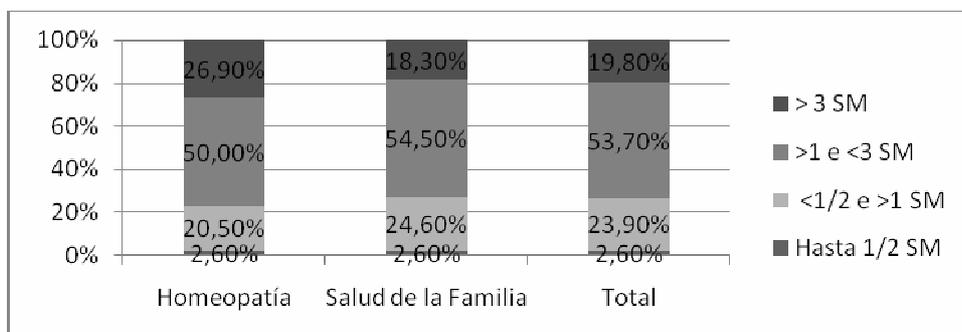


Figura 6: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuál es el nivel de ingreso

familiar?”, correspondiente a la encuesta realizada.

A la pregunta sobre si aquella era la primera consulta con el médico evaluado, se obtuvieron los porcentajes de respuestas mostrados abajo en la Figura 7:

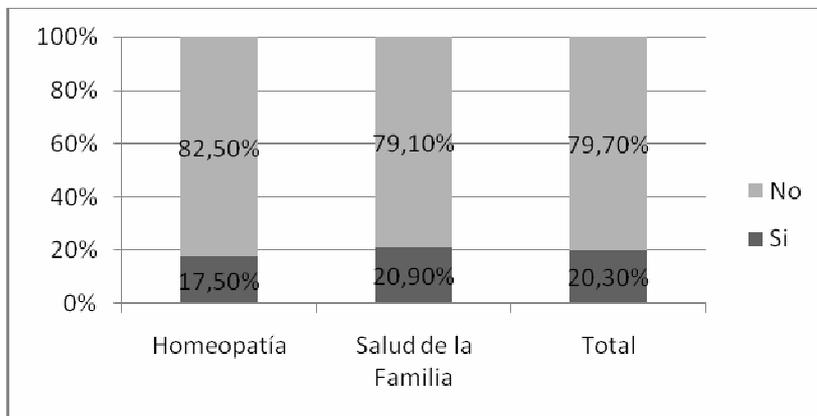


Figura 7: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Esta fue su primera consulta con este médico?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 8 muestra los porcentajes relacionados al tiempo de espera para conseguir una consulta con los profesionales de cada una de las especialidades estudiadas:

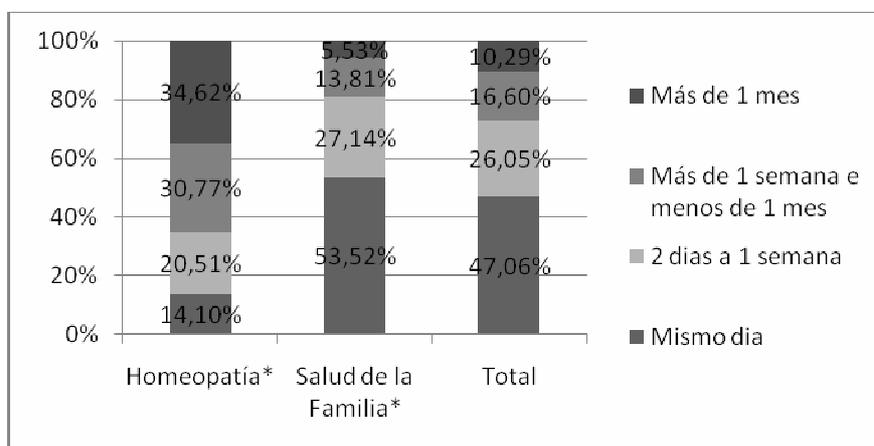


Figura 8: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuánto tiempo esperó para conseguir una consulta con este médico?”, correspondiente a la encuesta realizada.

En la Figura 9 están explicitados los tiempos que los pacientes de cada una de las especialidades esperan para la atención y los respectivos porcentajes:

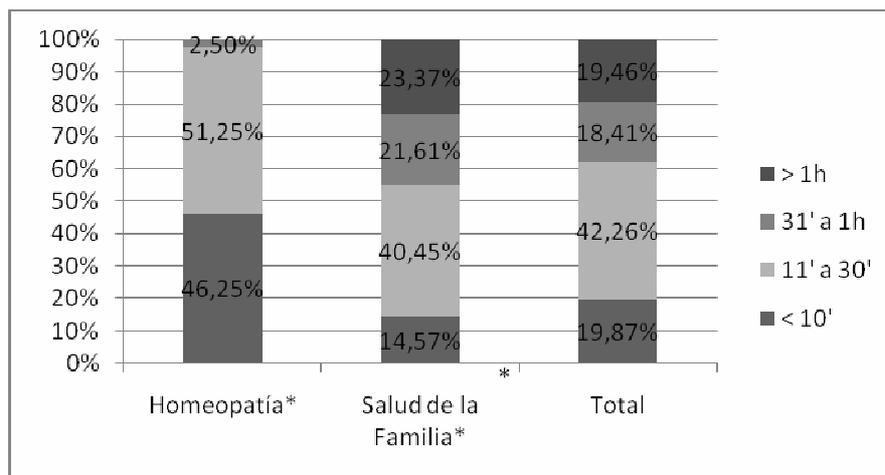


Figura 9: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuándo llegó hoy para la consulta, cuánto tiempo esperó para ser atendido por el médico?”, correspondiente a la encuesta realizada.

Entre los grupos de pacientes estudiados, los de Homeopatía y los de Salud de la Familia, se midieron las respectivas percepciones sobre la suficiencia del tiempo de la consulta para la comprensión de los problemas, como se nota en la Figura 10:

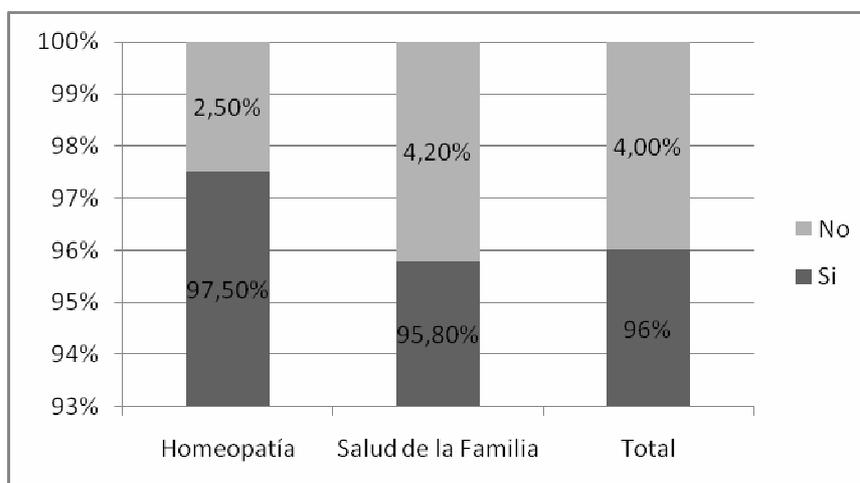


Figura 10: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿El tiempo que el médico le dedica es suficiente para escuchar y entender sus problemas?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 11 muestra el nivel de frecuencias en porcentajes obtenidos en relación a si los médicos de una y de otra especialidades preguntaban sobre las familias de los pacientes:

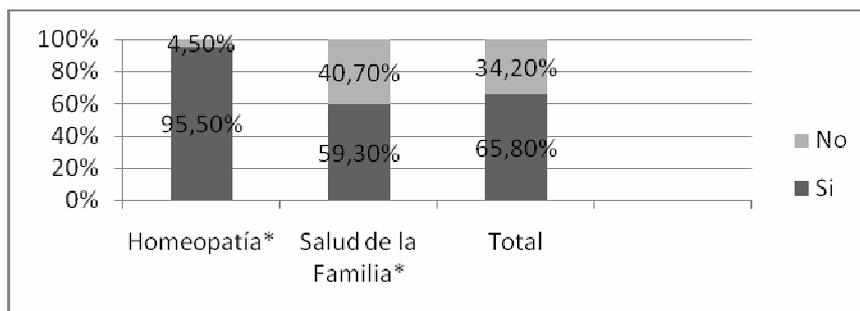


Figura 11: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Durante las consultas, el médico le pregunta en detalles sobre su familia?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 12 muestra el nivel de frecuencias en porcentajes obtenidos en relación a si los médicos de una y de otra especialidades preguntaban sobre sueños, miedos y deseos:

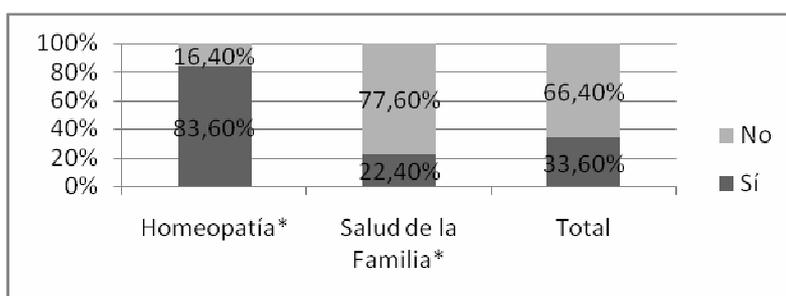


Figura 12: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Durante las consultas, el médico le hace preguntas sobre sus sueños, miedos, deseos?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 13 muestra el nivel de frecuencias en porcentajes obtenidos en relación a si los médicos de una y de otra especialidades preguntaban sobre detalles de otros problemas de salud pasados:

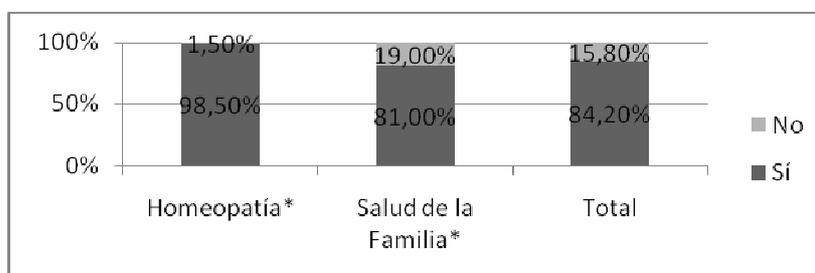


Figura 13: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta) “¿Durante las consultas, el médico quiere saber en detalles sobre otros problemas que Ud. ya tuvo?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 14 muestra el nivel de frecuencias en porcentajes obtenidos en relación a si los médicos de una y de otra especialidades preguntaban sobre la forma de vivir de los pacientes:

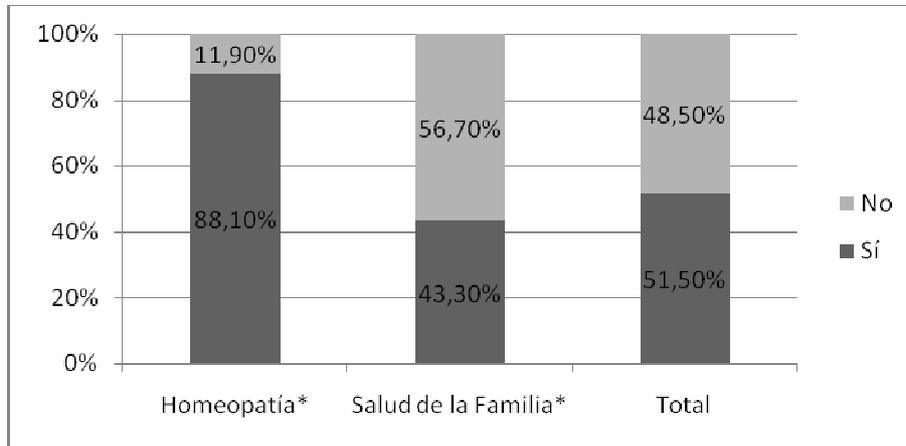


Figura 14: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿El médico quiere saber en detalles sobre su forma de vivir?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 15 muestra el nivel de frecuencias en relación a la indagación de si el médico prestaba atención al paciente, mientras este hablaba, entre los dos grupos evaluados:

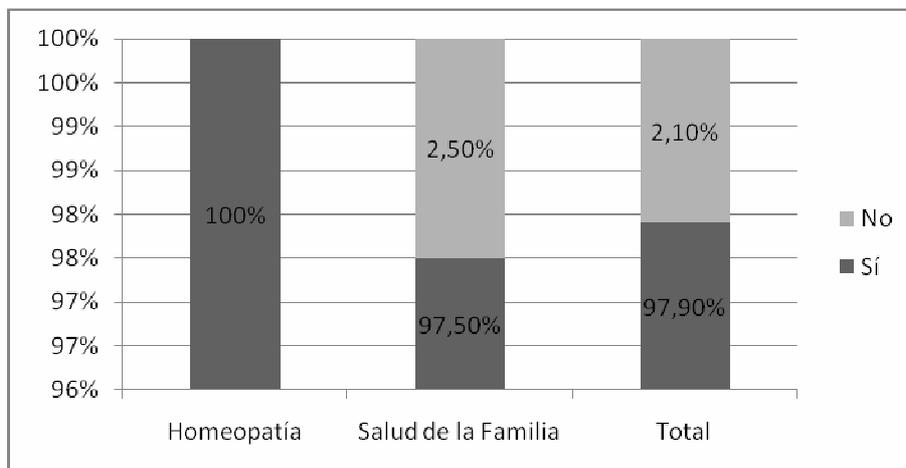


Figura 15: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta ¿El médico le presta atención a lo que Ud. habla?”, correspondiente a la encuesta realizada.

Los pacientes de Homeopatía y los de Salud de la Familia, cuando fueron cuestionados sobre si sus médicos habían entendido sus problemas, presentaron el nivel de frecuencias en porcentajes contenido en la Figura 16:

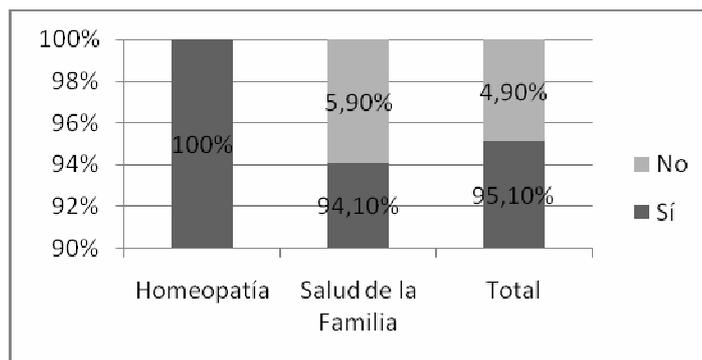


Figura 16: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Y Ud. cree que él entendió sus problemas?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 17 ilustra los porcentajes obtenidos cuando cuestionados sobre si los médicos los había examinado bien:

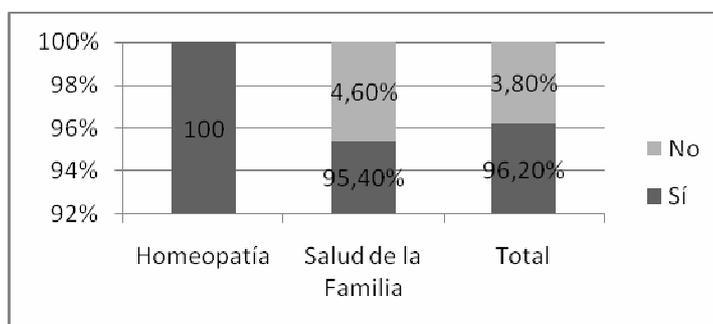


Figura 17: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Él lo examinó bien?”, correspondiente a la encuesta realizada.

En la figura 18 se observa el nivel de frecuencia de las respuestas de los grupos de pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia en relación a su percepción de si los médicos los ayudan a resolver sus problemas de salud:

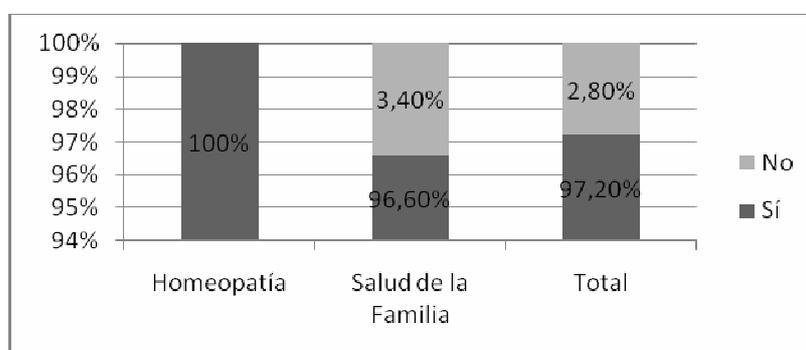


Figura 18: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Él lo ayuda a resolver sus problemas de salud?”, correspondiente a la encuesta realizada.

Se puede ver en la Figura 19 el nivel de frecuencias en porcentaje los grupos de pacientes contestando si el médico les explicó los problemas que tenían:

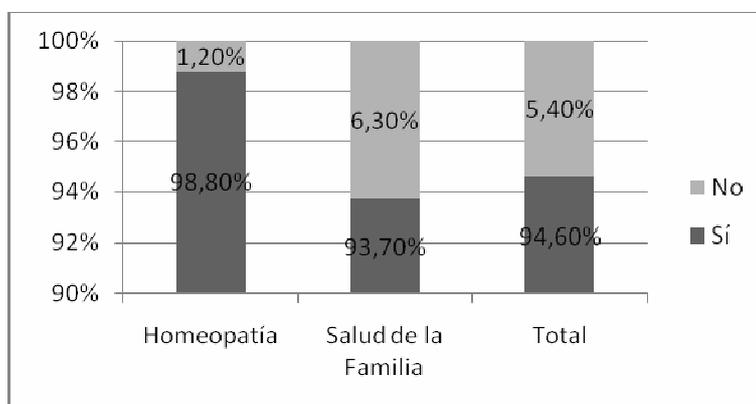


Figura 19: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta '¿Explicó bien el médico los problemas que Ud. tiene?', correspondiente a la encuesta realizada.

Se nota en la figura 20 el nivel de frecuencias, presentado en porcentajes, de las respuestas obtenidas en cada uno de los dos grupos de pacientes estudiados después que fueron preguntados si las explicaciones sobre las recetas fueron completas:

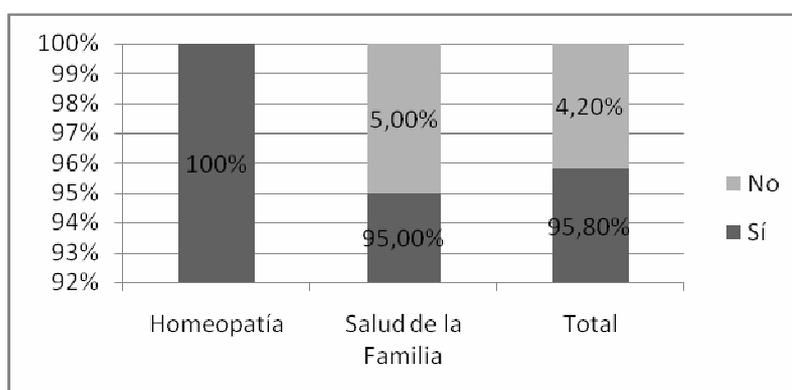


Figura 20: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta '¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre la receta son completas?', correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 21 muestra el nivel de entendimiento sobre las explicaciones sobre las recetas de los dos grupos de pacientes encuestados, pacientes de Homeopatía y los de Salud de la Familia:

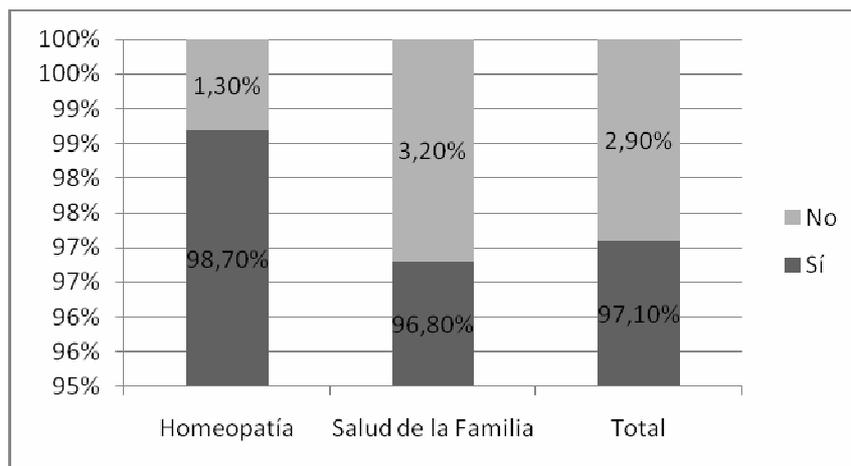


Figura 21: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Entendió Ud. las explicaciones sobre la receta?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 22 ilustra el nivel de frecuencias en porcentajes entre los dos grupos de pacientes estudiados en relación a si ellos creían que las explicaciones de los médicos sobre los exámenes complementarios eran o no completas:

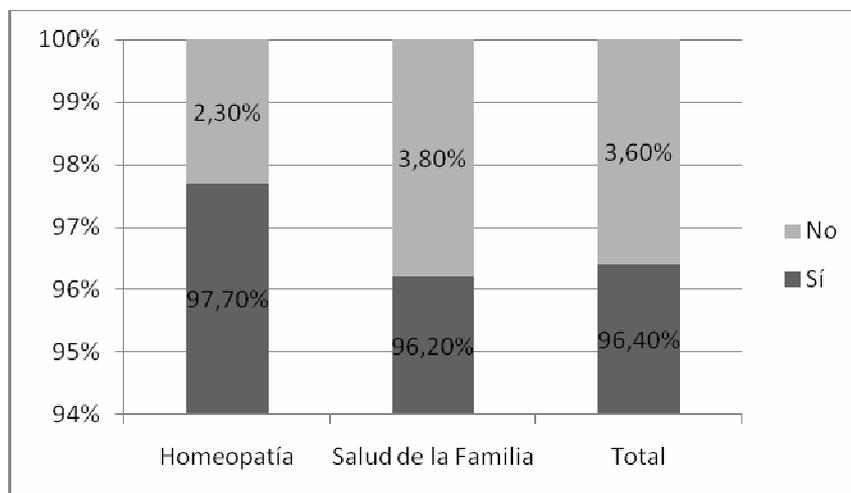


Figura 22: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre los exámenes complementarios son completas?”, correspondiente a la encuesta realizada.

En la Figura 23 se ilustra el nivel de frecuencias de respuestas después de la pregunta de si cada uno de los pacientes, de uno u otro grupo, habían entendido o no las explicaciones sobre los exámenes complementarios:

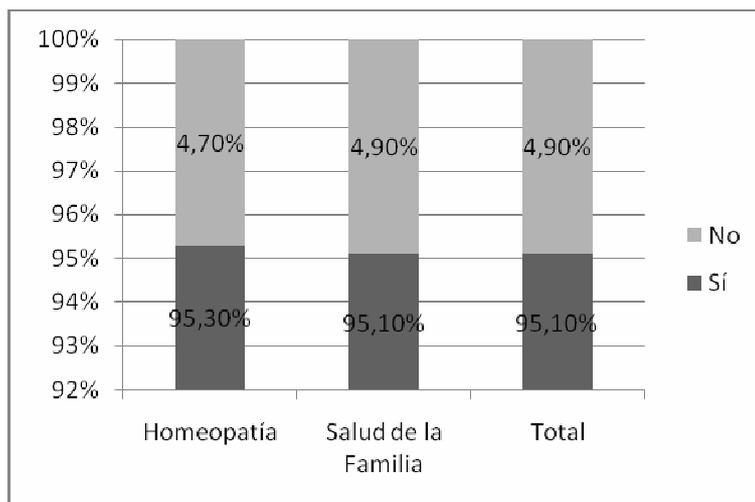


Figura 23: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Entendió Ud. las explicaciones sobre los exámenes complementarios?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 24 señala las diferencias percentuales en la percepción de la educación de los médicos por parte de los pacientes de Homeopatía a los de Salud de la Familia:

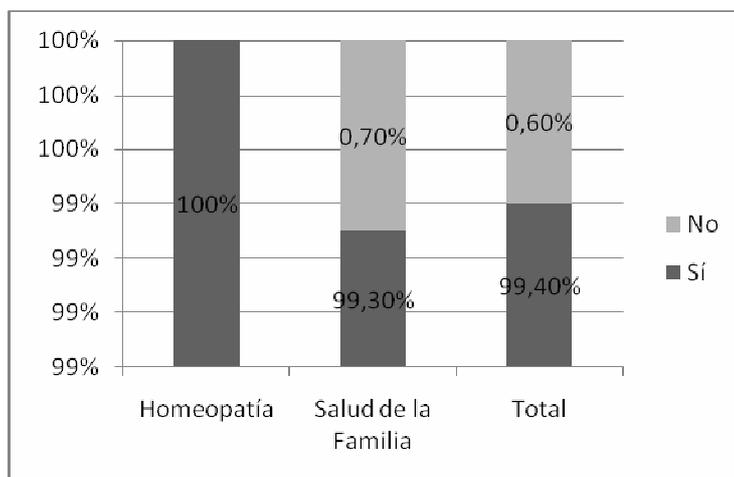


Figura 24: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Con Ud., cree que el médico es educado?”, correspondiente a la encuesta realizada.

Sobre si los pacientes creían que sus problemas fueron resueltos cuando necesitaron del médico, se encontraron los siguientes porcentajes de respuestas, en conformidad a lo expuesto en la Figura 25:

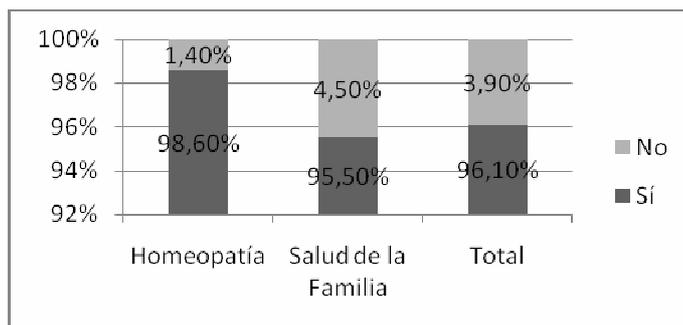


Figura 25: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuándo Ud. lo necesitó, sus problemas fueron resueltos?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La diferencia encontrada en relación a la percepción de la forma de atender de los médicos, entre los pacientes de Homeopatía y los de Salud de la Familia está representada en la Figura 26 que muestra el nivel de frecuencias en porcentaje:

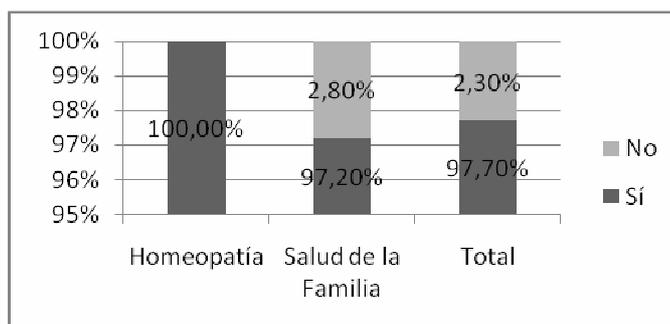


Figura 26: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Le gusta su consulta? ¿Su forma de atender es buena?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 27 pone de manifiesto la diferencia encontrada en relación a si los médicos les gustaba o no a cada uno de los grupos de pacientes estudiados, los de Homeopatía y los de Salud de la Familia:

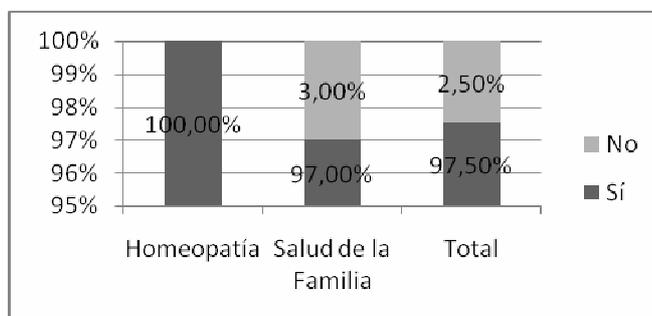


Figura 27: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿El médico le gusta a Ud.?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La diferencia de frecuencias encontrada en la Figura 28 ilustra la voluntad de cambiar de médico asistente, caso fuese posible, de los pacientes de Homeopatía comparados a los de Salud de la Familia, es significativa:

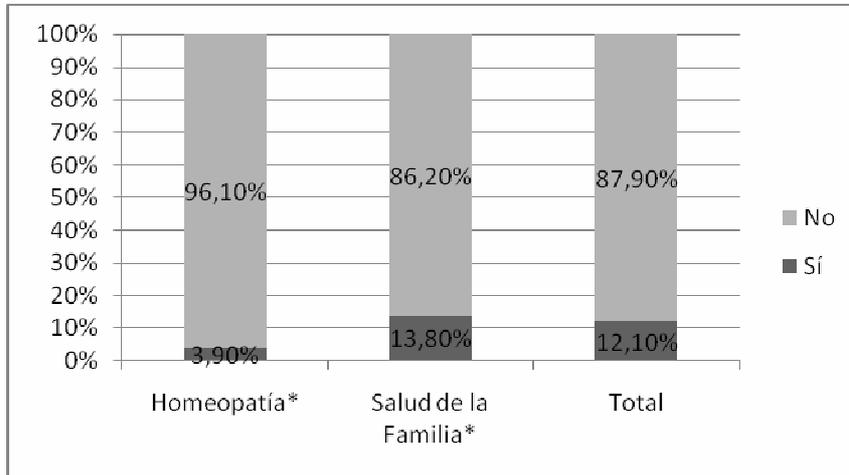


Figura 28: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Si lo pudiera hacer, Ud. cambiaría de médico?”, correspondiente a la encuesta realizada

La diferencia encontrada entre los dos grupos de pacientes que contestaron la encuesta, sobre si indicarían o no sus médicos a otras personas se ilustra en la Figura 29:

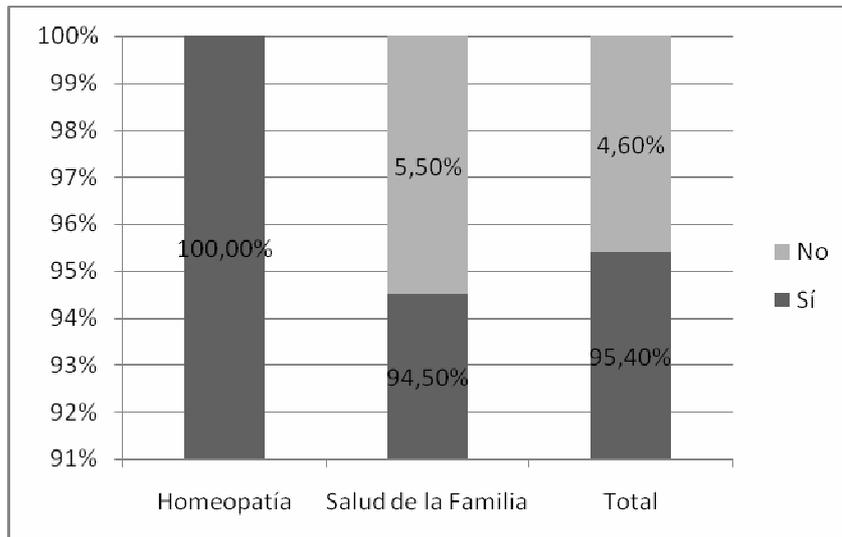


Figura 29: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Indicaría Ud. ese médico, si pudiera, a sus parientes y amigos?”, correspondiente a la encuesta realizada

La diferencia de porcentajes encontrada entre conocimiento o no de los

equipos que trabajaban con los médicos evaluados por parte de los dos grupos de pacientes, está representada en la Figura 30:

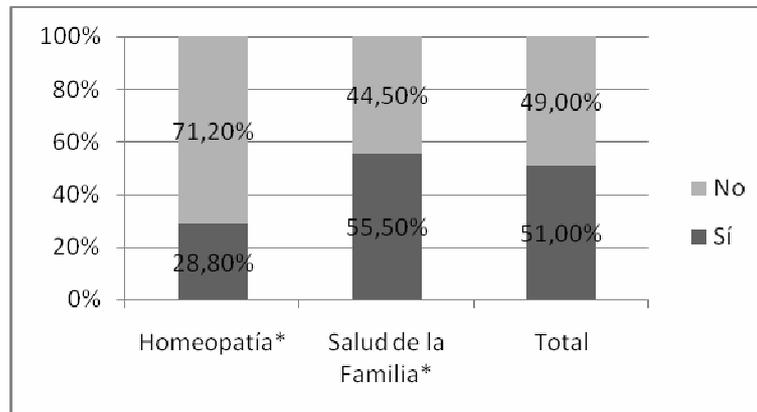


Figura 30: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Conoce Ud. el equipo que trabaja con su médico?", correspondiente a la encuesta realizada

Sobre si los equipos que trabajan con los médicos ayudan o dificultan el trabajo de estos profesionales, los pacientes de los dos grupos encuestados, los de Homeopatía y los de Salud de la Familia, presentaron el nivel de frecuencias en porcentajes siguiente, represento en la Figura 31:

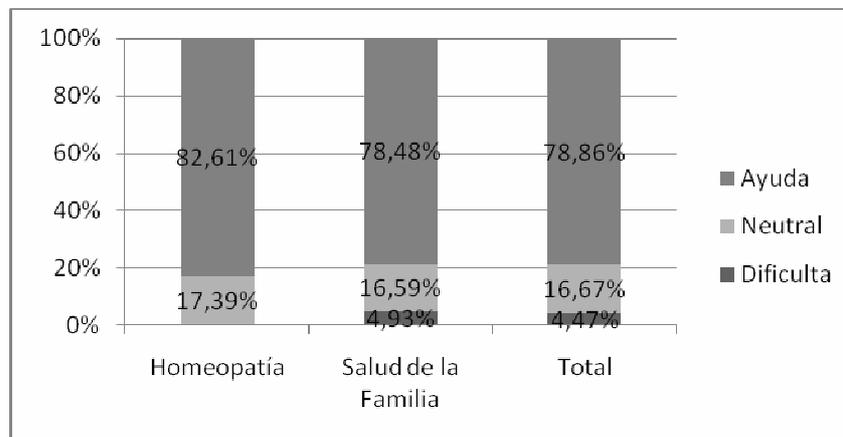


Figura 31: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Y Ud. cree que el equipo ayuda o dificulta?", correspondiente a la encuesta realizada.

En relación a los datos perdidos, presentados en la Tabla I, se aclara, en relación a cada pregunta numerada, lo siguiente¹⁴: 7) NS/NC = 0,2%, NA = 85,1%; 20) NS/NR = 1,0%, NA = 30,5%; 21) NS/NC = 1,0%, NA = 30,7%; 29) NS/NC = 49%.

¹⁴ NS/NC = no sabe o no contesta, NA = no se aplica.

III.C) Resultados de la Producción de los Profesionales

Se evaluaron todas las consultas de los profesionales seleccionados, realizadas de 01 de julio del 2006 hasta el 30 de junio del 2007, en un total de 217.963 consultas. De estas, 14.392 fueron de Homeopatía y 203.571, de Salud de la Familia. Los homeópatas hicieron 248 derivaciones, solicitaron 34 exámenes radiológicos y 172 laboratoriales. Por otro lado, los profesionales de Salud de la Familia derivaron 19.834 pacientes y solicitaron 9.932 exámenes radiológicos y 31.351 laboratoriales. Esos datos secundarios fueron informados por la *Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte* y se describen en la Tabla II y en la Figura 32:

Tabla II: Presentación de la producción de los especialistas en Homeopatía y en Salud de la Familia en un año, de 01 de julio del 2006 hasta el 30 de junio del 2007.

	Consultas	Derivaciones	Radiología	Laboratorio
Homeopatía	14.392	248	34	172
Salud de la Familia	203.571	19.834	9.932	31.351
Totales	217.963	20.082	9.966	31.523

Fuente: *Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.*

En una eventual ampliación del alcance de esta Tesis, estos datos presentados en la Tabla II y en la Figura 32 podrían servir para hacer comparaciones entre las dos especialidades desde el IRP del SUS de Brasil. Aquí están presentados de forma descriptiva.

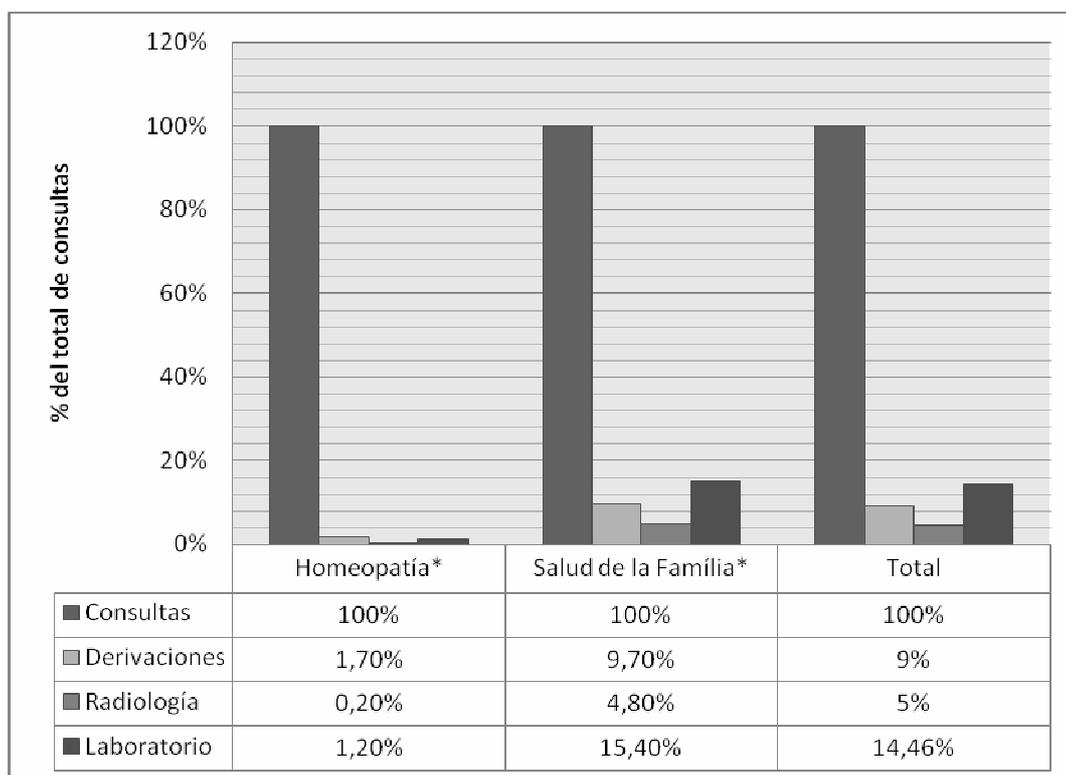


Figura 32: Nivel de frecuencias observadas de los datos secundarios de producción de los profesionales evaluados, relacionadas al número total de consultas, las derivaciones, la solicitud de exámenes radiológicos y de laboratorio, correspondientes a los datos obtenidos en la *Secretaria Municipal de Saúde de Belo*

Capítulo IV – Discusión

El modelo de atención médica es tema de debates y discusiones, así como de divergencias dialécticas y antitéticas, desde la antigüedad. El estudio de ese hecho podría ser significativo para comprender las diferencias encontradas en la investigación de la presente Tesis ^(3,19, 28, 55,61, 70, 87, 91, 98 – 101, 104, 116, 120, 129, 155, 156, 158, 167, 171, 184, 193, 194).

La investigación presente trató de obviar el callejón sin salida que es el debate puesto en términos de “científico x no científico” y usó instrumentos rigurosamente científicos para medir el resultado final de uno y otro método de tratamiento. Para ello, se deparó con otras dificultades. En primer lugar, las dos racionalidades tienen definiciones y criterios diferentes e incomparables de salud, enfermedad y curación y discursar sobre ello sería volver a la senda de aquel callejón sin salida. Así, se decidió medirlo según criterios impuestos por los gestores de salud pública del Sistema Único de Salud a las dos prácticas, caso del Índice de Resolución de Problemas y según los criterios de quienes son, en último análisis, los interesados en toda la discusión sobre salud pública o individual: las personas, los pacientes, la sociedad, el público. Esos son criterios comparables, porque son comunes a las dos *racionalidades*. Establecido eso, las primeras incursiones sobre el campo de investigación mostraron que la participación de los pacientes no debería restringirse al cuestionario elaborado en la academia. Dos motivos llevaron a esa conclusión: en primer lugar, se notó que muchas veces lo que el paciente entrevistado quería decir era diferente de las múltiples opciones de respuestas predefinidas que el cuestionario poseía. Se percibió que el peso de la autoridad del médico, en muchos casos, dejaba a los pacientes constreñidos a dar respuestas que los podrían dejar mejor parados ante los profesionales que los atendían. La segunda razón fue la constatación de que la visión amplia de los entrevistados no cabría en los límites del cuestionario, por más amplio que ese pudiese ser. La riqueza de las opiniones de pacientes y gestores fue, entonces, registrada en entrevistas en profundidad que se mostraron muy reveladoras de lo que se estaba estudiando. De esa forma, la investigación pudo sobrepasar apasionados y hasta dogmáticos

debates y dar a la luz unos resultados que verdaderamente pueden contribuir para la elección del mejor modelo de salud para el SUS y para la formación de médicos generalistas, según las exigencias de las CNS y los principios de Alma Ata.

De hecho, esa intención encuentra eco en las palabras de la OPS: ⁽⁷⁰⁾

“Las autoridades sanitarias deben tener capacidad para incentivar la investigación y el uso de sus resultados en el proceso de toma de decisiones, bien como para desarrollar y usar soluciones innovadoras en salud pública cuyo impacto se pueda medir y evaluar. El desarrollo de esta función requiere alianzas estratégicas entre los diferentes actores del gobierno y de la sociedad, para definir una agenda estratégica de investigaciones que les de apoyo a los procesos de toma de decisión en el ejercicio pleno de la autoridad sanitaria. Se estimulan a los procesos de participación activa para la formulación y uso de las investigaciones, garantizando su calidad y oportunidad.”

Una vez que los pacientes son libres para elegir una u otra especialidad, residen en los mismos barrios, concurren a las mismas UBS y son tratados por el mismo SUS, las muestras de pacientes son, en principio, comparables. Pero cabe aclarar que algunas diferencias tienen que ser tomadas en consideración si alguna vez se amplía el alcance de la investigación. Algunos programas existentes dentro del PSF, como control de diabetes e hipertensión y vacunación están más a cargo del equipo de salud de la familia que de los homeópatas; además, por lo que se puede notar de los datos de la SMS, en promedio, el médico de Salud de la Familia atiende a un número más grande de pacientes por día. Ambas diferencias han de considerarse en caso de alcance correlacional o explicativo. Esto, en principio, podría quitar validez a los grupos cuando se los quiera comparar.

IV.A) El Cuestionario

El cuestionario estructurado contó 34 entradas de datos en total, incluyendo los datos de identificación del entrevistador, la especialidad y el

Centro de Salud del profesional evaluado. Si bien los pacientes entrevistados firmaron un consentimiento informado, no es posible identificar nominalmente las respuestas dadas, vinculándolas a cada participante. Las informaciones fueron cruzadas y no se percibieron sesgos relacionados a entrevistadores, a los profesionales y tampoco a los entrevistados capaces de funcionar como variable extraña, distorsionando los resultados obtenidos. A pesar de que el instrumento no se mostró totalmente eficiente para medir la percepción de la resolución de problemas, lo que fue interpretado, en líneas generales, como reflejo del temor de algunos pacientes ante la autoridad del médico y que motivó la realización de las entrevistas en profundidad, en varias respuestas se presentaron diferencias significativas entre pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia las cuales son claves para la interpretación de las percepciones de los pacientes sobre la resolución de sus propios problemas de salud.

Preguntas 3, 4, 5, 6, 7 y 8: Las preguntas de 3 a 8 buscaron establecer si los dos grupos de encuestados son comparables, se refieren a cuestiones de validez interna de la investigación.

La pregunta 3, sexo de los pacientes, no presentó diferencias significativas entre los grupos estudiados.

La pregunta 4, edad del paciente, en principio era una pregunta que permitía respuestas totalmente abiertas, lo que se mostró impracticable a la hora de computarse los datos. Se procedió a la recodificación de las respuestas en cuatro grupos, 0 a 12, 13 a 18, 19 a 60 y mayores de 60 años. Aún así, se constató que 12,5% de las casillas tenían una frecuencia esperada menor que 5. Con esa advertencia de una posible indicación de sesgo, pero, aparentemente, irrelevante para la investigación como un todo, se llegó al dato sorprendente de que los homeópatas tienden a tener más pacientes de 0 a 12 años que sus pares de Salud de la Familia. La sorpresa se da por la razón de que la puericultura y control de niños sanos es una de las actividades precisadas como función definitoria de la ocupación del médico generalista. ¿Por qué los responsables por esos niños prefieren llevarlos a médicos homeópatas? No se ha podido responder.

La pregunta 5 sobre quien responde a la encuesta mostró una diferencia significativa que es una consecuencia de la diferencia encontrada en la pregunta anterior. Como los homeópatas tienen proporcionalmente más pacientes niños que los médicos de Salud de la Familia, menos responsables contestaron al cuestionario en del lado de esta última especialidad.

La pregunta 6 no se refería al grado de instrucción del paciente. Esta pregunta, a ejemplo de la número 4, fue también recodificada para permitir menos categorías de respuestas. Se debe registrar el relativo bajo nivel de escolarización de los pacientes entrevistados, sean de Homeopatía, sean de Salud de la Familia. En total, 89,2% de ellos fueron clasificados en la categoría de educación primaria (completa o incompleta).

La pregunta 7, que se refiere al nivel de escolarización del responsable por el paciente, no debe ser considerada porque el número de personas que la contestaron no fue suficiente para el análisis estadístico. Los detalles ya se han propuesto juntamente con la presentación de los resultados.

La pregunta 8 indagó sobre el nivel de ingreso económico de la familia. Con el euro cotizado a 2,80 reales, aproximadamente, las respuestas se dieron en base al salario mínimo en Brasil que, a la época de la investigación valía 380 reales. La mayoría de las familias cuyos miembros fueron entrevistados cobraban, según las respuestas, entre 1 e 3 SM.

Pregunta 9: ¿Esta fue su primera consulta con este médico? El objetivo de ese cuestionamiento fue prevenir el sesgo de que alguno de los dos grupos hubiera tenido menos tiempo de tratamiento con los médicos evaluados.

Pregunta 10: ¿Cuánto tiempo esperó para conseguir la consulta? Esta pregunta se refería a cuestiones de acceso a los servicios de APS, con los pacientes de Homeopatía contestando que deben esperar más tiempo que los de Salud de la Familia. Ese es un problema conocido de los gestores de salud en Belo Horizonte y que no parece tener una solución a corto plazo. De hecho, los últimos aprobados en concurso público para ocupar el cargo de médico homeópata no fueron nombrados, como informó en entrevista la

coordinadora del PRHOAMA. El 53,5% de los pacientes de Salud de la Familia consiguen consulta en el mismo día y el 27,1% de dos días a una semana. En ese mismo período, solamente el 14,1% y el 20,5% de los pacientes de Homeopatía lo hacen, mientras que el 34,6% de ellos demoran más de un mes para conseguir una consulta. Toda esa espera no tiene, aparentemente, reflejo sobre la percepción de la resolución de problemas por parte de los pacientes de Homeopatía.

Pregunta 11: Esta pregunta, sobre el tiempo de espera para que sean atendidos, una vez habiendo programado con anticipación y llegado al Centro de Salud (CS) para la consulta, reveló que los pacientes de Salud de la Familia deben esperar mucho más por la consulta. 46,2% de los pacientes de Homeopatía esperan menos de 10 minutos y otros 30% de 10 a 20. En esos dos períodos de tiempo, únicamente 14,6% y 22,4% de los pacientes de Salud de la Familia, respectivamente contestaron ser ese su tiempo de espera siendo que, de ese grupo, 21,6% esperan de 30 minutos a 1 hora y el 23,4% más de una hora. Ningún paciente de Homeopatía dijo esperar más de una hora. Sin embargo esos números podrían ocultar un sesgo, si se fija en la pregunta anterior. Como gran parte de los pacientes consigue consulta en el mismo día, podría ser que, al responder la pregunta, ellos hayan computado el tiempo de su espera desde el momento de su llegada al CS, pasando por todos los procedimientos antes de conseguir la consulta, hasta el momento en el que efectivamente entraron en el consultorio.

Pregunta 12: ¿El tiempo que el médico le dedica es suficiente para entender a sus problemas? Ambos grupos han contestado que sí en un alto porcentaje de veces.

Pregunta 12.a: ¿Durante las consultas el médico pregunta en detalles sobre su familia? El 59,3% de los pacientes de los especialistas en Salud de la Familia contestaron que si, mientras que 95,5% de los que concurren para ver a los homeópatas confirmaron la respuesta. Usar el término “en detalles” tiene la importancia, en esta y en las preguntas que le siguen, de remarcar para los pacientes que no se refería el entrevistador a simples fórmulas lingüísticas de cortesía, pero sí a una legítima preocupación profesional por

conocer más profundamente la realidad de vida de los *usuários*. El contraste en las respuestas a esa pregunta es casi paradójal, pues prácticamente 40% de los pacientes de los “médicos de familia” dijeron que no son inquiridos sobre sus familias. Ese es uno de los presupuestos de la existencia del PSF (42 – 43, 118) y era de esperarse que los pacientes percibieran más la atención dispensada a sus familias. Se debe también destacar que casi la totalidad de los pacientes de los homeópatas encuestados afirmó que sus médicos se preocupan en preguntarles sobre sus familias. Eso está de acuerdo con los principios hipocráticos y también con los homeopáticos. Hahnemann siempre insistió en que se diera atención a la familia del enfermo y a todo su entorno (84 – 86, 88, 93, 95).

Pregunta 12.b: ¿Durante las consultas el médico hace preguntas sobre sus sueños, miedos, deseos? De los pacientes de Salud de la Familia, 22,4% contestaron sí a la pregunta, por otro lado, el 83,6% de los pacientes de homeópatas dieron una respuesta semejante. Una vez más la pregunta aborda un tema que, en principio, debería ser importante para las dos *racionalidades*. El *Conselho Regional de Medicina* de Minas Gerais¹⁵, en una de sus publicaciones afirma (139):

“(El profesional) pudo haber investigado todas las enfermedades anteriores, sus fechas y sus evoluciones, los hábitos de vida, lo resultados de exámenes ejecutados, las cirugías, etc. y pensar que logró una historia clínica perfecta, cuando en realidad está a medio camino, pues que los acontecimientos que registró, además de su ocurrencia objetiva, tuvieron también su faz subjetiva, que no fue llevada en consideración. O sea, que ellos fueron vividos por el paciente, despertaron en él sentimientos, expectativas, temores y otros que hicieron con que en su interior haya transcurrido otra historia, no de hechos, pero de experiencias emocionales.

(...). La enfermedad como síntoma es una abstracción, aunque una abstracción útil. Su realidad no es una vivencia, no es un examen de laboratorio. Es una experiencia cualitativa, por más que los médicos insistan en verla cuantificada (...).”

¹⁵ El “Colegio de Médicos” en Brasil.

Esa publicación citada fue enviada a todos los médicos de Minas Gerais, en el año 2005. Es de pensarse que la mayoría de los profesionales cuyo desempeño se evaluó, haya recibido una copia. Además, siendo un libro oficial del CRM, los valores contenidos en él son también oficiales.

En el caso de la Homeopatía, además de lo que el homeópata estudió en la Facultad de Medicina, también aprendió, en el postgrado, a investigar esas instancias del sufrimiento humano. La presente investigación parece indicar que los seguidores de esta última especialidad indagan más frecuentemente a sus pacientes acerca de esos aspectos que sus colegas especialistas en Salud de la Familia.

Pregunta 12.c: ¿Durante las consultas el médico quiere saber en detalles sobre otros problemas que Ud. ya tuvo? Pacientes de Salud de la Familia contestaron sí 81% y de los homeópatas, 98,5% de las veces. Esta pregunta visaba a saber si la preocupación del práctico iba más allá del motivo de consulta inmediato, relacionando el estado que el paciente presentaba entonces a sucesos anteriores en su vida. Prácticamente se desconoce algún libro de semiología que ignore esta materia ^(118, 179), motivo por el cual se hizo la pregunta. Los porcentajes de respuestas *sí* sorprenden; otra vez, se trató de un tema que interesa a ambas especialidades, debido a la naturaleza y la particularidad de cada una de ellas.

Pregunta 12.d: ¿El médico quiere saber en detalles su manera de vivir? Contestaron sí: pacientes de Salud de la Familia el 43,3% y de Homeopatía el 88,1%. Esta pregunta complementa a la anterior en la preocupación de ir más allá del motivo de consulta e investigar los hábitos de los pacientes, así como su ambiente. La diferencia es que esta pregunta apuntaba más al presente que al pasado de la vida de los pacientes. Siendo propio de la labor del médico generalista la convivencia con su comunidad y la expectativa de un cierto grado de inserción en el cotidiano de esa comunidad, se decidió complementar a la pregunta anterior con esta. En otra admirable diferencia, se ha revelado la realidad de que los especialistas en Salud de la Familia, a pesar de que estuvieran a por lo menos un año y medio en las comunidades, indagaban significativamente menos a sus

pacientes sobre sus formas y hábitos de vida que sus colegas homeópatas.

Pregunta 13: ¿El médico le presta atención a lo que Ud. habla? No hubo diferencias en las respuestas a esta pregunta. Eso es positivo para los efectos de esta investigación, porque las diferencias encontradas no se pueden, así, atribuir a una falta de percepción de escucha, si bien saber escuchar podría ser uno de los elementos que ayudan a resolver problemas de salud.

Pregunta 14: ¿Ud. cree que él entendió sus problemas? 94,10% de los pacientes de los médicos especialistas en Salud de la Familia contestaron sí, mientras que lo hicieron el 100% de los pacientes de la Homeopatía. Como no es siempre que el paciente siente que su médico comprendió sus problemas, esta oportuna pregunta sigue la línea de investigación sobre la resolución del problema teniendo como paso previo la interacción entre médico y paciente con la necesaria empatía entre ambos. El porcentaje para ambos grupos es, aparentemente, alto. Pero hay una diferencia significativa entre estos y todos los pacientes de especialistas en Homeopatía a quienes se les hizo la pregunta relataron que sus médicos entienden sus problemas. Interesante este fenómeno, porque, como se discutió, la Homeopatía no clasifica las enfermedades, no trabaja con entidades nosológicas predefinidas. Trabaja con cada individuo como sujeto único y su padecimiento como algo muy personal. Los especialistas en Salud de la Familia tienen una visión más cercana a la Escuela de Cnido, por lo cual es fundamental para su trabajo que el diagnóstico se encaje en alguna clasificación, de preferencia sindrómica, para posibilitar la elección del tratamiento genérico para la enfermedad, independiente del individuo. Las respuestas podrían sugerir que para el paciente no tiene tanta importancia la clasificación de su padecimiento, pero sí la noción de que el médico ha podido captar su esencia.

Pregunta 15: ¿Él te examina bien? Para el 95,40% de los pacientes de Salud de la Familia y para el 100% de los pacientes de Homeopatía la respuesta fue afirmativa. Se buscó explorar en esta pregunta la sensación, considerada positiva para la comprensión y resolución de problemas, de ser

bien examinado. Los libros de semiología y de clínica médica ^(110, 118, 179) hacen siempre hincapié en esa necesidad, así como los de Homeopatía insisten en explorarse bien el paciente ⁽¹¹¹⁾. Lo interesante es que, a pesar de que la Homeopatía no hace exploración física en la totalidad de las consultas, todos los pacientes se sienten bien examinados. Quizás la forma de abordaje, siendo detallada, aunque, a veces, solo verbal, signifique para los pacientes una sensación de ser bien examinados. La presente investigación no explotó esa senda en el campo, pero no deja de ser un campo de interesantes preguntas.

Preguntas 16, 17, 23, 24: ¿Él lo ayuda a resolver sus problemas de salud? ¿Explicó bien el médico los problemas que Ud. tiene? ¿Cuándo Ud. lo necesitó, sus problemas fueron resueltos? ¿Le gusta su consulta? ¿Su forma de atender es buena? Estas preguntas fueron muy significativas para el camino de la investigación. En el estudio piloto, estas preguntas muy directas, que confrontaban los pacientes a sus médicos, hicieron percibir, por lo que decían los entrevistados, fuera de las múltiples opciones de respuesta, que sus opiniones no eran exactamente aquellas que ellos daban como respuesta. Por ese motivo se decidió hacer las entrevistas.

Pregunta 18: ¿Ud. cree que las explicaciones sobre la receta son completas? Contestaron sí el 100% y el 95% de los pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia, respectivamente. Recetas pueden ser un verdadero cuchillo de doble filo, pues una mala orientación sobre ellas podría invalidar todo el trabajo anterior de anamnesis, exámenes y empatía. Si el paciente no entiende lo que se le receta, el tratamiento podría verse comprometido. Recientes investigaciones ^(147 – 148, 174 – 175) mostraron que los pacientes de la Homeopatía son menos inclinados a la automedicación o a la indicación de sus medicamentos a parientes y amigos. Comprenden que la medicación tiene un alto grado de personalización y parecen respetar las indicaciones. La comprensión sobre las explicaciones acerca de la receta y su naturaleza es, así, muy importante.

Pregunta 19: ¿Entendió Ud. las explicaciones sobre la receta? No hubo diferencias importantes en los porcentajes de las respuestas a esta

pregunta, lo que es una aparente contradicción con los hallazgos de la pregunta anterior. Tal vez el dúo de preguntas 18 y 19 hubieran debido ser reformuladas.

Pregunta 20 y 21: ¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre los exámenes complementarios son completas? ¿Entendió Ud. las explicaciones sobre los exámenes complementarios? No hubo diferencias significativas para las respuestas a ninguna de las dos preguntas que buscaban explotar, en la línea de las dos anteriores, los sucesos per-consulta que pueden, en teoría, tener efectos en la resolución de los problemas. Al analizar estos resultados, se deben tener cuidado, una vez que , como se nota en la Tabla I, ambas presentan un porcentaje algo superior al 30% de datos perdidos. Si el médico se decide por solicitar un examen complementario porque cree que su resultado podría tener consecuencias sobre el desenlace del problema y quiere la participación activa del paciente en el tratamiento, es importante traducir en un lenguaje accesible los motivos de la solicitud y sus resultados. Esa idea guió la formulación de preguntas de tal naturaleza.

Pregunta 22: ¿Con Ud., cree que el médico es educado? Los porcentajes de los dos grupos son básicamente semejante, casi iguales, por lo que se pudo excluir el posible sesgo de que el temperamento personal de los profesionales determinara la percepción de resolución de problema.

Preguntas 25, 26 y 27: ¿El médico le gusta a Ud.? ¿Si lo pudiera hacer, Ud. cambiaría de médico? ¿Indicaría Ud. ese médico, si pudiera, a sus parientes y amigos? Ese trío de preguntas merece atención especial, porque, en conjunto con las 16, 17, 23 y 24, determinaron la decisión de incluirse en esta Tesis las entrevistas en profundidad. Para interpretarlas más completamente, es importante recurrir al fruto que han generado: las entrevistas.

La 25 es la pregunta más directa y que más potencial de intimidar a los pacientes tuvo, según las evaluaciones durante el piloto. Además de prestarse a confusiones en su entendimiento. En ella no hubo diferencias estadísticas apreciables. A pesar de que, en las entrevistas, algunos

pacientes han dejado la impresión de que su opinión podría ser diferente en el caso de los especialistas en Salud de la Familia, eso no se firmó como regla y, de una manera general, dejaban trasparecer una opinión favorable. La posibilidad de diferentes interpretaciones a esta pregunta hizo de ella una pregunta no muy adecuada.

La 26 y la 27 Fueron un intento de “sensibilizar” las respuestas a la pregunta 25, preguntando lo mismo por vías indirectas; eso es, una evaluación sobre el profesional en sí. Ambas representaron momentos claros de posibilidad para que los pacientes manifestaran de una u otra manera su grado de satisfacción con el tratamiento, entendiéndose que querer cambiar de profesional significa insatisfacción y que indicar el profesional a otras personas es un signo indirecto de satisfacción. Su éxito en la medición fue parcial. En la 26, sí fue la respuesta de los pacientes de Homeopatía en 3,90% de las veces y en 13,80% de los de Salud de la Familia. O sea, aunque afirmen que el médico les gusta, significativamente más pacientes de Salud de la Familia, si tuvieran la oportunidad, cambiarían de profesional asistente. En la 27, las respuestas fueron afirmativas en 100% de los casos de pacientes de especialistas en Homeopatía y en 94,5% de los de Salud de la Familia.

Para la investigación como un todo, esa duda es muy pequeña. Las entrevistas refuerzan el significado de esa diferencia encontrada, mostrando una satisfacción significativamente más grande por parte de los pacientes de Homeopatía que de los de Salud de la Familia.

Estas últimas preguntas ponen luz también sobre las otras que motivaron las entrevistas. En el caso de la pregunta 26, el 13,80% de los pacientes de médicos de Salud de la Familia cambiarían de médico si pudieran, a pesar de que el 96,5% de esos mismos pacientes, cuando confrontados con la pregunta 16, ¿Él lo ayuda a resolver sus problemas de salud?, dijeron que sí; en la 23, ¿Cuándo Ud. necesitó de ese médico, sus problemas fueron resueltos?, 95,5% contestaron que sí; en la 24, ¿Le gusta su consulta?, afirmaron que si, les gustaba, 97,2%; y a la cuestión 25, ¿Le gusta ese médico?, 97% dijeron sí. (En ninguno de los casos hubo

significación estadística con la diferencia de respuestas positivas de los homeópatas). Así, el cuestionario se mostró un instrumento que necesita ser perfeccionado para medir la percepción de resolución de problemas de salud por parte de los pacientes de médicos de Salud de la Familia y de Homeopatía, porque exige un cruce de datos muy grande, inclusive su contraste con las entrevistas. El cuestionario no responde directamente a la hipótesis investigada. Pero no es un instrumento falso o que invalide la investigación o sus conclusiones; al contrario, son preguntas importantes, porque permiten poner en perspectiva la evaluación crítica de los entrevistados y da más densidad a la investigación, una de las ventajas de asociación de metodologías cualitativas y cuantitativas ⁽⁷⁵⁾.

Preguntas 28 y 29: ¿Conoce Ud. el equipo que trabaja con su médico? ¿Y Ud. cree que el equipo ayuda o dificulta? Significativamente más pacientes de Salud de la Familia conocen a los equipos que trabajan junto a sus médicos, pero en ninguno de los dos grupos se pudo notar que los equipos son una influencia negativa para la labor de los profesionales. Justamente esas preguntas, siendo la 28 una “preparación” para la 29, buscaban el posible sesgo de que un mal desempeño del equipo de salud pudiera ser perjudicial para la evaluación de la especialidad en la resolución de problemas de salud. No hubo sesgo, aparentemente.

IV.B) La Producción

Los datos informados por la Secretaria Municipal de Salud de Belo Horizonte muestran que la especialidad Homeopatía tiene una diferencia significativamente superior a la Salud de la Familia en el IRP.

Ese Índice no es más que el porcentaje de pacientes atendidos por un servicio o profesional de salud y no derivado a otro servicio o profesional, como ya se ha explicado. Al atender a un paciente y no derivarlo, el SUS considera que el problema del paciente quedó “resuelto”, o que por lo menos ese servicio o profesional no sobrecargó a los otros niveles del Sistema. Es evidente que ese criterio está sujeto a críticas, porque el hecho de no derivar

no guarda relación necesaria con el de resolver el problema que llevó en primer lugar a la persona a buscar auxilio. Agravando la situación del Índice, está la práctica muy difundida de computarse a las personas que concurren a las reuniones (con los más diversos fines, como planificación familiar, orientaciones sobre alguna patología, puericultura, hacer actividad física etc.) en las Unidades Básicas de Salud como “pacientes”. Está claro que es poco probable que alguna de las personas que concurren a esas charlas sea derivada a otro servicio o profesional del SUS, excepto en casos puntuales. Ese posible sesgo, no medido por la presente investigación, mejoraría la valoración del trabajo de los médicos del PSF según ese Índice oficial. El Índice es también “acrítico”, no permitiendo discusiones sobre lo que sería “resolver” los problemas de salud de una persona o una comunidad, o lo que el propio paciente entiende por resolver su problema, pues su visión puede ser diferente de la visión del médico o del sistema.

Con todo, y aunque de manera grosera, se puede medir y comparar el desempeño de los servicios o de los profesionales con ese Índice. Así se admitan las fallas, cuando un gestor se encuentra con que un profesional tiene, hipotéticamente, índice de 95% y otro, en condiciones similares de trabajo, del 70%, puede, en principio, interesarse por investigar esa discrepancia. Para la presente Tesis, el posible sesgo positivo mencionado en favor de los especialistas en Salud de la Familia, no fue suficiente para borrar la diferencia de porcentaje encontrada entre esos profesionales y los homeópatas en relación a los IRP presentados (SF: 90,26%, H: 98,28%). Hay que destacarse también que el perfil de los alópatas no es el perfil que se puede encontrar en la mayoría de los Centros de Salud de Belo Horizonte. De hecho, los criterios de inclusión redujeron el número de alópatas estudiados de más de 480 a 72; esa selección se considera positiva para la investigación, porque pudo quitar algunos sesgos, como los de “falta de vocación”, que podría ser invocado si comparáramos médicos de otras especialidades que actúan como generalistas; cambios frecuentes de equipo (hecho por demás común en el PSF lo que lleva a poca vinculación con la comunidad atendida y clasificada por el Sr. Secretario de Salud como el

problema más grande para administrar en el SUS de Belo Horizonte, como se verá adelante); poca experiencia y baja calidad técnica de la mano de obra, caso de los médicos recién recibidos o sin especialidad. Esa uniformización con los homeópatas hizo el Índice más comparable y la comparación más confiable, aumentando la validez interna de las muestras.

Ese primer criterio de comparación muestra como los homeópatas derivan significativamente menos a los pacientes que atienden. Como dato accesorio, se midió el número promedio anual de exámenes solicitados por los médicos de ambas especialidades, con resultados igualmente significativos en casos de exámenes de laboratorio y de radiología. O sea, los datos parecen mostrar que el especialista en Homeopatía resolvería, por el criterio del Índice oficialmente adoptado, significativamente más problemas de salud, ocupando menos los otros niveles de atención del sistema y solicitando menos exámenes de laboratorio y de radiología (a un costo menor y exponiendo menos los pacientes a efectos adversos de los exámenes) que las médicos de Salud de la Familia.

IV.C) Las Entrevistas

La clave de esta Tesis es la percepción “subjetiva de los sujetos”, dichos pacientes, del Sistema Único de Salud de Brasil sobre como la labor del médico contribuye, si es que lo hace, para la resolución de sus problemas de salud; esa percepción se hace acompañar del discurso de los gestores y de datos secundarios con los cuales trabaja el Poder Público para medir el resultado de sus acciones – gubernamentales, estatales y administrativas – sobre la salud colectiva. Más allá de la medición hecha con el recurso recién descrito – las encuestas –, están las palabras y las ideas de los seres que contribuyeron para diseñar este fragmento de la realidad captado por la investigación.

La captación de la realidad interior del otro es tema del cual se ocupan algunos grandes de la humanidad, sin, con todo, llegarse a un punto definitivo. La investigación dicha cualitativa reencontró la luz después de

décadas de confinamiento, tildada como la hermana maldita de la investigación cuantitativa ⁽⁷⁵⁾. Hoy día, sobre todo en las ciencias sociales e psicológicas, esa metodología está en boga y plenamente reconocida como una de las más importantes herramientas para la descripción de los fenómenos sociales ⁽¹⁶⁸⁾. Una de las bases de esta investigación, como ya descripto, es la metodología cualitativa. Al obviar el estéril camino que lleva a ninguna parte que es la discusión sobre el cientificismo de esta o aquella racionalidad médica, se pretende hallar cómo el sujeto, individual o colectivo, ve a sí mismo y a su dinámica salud / enfermedad, sin, empero, pretender definir previamente para esos sujetos lo que es, en términos académicos, esa dinámica. Aquí, lo importante es el verbo como expresión de un “sufrir el mundo”⁽⁴⁾:

La metodología – o la aproximación – de interpretación de los textos obtenidos con la transcripción de las entrevistas es, para esta Tesis, la hermenéutica. Según Gadamer ^(76 – 77):

“Por tanto, la comprensión es un juego, no en el sentido de que aquel que comprende se reserva a sí mismo como en un juego y se abstenga de tomar una posición vinculante frente a las pretensiones que le son puestas. Pues aquí, no se da, de ningún modo, la libertad de autoposición, que es inherente al poder abstenerse así y es eso lo que pretende expresar, la aplicación del concepto de juego a la comprensión. Aquel que comprende ya está siempre incluido en un acontecimiento, en virtud del cual se hace valer lo que tiene sentido. Está pues justificado que, para el fenómeno hermenéutico, se emplee el mismo concepto del juego que para la experiencia de lo bello. Cuando comprendemos un texto nos vemos tan atraídos por su plenitud de sentido como por lo bello. Él gana validez e ya siempre nos atrajo para sí, antes mismo que alguien caiga en sí y pueda examinar la pretensión de sentido que lo acompaña. Lo que nos viene al encuentro en la experiencia de lo bello y en la comprensión del sentido de la tradición tiene realmente algo de la verdad del juego. En la medida en que comprendemos, estamos incluidos en un acontecer de la verdad y cuando queremos saber lo que tenemos que creer, nos parece que llegamos

demasiado tarde.

Así, es cierto que no existe comprensión que sea libre de todo preconcepto, por más que la voluntad de nuestro conocimiento deba estar siempre dirigida, en el sentido de escapar al conjunto de los nuestros preconceptos. En el conjunto de nuestra investigación se evidencia que, para garantizar la verdad, no basta el género de certeza, que el uso de los métodos científicos proporciona. Eso vale especialmente para las ciencias del espíritu, pero no significa, de ningún modo, una disminución de su científicidad, mas, antes, la legitimación de la pretensión de un significado humano especial, que ellas vienen reivindicando desde la antigüedad. El hecho de que, en su conocimiento, opere también el ser propio de aquel que conoce, designa ciertamente el límite del “método”, pero no el de ciencia. Lo que la herramienta del “método” no alcanza debe ser conseguido y puede realmente serlo a través de una disciplina del preguntar y del investigar, que garantiza la verdad.”

Tal es la visión de esta Tesis, buscar más allá del “género de certeza”, no mezclándose en las refutaciones epistemológicas, pero, sí, buscando el “significado humano especial” de la percepción del propio sufrimiento que es. Sin perder de vista lo que dicen Maturana, “lo que se observa depende del observador” ⁽¹³²⁾ y Thompson ⁽¹⁸⁶⁾:

“Una de las cosas que me fascinan en la ciencia, como una actividad cultural, es el modo por el cual las narrativas científicas (y aquí estoy utilizando a propósito un término de ficción) son basadas en conceptos inconscientes de ordenación. Aun cuando un científico cree que está siendo meticulosamente racional, cuando comienza a anotar sus datos y a ordenarlos en una narrativa, los hechos se tornan semejantes a morfemas organizados por una gramática propia del lenguaje de descripciones. Esas descripciones de la “realidad” son las narrativas a que me refiero. El científico no puede huir a las tradiciones de narrativa de su cultura, de aquellas formas de sistematizar los eventos que pueden ser tan simples como al comienzo, el medio y el fin; o en otros padrones cuádruplos más complejos (...).”

Ander-Egg ⁽¹⁾ percibe claramente la dificultad encontrada en el intento de representación de la realidad y la tarea difícil del trabajo hermenéutico:

“Nunca en nuestra formulación teórica podemos expresar los hechos como son, ya que no existe un isomorfismo total entre teoría y realidad. La realidad es inefable, esto es, no puede expresarse a través de ninguna lengua; cuando decimos algo sobre ella, las mismas categorías que utilizamos limitan nuestra visión. El pensamiento nunca se ‘corresponde’ con la realidad, ‘porque no somos receptores pasivos de datos sensoriales, sino sus asimiladores activos’, y, al asimilarlos, los organizamos.”

Pero parece ser que discursar sobre cualquier hecho factual es una paradoja ⁽¹¹⁴⁾

Se optó por presentar grandes porciones de los discursos de los sujetos entrevistados. Si en un primer momento eso puede parecer arduo, poco después de comenzada la lectura se percibe que es una decisión que, además de preservar la objetividad de lo que se dijo, enriquece el texto, pues son las voces de las personas que viven el cotidiano del SUS. El Sistema existe exactamente para servir y atender a esos personajes y ese es el fundamento de la opción por preservar su discurso tan original cuanto posible (pues habrá pasado por grabación, transcripción y traducción).

IV.C.1) Las Impresiones del Campo

Lo primero que se hizo sentir durante la investigación en el campo para la entrevista con los *usuários* del SUS fue que era más fácil conseguir entrevistar a los pacientes de médicos homeópatas; y eso sucedía en dos momentos: en primer lugar, fue más hacedero conseguir que uno de esos pacientes concordara en hablar con el investigador y, en segundo lugar, las entrevistas con ese grupo fueron más prolongadas. Los pacientes de Salud de la Familia, además de la resistencia más grande para conceder la entrevista, tendían a ser más lacónicos en sus respuestas. En un primer momento eso pareció un posible sesgo – y aún se podría plantear esa posibilidad – pero la entrevista con uno de los gerentes de Centro de Salud

mostró que esa característica no es fija, sino que cambia según el paciente elija uno u otro tratamiento. O sea, parece que la apertura para hablar podría ser influenciada por el tratamiento, y no al revés, como se verá.

De todos modos, fue relativamente fácil conseguir que pacientes de las dos especialidades hicieran sus declaraciones. Para cada Centro de Salud, las condiciones objetivas (local, iluminación, tono de voz, ruidos, entrevistador) para todos los pacientes entrevistados fueron mantenidas tratando de no dejar que ellas influenciaran en las respuestas. Hubo siempre buenas aceptación y comprensión por parte de los gerentes responsables por las Unidades. La conversación casi siempre se inició de la misma manera, aclarando lo que era la entrevista y que la negativa en participar no traería ninguna consecuencia para el paciente. Después se pasaba a preguntas que existían en el cuestionario estructurado, como cuánto tiempo había llevado para conseguir una consulta con aquel profesional y el tiempo de espera después de llegar al dispensario. Esas preguntas no hacían la entrevista abierta, pero eran una forma de comenzar de manera más o menos igual todas las entrevistas y, a partir de entonces, dejar que cada una tuviera vida propia. Las entrevistas eran terminadas cuando los pacientes, siempre estimulados a acrecentar alguna consideración, demostraban que no querían decir nada más.

IV.C.2) Pacientes de Salud de la Familia

Los pacientes de los especialistas en Salud de la Familia presentaron las diferencias más evidentes en relación a lo que contestaron en las encuestas piloto y las entrevistas. De hecho, fue ese el grupo responsable por los grandes cambios que se hicieron en la encuesta, inclusive en la decisión de “abrir” la investigación con las entrevistas en profundidad, en lugar de hacer una encuesta semi-estructurada, con una o dos preguntas abiertas. Como se observó que la riqueza de opiniones de los pacientes iba mucho más allá de las preguntas que se harían, se decidió por darles voz.

En las entrevistas, como regla, esos pacientes se declaraban

satisfechos con las consultas de los profesionales, decían que querían a sus médicos, pero en la conversación daban a entender o se lo decían claramente que la atención era por demás dirigida al motivo de consulta.

Véase, en primer lugar, la entrevista TGDTQspx06¹⁶ que muy bien ilustra ese comportamiento de los entrevistados:

P¹⁷: ¿Ud. Cree que sus problemas, cuando Ud. hace el tratamiento con [el médico], son resueltos? ¿Él la ayuda a resolver sus problemas de salud?

R: Ayuda. Seguramente me ayuda.

P: Si pudiera, ¿Ud. cambiaría de médico?

R: Seguramente. Creo que sí. En esas cuestiones, así, como se dice, hay momentos en los que se necesita con urgencia (...) no sé, así, si pudiera...

P: ¿Ud. cambiaría?

R: Cambiaría.

P: ¿Ud. Lo indicaría el médico a sus amigos y parientes?

R: Sí. El médico, si.

P: ¿Durante la consulta, el médico le pregunta sobre otros temas de su vida, como su familia, su forma de vivir, otras quejas que Ud. pueda tener, sobre su infancia, otras enfermedades del pasado?

R: No. Seguramente, no. Es solo aquello sobre lo que vine a hablar, lo que siento en aquel momento, lo que le vine a contar. Si vine por un problema, hablo solo de él. Por ejemplo, si viene por un problema ginecológico e intento hablar de un dolor de cabeza que puede ser algo, él no me oye.

P: ¿No la oye? Explíqueme un poco más sobre eso, entonces.

R: No sé explicar.

P: Explíqueme a su manera, no hay problema.

R: Así, por ejemplo, hoy vine para una consulta por una cuestión ginecológica mía. Hace ya dos años que tengo eso, vengo siempre al

¹⁶ Por motivos de sigilo, las entrevistas fueron codificadas, los médicos fueron tratados siempre con género masculino y los pacientes, con el femenino.

¹⁷ Considérese P como pregunta y R como respuesta.

médico por eso; vengo y no se resuelve nada. Le pregunté si me puede solicitar, siento mucho dolor, si me puede solicitar, así, un examen de orina, porque uno siente. Él dijo que no hay necesidad. Pero mi problema no se resuelve.

P: ¿Entonces ese problema no fue resuelto?

R: No así, de inmediato, tenés que esperar. Él me dijo que volviera en tres meses, con el remedio que me recetó, pero ya hice la experiencia y no está resolviendo nada, así, como quiero que resuelva, entendés? Entonces, por ejemplo, fui a hablar con él ahora, demoré un poco más por eso, porque estábamos hablando y él estaba diciendo que no había necesidad. Que mi examen, que otra médica que fijó, mi marido llevó el examen, dijo que tenía infección, pero él cuestionó, dijo que no tenía infección, así no entiendo, así, no entiendo diagnóstico entre comillas, entonces él dijo que no había necesidad de recetar una pomada por causa de nada. Pero yo siento los dolores, yo siento otra molestia, entonces yo le fui a pedir a él para ver si hay alguna manera de que él me pida un examen de orina, porque hace tiempo que lo hice, él me dijo que no hay necesidad.

P: ¿Y si Ud. le pregunta otras cosas, él no la oye?

R: No me escucha, ¿entendés? Él me habla, me dice qué es lo que tengo que hacer, como uso el medicamento y listo. No profundiza.

P: ¿Y cómo se siente, así, sin esa profundización? ¿Ud. cree que su problema se puede resolver sin esa profundización?

R: Seguramente, no. Porque es conversando que nos entendemos, como se dice. Él es el médico, está allí para escuchar, intentar orientarnos. En ese sentido, tengo lo que reclamar, como la pregunta que me has hecho si no tenía qué decir, cuando necesito, vengo, pero no soy del tipo que viene a pelear, discutir, entendés?

P: ¿Ud. cree que si el médico escuchara más esas cosas que Ud. tiene para hablar le ayudaría más a resolver sus problemas?

R: Seguramente. A veces uno pasa por problemas en casa, tiene problemas, otros problemas que vienen aconteciendo, como en mi caso, por ejemplo. Creo que son más, así, unos factores de depresión, algo así,

¿sabés?, porque mi problema, yo creo, que es porque él, te voy a decir de una vez lo que es. Es mi menstruación que se atrasa, queda unos tres meses, cuatro meses sin venir, entonces ya estoy hace unos tres años en esa lucha y nadie resuelve nada. Ellos no me dicen así, mirá, vamos a derivarla a un psicólogo, una persona que conversar, tratar de entender. Porque las personas dicen eso, ya vi a personas experimentas diciendo que eso también se resume a una depresión, algo que... uno no tiene acceso a eso. Debe ser esa falta de conversación.

P: Hay una apertura del médico para escuchar ese lado suyo?

R: No, no hay.”

Ese ejemplo de percepción de los *usuários* del SUS es de importancia clave para la comprensión de la Tesis ora desarrollada. El comienzo de la entrevista es el patrón que se percibió en el piloto de la investigación: un claro intento de “hacer buena figura” en relación al profesional evaluado; luego, con la distensión de la entrevista, el sujeto se vuelve más flexible y revela sus verdaderas percepción y opinión. *In casu*, la entrevistada dice explícitamente que le gusta el médico y que lo indicaría a otras personas, a pesar de que también dice que cambiaría de profesional si tuviera la posibilidad. Se podría proponer que eso se debe a un juicio algo flojo de la entrevistada, o a su dificultad de comprender el núcleo de lo que se evalúa. Pero una mirada más allá de las apariencias revela que el entendimiento es preciso y que la aparente vacilación inicial es, en realidad, un incómodo natural por verse confrontada con la posibilidad de criticar una autoridad. Luego, con el relajo, las impresiones que transmite la paciente son precisas en relación a la aprehensión de su realidad. La paciente dice que su problema no se resuelve y que vuelve a consultar por el mismo padecimiento por dos años, pide el médico que solicite un examen de orina, clama por alguna solución, pero no ve avances en el tratamiento. Cuenta aún que cuando intenta “profundizar” la consulta, el médico simplemente “no oye”. Por fin, relaciona el sufrimiento a “problemas en casa” que tendrían influencia sobre su menstruación.

La entrevista DTCJ04 sigue una dinámica semejante sobre la

evaluación inicial positiva del profesional seguida de un cambio de posición aparente, manifiesta en una crítica:

P: ¿Ud., siente que el médico escucha todos sus problemas?

R: Sí, él se brinda para escucharme.

P: ¿Y él entiende sus problemas?

R: Últimamente, sí, está entendiendo.

P: ¿Por que últimamente?

R: Uno llega así, para... diciendo lo que siente y él, al final, entiende con atención

P: ¿Y sus problemas de salud son resueltos?

R: Sí.

P: ¿Ud. lo indicaría a otra persona?

R: Puedo indicar, sí. Es un buen médico

P: Y si pudiera cambiar de médico, ¿lo haría?

R: Sí. Cambiaría porque es necesario resolver de verdad y a veces eso no es resolver como uno quisiera.”

Se notó que los pacientes entrevistados tienen más de una manera de usar el término “resolver” en relación a lo que les mueve hacia una consulta. No es el objetivo de esta tesis determinar la “noción epistemológica natural” que tienen los pacientes, pero estudios anteriores ⁽¹⁴⁷⁾ sugieren esa dicotomía y van un poco más allá, mostrando los posibles paralelismos entre esa “visión natural” y la epistemología homeopática ^(104, 49). Sea como sea, se apreció esa posible división, como si el paciente entendiera que, con ese profesional, o con ese sistema, *aquella* resolución era la *posible*, pero que no le es totalmente convincente. Como dice la paciente, “a veces eso no es resolver como uno quisiera”. El verbo en el modo condicional refleja una mezcla de deseo, frustración y resignación; ese tono, a la par de lo que se dijo antes sobre como traspasó la alternancia de opiniones durante las entrevistas, también fue un hecho frecuente en las otras entrevistas con los pacientes de Salud de la Familia.

Nótese la entrevista DTCJ01:

P: Y de los problemas de salud que pueda tener Ud., ¿cuando viene,

son resueltos?

R: Hasta el momento, pienso que sí.

P: OK.

R: Voy a comenzar con ese médico de ahora, entonces... Creo que hace... Nosotros conversamos sí, sí hay tiempo, pero en el dispensario, los médicos que atienden son... no malos, pero no es una atención que te da toda la atención que vos necesitás. No sé si es porque es una cosa para nosotros que es gratis, pareciera que no hay tanto interés. Donde nosotros... Acá tengo el control de tensión, es muy bueno, tiene incluso el remedio... (...).

P: ¿Como es la cuestión de la atención que Ud. decía?

R: Muchas veces uno conversa con el médico y no tiene la atención que necesita.

P: ¿Por qué es así?

R: No lo sé, eso viene del médico... que veo que él no tiene interés de ver todos los nuestros problemas. No sé si es por la situación de que es gratis, si el tiempo es poco, todo eso influencia, porque el tiempo no es suficiente... No es suficiente para llegar hasta vos, y si yo necesito de dos especialistas, todo demora más. Es que somos muchos, ¿no? Es mucha gente para atender... Para ser atendida en esta situación, entonces el tiempo no es suficiente. De esa forma, no hay aquella atención especial que es necesaria (...).”

Esa paciente pone el foco en la falta de una “atención especial” y la falta de tiempo para justificar su disconformidad con lo que experimenta en la consulta. Estimulada a describir lo que piensa de esa falta de atención, dio una respuesta in poco cíclica, pero dejando claro que siente la falta de “algo”. La supuesta falta de tiempo en las consultas de Salud de la Familia específicamente y de la alopática, en general, cuando comparadas al tiempo de una consulta homeopática es un argumento informal frecuente en Brasil, suponiéndose que más tiempo significaría más y mejor comunicación, o posibilidad de comunicación. Hasta una de las gestoras entrevistadas ha señalado esa posibilidad como un dato positivo para la Homeopatía, o un

posible sesgo en la investigación; pero ese no fue un argumento que se escuchó a menudo en las entrevistas y, como se vio, en las encuestas no hubo diferencia significativa en la entrada 12 que pregunta si el tiempo que el médico dedica al paciente es suficiente para escuchar y entender los problemas. De cualquier forma, la cuestión del tiempo es recurrente en medicina, sin que se haya podido llegar a ninguna conclusión sobre si hay o no un tiempo ideal para consulta, variando mucho la opinión de cada profesional ⁽⁵⁹⁾. Además de eso, Starfield ⁽¹⁷⁷⁾ llama la atención para el hecho de que no hay estudios que permitan saber si “los médicos que proveen mejor atención primaria en general también tienen mejores habilidades de comunicación”. Eso no obsta la percepción vulgar de que la comunicación es clave para la relación terapéutica. De hecho, la paciente de la entrevista TGDT03 al ser preguntada cuál sería el motivo de no tener plena sensación de resolución de problema, dice: “(...) creo que es necesario haber más dedicación con el paciente, saber escuchar, preguntar, hacer preguntas y esas cosas, tener más cariño con el paciente, creo que eso ayuda mucho”. Así, más estudios son necesarios para determinar el exacto rol del tiempo y de la comunicación en los resultados prácticos de la atención médica, sobre todo en Atención Primaria, pero el sentido común no debería dejar de ser considerado.

La paciente de la entrevista DTCJ06 relativiza la cuestión tiempo x eficiencia y hace otra proposición de interés:

P: ¿Ud. cree que el médico entiende sus problemas?

R: Yo creo que sí, entiende... Pero este problema no está resolviendo, ¿no? Porque vengo hace más de dos meses y mi problema no se cura. (...)

P: ¿Y Ud. cree que el tiempo que el médico dedica para escucharla es suficiente para entenderla?

R: Él demora mucho tiempo con uno en el consultorio. (...) A veces soy yo la que no tiene paciencia de quedarse. Pero él se toma mucho tiempo con cada paciente dentro del consultorio.

P: ¿Y en ese tiempo Ud. cree que la entiende?

R: Ah! Hubo una época en la que él concluyó así: ‘¿Qué hago?’ E yo

dije: 'Ud. es el que tiene que descubrir, no soy yo la que tiene que descubrir; si yo tuviera que descubrir, no necesitaría venir hasta acá, me quedaría en casa, yo mismo descubriría mi enfermedad'. Quien debe descubrir es el médico, no uno mismo. Entonces él agarró y me dio un medicamento. Pero el problema es que el medicamento que él me pasó, no curó, siguió lo mismo. (...) Sé que es un médico muy bueno, para mí, yo creo. Pero el problema es ese, lo que sucede, no sé si... de los remedios.

P: ¿Si Ud. pudiera, cambiaría de médico?

R: Ah! Si fuera para un médico bueno, si descubriera lo que uno tiene, cambiaría. A veces el examen que se hace con un médico... ellos dicen que no es nada. Ya otro dice que sí... Pero el problema que siento no quiere curar. Entonces, ¿qué es eso? Quisiera saber. Hago el examen y ellos dicen que no es nada, no tengo nada, pero uno sabe que tiene. Eso me gustaría saber el porqué.

P: ¿Ud. ya hizo cuántos exámenes para ese problema que tiene?

R: Ah... fueron... con esta vez, fueron tres.

P: ¿Y qué respuesta le dan?

R: Recetan remedios, yo vuelvo y digo: 'no curó. No quiere curar. No consigo dormir.' Entonces, me dan otro remedio, ahora mismo vine y me dio otro remedio para descubrir (...). Y nunca curó, la cosa no quiere curar y sigue igual. Es eso lo que me gustaría saber, porque los remedios que te dan son para curar, ¿no?"

La otra cuestión relevante que esa paciente formula es el rol de los exámenes complementarios y la interpretación por los médicos. Esta Tesis descubrió que, a pesar de los pedir menos frecuentemente, los homeópatas tienen mejor evaluación global. O sea, no hay relación, en el presente estudio, entre solicitar análisis laboratoriales o radiológicos y la sensación de resolución de problemas de salud por parte de los pacientes. Pero más significativo aún en la entrevista es la diferencia entre médico y paciente cuando entre ellos está el método complementario. La paciente relata lo que dice el médico, cuando interpreta los resultados: "no es nada", pero ella no acepta esa visión técnica, porque para ella, "algo" está mal. Para esa

paciente, que también dice que el médico es “muy bueno”, parece residir en ese hecho, es decir, en la discordancia entre lo que siente y lo que el médico interpreta – con la consecuente falta de éxito en los tratamientos propuestos. Según López ⁽¹¹⁸⁾, *“Número elevado de esos exámenes es realizado para suplir las deficiencias del examen clínico decurrentes de la incapacidad técnica de quien lo realiza o de la manera displicente o apurada como lo conduce. En esas circunstancias, el diagnóstico médico es incompleto y las relaciones paciente–médico son precarias, independiente de la cantidad o de la eficacia de los exámenes complementarios de diagnóstico empleados”*. En la TGDTDQ06, la paciente dice que no entiende bien las explicaciones sobre los exámenes, a lo que se le indagó si vuelve a pedir más aclaraciones al médico y ella dice que no, porque “uno hace de cuenta que entendió, porque a veces ponen cara de que no quieren explicar, algunos médicos, no todos. Pero algunos, sí”. La pregunta era centrada en su relación con su médico específicamente, y su respuesta trató el problema de manera general, quizás demostrando la dificultad de criticar directamente el profesional por quien tiene sentimientos innegablemente positivos. Aun así, es como si los exámenes pertenecieran al médico, o al mundo de entendimiento del médico; indagar, cuestionar, podría ser visto como un desafío a la autoridad. La paciente parece no sentir el examen como algo suyo.

La entrevista TGDTBXO04 fue una de las más largas para pacientes de Salud de la Familia y la paciente aborda también la cuestión de suficiencia del tiempo, habiendo participado de una consulta de una hora y media, pero, al final, habla de lo que cree ser el origen de sus padecimientos y que nunca encontró espacio durante las consultas para contar al médico. Además de eso, revela como se da su acceso a los exámenes complementarios, prestando un poco de luz sobre los motivos, a la par de lo que dijo Lopez ⁽¹¹⁸⁾, de que se encontrara con esa alta proporción de pedidos de métodos complementarios de diagnóstico por parte de los especialistas en Salud de la Familia:

“P: ¿Ud. cree que sus problemas de salud son resueltos aquí por el médico? Sus problemas de salud, él...”

R: Sí, todo. Si no resuelve aquí, derivan a otra parte. Por ejemplo, me operaron de las dos rodillas (...). La gente aquí me trata muy bien. Demasiado bien. Me operaron una rodilla el 2002 y la otra el 2006.

P: ¿Ud. cree que el médico presta atención a lo que Ud. dice?

R: Sí, es muy atencioso.

P: ¿Y el tiempo que dedica a escucharla es suficiente para entender sus problemas?

R: Sí. (...) Hubo una consulta que yo tardé una hora y media con el médico.

P: ¿Aquí?

R: Sí, yo estaba muy mal, yo estaba... estoy mejorando... no sé si me estoy curando. (...).

P: ¿Ud. cree que el médico cuando la escucha, entiende sus problemas?

R: Sí, creo que sí.

P: Cuando tiene algún problema, cuando hace el diagnóstico, cuando ve lo que Ud. tiene, ¿él le explica cuál es el problema?

R: (...). No, no me dice. No entiendo mucho, es muy confuso, no entiendo esas cosas. (...).

P: ¿Cuándo le pide que se haga un análisis, le explica?

R: Explica... dice que tengo que hacer... Le dije que quería hacerme un examen de sangre y él me dio el papel. (...)

P: ¿Y normalmente es Ud. quien pide para hacer exámenes?¹⁸

R: Sí, le pido yo.

P: (...) Ese que Ud. tiene en las manos...

R: Es que le pedí porque estoy necesitando de hacer un examen de sangre, porque ellos piden examen de sangre, pero no piden triglicéridos, entonces voy a hacer todo.

P: ¿Y fue Ud. quién le pidió?

¹⁸ Se podrían, eventualmente, evaluar los motivos que llevan los médicos a aceptaren los pedidos de los pacientes para la realización de exámenes y qué papel jugarían la insistencia de estos últimos y, eventualmente, el corto tiempo de las consultas en ese acto médico. Todo eso huye al objeto de la presente investigación.

R: Sí, yo le pedí.

P: ¿Y él acepto hacerle la solicitud?

R: Aceptó.

P: Él le pide acá nueve tipos de exámenes de sangre, orina y de heces, ¿no? ¿Fue Ud. quien los pidió?

R: No, pedí un examen de sangre y él puso todo.

P: Entendí. ¿Ud. se quejó de algo relacionado a orina, heces, algo así?

R: No. Porque cuando me operaron del útero, me suspendieron la cirugía porque tenía infección en la orina, ¿no? Así, de vez en cuando, me piden examen de orina.

P: ¿Cuánto tiempo hace eso?

R: Tres años.

P: Hace tres años. Pero ahora, de esta vez, ¿Ud. siente algo específico en relación a la orina o a las heces?

R: No (...).

P: ¿Y cuando Ud. trae los resultados, como de estos que pidió ahora, él le explica los resultados?

R: No... me dice que los resultados están mejores de lo que pensaba.

P: Ok. ¿Ud. cambiaría de médico o está satisfecha con este?

R: Ah... Podría cambiar, si fuera uno que nos atendiera más... pero es muy bueno... (...).

P: ¿Si tuviera la oportunidad, lo indicaría a parientes y amigos?

R: Es muy bueno, piola... (...).

P: Le hago una última pregunta: ¿Él le hace preguntas sobre la familia?

R: No.

P: ¿Sobre los miedos, sueños, su forma de vivir? ¿Sobre problemas que tuvo Ud. en la niñez?

R: No. (...) Más relacionado a lo que estoy sintiendo...

P: Bueno...

R: (...) Sabés que mi hijo trabaja en la _____. Está con problemas de dinero, perdió... Me pidió prestado, le doy más de la mitad de lo que cobré. Así me tratan mis hijos... vive en mi departamento, cerca de mi casa, ni a mi

casa me va a visitar... así me tratan... (...) yo una vez pedí dinero prestado, no me prestó, ni apareció... así me tratan...

P: ¿Sobre esas cosas el médico ya le preguntó o conversó con Ud.?

R: No.

P: ¿Entra en esos detalles?

R: No, ellos de eso no hablan.”

Empíricamente se sabe que muchos de los exámenes solicitados por los médicos se dan en situaciones semejantes a la que informó la paciente. Muchas veces, la solicitud de esos procedimientos pareciera ser una mezcla de ejercicio de autoridad con una forma de seducción de los médicos hacia los pacientes. Siendo así, es evidente que se trata de una perversión de la relación médico – paciente, con impactos negativos para ambos y para el sistema de salud como un todo. No se encontraron datos de estudios controlados que aclararan la importancia y el impacto posibles de dicha práctica. Una vez más, apareció en esa entrevista una situación clave en la vida de la paciente, con potencia suficiente para, por lo menos, hacer pensar sobre la influencia de esa situación – relación conflictiva con los hijos – y varios trastornos descritos por la paciente. Los puntos de destaque de esa entrevista se repitieron en otras. También en la entrevista TGDTDQ02 la paciente elogia mucho al médico y relata todo el histórico de buenas relaciones entre los dos, para después decir que no tiene apertura para hablar con el profesional sobre sus cuestiones sentimentales e familiares más íntimas y que si tuviera esa posibilidad, se sentiría más liviana, “porque hay momentos en los que estoy tan angustiada, pero tan angustiada, no consigo desahogar ni siquiera con mi mamá, con nadie, es muy, muy raro que desahogue con alguien. Lo hago más con mi hermana mayor, ella me entiende más que mi familia, mi mamá, mi papá (...). Sería muy bueno [si el médico abriera espacio para que me desahogara], pero él no pregunta, no hace nada”. No se encontró, en las entrevistas con pacientes de Salud de la Familia, quien se considerara totalmente contenido por su médico de cabecera.

En TGDTDQ08, la paciente elabora más sus creencias y percepción

con referencia al padecer y a como los médicos y el sistema actúan:

“(...) como en mi caso, que tengo fibromialgia, yo sé que es una enfermedad de fondo psicológico, entonces eso resuelve más que cualquier remedio. (...) por lo menos los médicos en general, que no son psicólogos, psiquiatras, ese tipo de cosa, ellos no abordan ese lado. Así, yo ya no espero eso de él, porque ya sé que no ocurre (...). La salud no es sólo... cuando uno está enfermo sólo por cuestión física, es mucho más psicológica, es una coyuntura mucho más del cotidiano, que te lleva... el estrese, el cansancio, la cosa que va a desencadenar la enfermedad, pero entonces es una secuencia, que no sirve de nada tomar un remedio como tomo yo, en quince días me siento mal otra vez porque la causa no fue resuelta, sólo estoy haciendo un paliativo... acá el remedio sólo es un paliativo para el dolor inmediato, pero la causa misma no se resuelve. Excepto si es una gripe, una cosa así más... pero aún así, muchas veces incluso la gripe es... no es sólo una gripe, ¿no? Se ve que puede... que acá no se resuelve. Porque yo me resfrié por mucho tiempo así y era estrese, cansancio y de esa forma, no se resuelve...”

La paciente se mostró capaz de gran elaboración sobre su propio sufrimiento, llegando a profundizarse y a verbalizar hipótesis relativamente complejas sobre la diferencia entre paliación y la búsqueda de causas originales. ¿El Sistema como un todo, y el Salud de la Familia en particular, serían capaces de dar respuestas para ese nivel de complejidad? ¿Por lo menos el Sistema comprende que esa elaboración es más compleja que un examen técnicamente de avanzada? Pacientes como esa parecen decir que no a las dos indagaciones.

Algunas pocas entrevistas estuvieron completamente fuera del patrón, como la DTCJ05, en la que la paciente dice, al ser preguntada sobre si el médico la escucha: “No”. En seguida se pregunta si ella cree que el profesional la comprende y, con igual respuesta negativa, se pregunta el motivo, a lo que contesta: “Porque a veces hablo de lo que siento y él cree que no es verdad. Creo que por esa parte él no escucha.” Ese tipo de respuesta llana y negativa de ninguna manera fue la regla, apareciendo en

pocas situaciones y sin que hubiera un profesional relacionado a ella con más frecuencia. Por otro lado, ningún paciente de Homeopatía dio alguna respuesta de esa naturaleza.

Las demás entrevistas con pacientes de Salud de la Familia han resultado en consideraciones muy parecidas a las expuestas hasta aquí. Como el criterio de interrupción de las entrevistas fue la saturación, no se extenderá por más páginas la transcripción de tales entrevistas.

IV.C.3) Pacientes de Homeopatía

Los pacientes de los médicos especialistas en Homeopatía se diferenciaron de aquellos de Salud de la Familia en el primer acercamiento por aceptaren más prontamente participar de la investigación. En general sus entrevistas fueron un poco más extensas y más ricas de consideraciones sobre la dinámica salud – enfermedad, la relación médico – paciente, y sus propios roles en el proceso terapéutico, al que hace pensar en los términos de la Declaración de Alma Ata ⁽¹⁵²⁾: “autorresponsabilidad y autodeterminación”. Eso sucedió, sobretodo, con los pacientes que ya concurrían había cierto tiempo a los homeópatas. Con los pacientes de primera consulta no se notaron tanto esas características, a pesar de que se mostraban algo sorprendidos con la forma de la consulta. La primera pregunta que surgió de esa reacción de esos pacientes fue si no habría ahí un posible sesgo. ¿Las personas más predispuestas a tratarse con más ahínco no serían también más predispuestas a buscar la Homeopatía, haciendo con que un eventual éxito de la terapéutica estuviera más relacionado a factores inherentes a los pacientes que a la especialidad? Si bien esa pregunta no se respondió completamente en el presente estudio, y por lo tanto la hipótesis no pudo ser totalmente negada, no se encontró ninguna evidencia de que ese sesgo realmente existiera y uno de los gestores entrevistados relató un cambio de actitud *a posteriori* de los pacientes que buscan la Homeopatía, lo cual está de acuerdo con lo observado. Eso se analizará en mayor profundidad cuando del estudio de las

entrevistas de los gestores. Otro dato importante es que ninguno de los pacientes entrevistados declaró que cambiaría de médico si pudiera y todos indicarían sus médicos a amigos y parientes, con la mayoría diciendo que ya lo hicieron varias veces.

IDTBXN02 fue una entrevista a una paciente que por primera vez buscaba atención homeopática en el Sistema Único de Salud de Brasil y que nunca tuviera antes experiencia con un profesional con esa especialidad:

P: ¿Ud. notó alguna diferencia de la consulta homeopática con relación a las otras consultas?

R: Noté... es más detallada.

P: ¿Como así?

R: Pareciera, así... como si tuviera más preocupación con la persona. ¿Entendés? Se parece más a un... psicólogo que una consulta común, porque generalmente las consultas son simples.

P: ¿Cómo eran esas consultas más simples?

R: ¿Cómo te explico? El médico llega y pregunta: "tenés dolor de cabeza? Tomáte una dipirona y chau". Esta no, él pregunta más, es como si fuera un psicólogo, trata de descubrir el porqué del dolor, de la enfermedad y no simplemente que ella está ahí.

P: ¿Ud. cree que eso [esa actitud] puede influenciar en la resolución de problemas del paciente?

R: Creo que sí.

P: ¿Por qué?

R: ¿Por qué? Ah... Creo que, como yo, tengo síndrome del pánico, y creo así... por ejemplo... sólo me podré curar del síndrome cuando descubra porqué ella aconteció. (...) En mi caso, los medicamentos que tomo me dejan sedada, me siento como un E.T. (...) Mi hermana y mis dos sobrinos están en la Homeopatía y me indicaron. (...) A mi hermana le gusta mucho y mi sobrino mejoró así, noventa por ciento, mucho mejor que con las consultas normales."

Siguiendo las entrevistas, se ve que la comparación con una consulta psicológica es constante. Ese paralelo aparenta ser el mejor recurso de los

pacientes para explicaren su percepción de la consulta homeopática. Ese hecho apareció también en un estudio de caso ⁽¹⁴⁸⁾. La sensación de que la consulta es “diferente” de las “otras”, dichas “normales”, “comunes”, “simples” también se ve en las otras entrevistas, de forma constante. En la IDTDQ07, se encuentra:

“Cuando no es homeopático, que generalmente es un médico común, él... vos generalmente conversás rápido y hablás, él generalmente prescribe lo que te tiene que dar y vos ya salís. Allí, no; vos conversás sobre muchas cosas, es medio que un psicólogo junto. (...) Todo, todo, pregunta de todo. Sueños, lo que yo soñé, de qué tengo miedo, lo que, de todo, cosas que vos nunca pensás que te va a preguntar... conversa y uno... termina siendo una consulta muy informal, es muy piola”.

La entrevistada de la IDTBXN03 llevaba a su nieta para tratamiento con Homeopatía. La niña era tratada por cardiólogo, neumonólogo, psicólogo, psiquiatra, neurólogo en un cuadro evidentemente complejo, al cual, a cada consulta y a cada especialista nuevo, nuevas drogas eran agregadas y las dosis iban en aumento, según contó la abuela. Hacía ya un tiempo que habían procurado la Homeopatía:

“[La Homeopatía ayudó] porque ella hacía [los tratamientos con los otros especialistas], entonces ella tomaba Tegretol®, Tofranil®, fenintoina, todos los remedios le quitaban el apetito, ella no comía, no crecía (...). Cuando comenzó el tratamiento con la Homeopatía, ella comenzó a ganar peso, evolucionó (...), se alimenta mucho mejor. (...) [Después de la Homeopatía], tanto el psiquiatra como el neurólogo han disminuido [la dosis del medicamento]. Quien decidió disminuir la dosis no fue el homeópata, fueron los otros especialistas. Ellos decidieron, porque después repitieron los exámenes y vieron que él realmente estaba mejorando. (...)

El homeópata prolonga más la consulta. (...) Busca saber qué ocurre más en el ambiente familiar, cómo es el ambiente familiar, para saber qué es lo que la persona realmente siente. (...)”

También en la IDTCJ11, una acompañante informó que un procedimiento anteriormente indicado no necesitó ser ejecutado después

que su hija pasó a ser tratada por un homeópata. La niña tenía una indicación de cirugía de amígdalas y adenoides y respiraba persistentemente por la boca. La madre entendió la no necesidad de cirugía, después de su formal indicación, como resolución del problema de su hija. Para ella, el problema mayor era la cirugía y no la hipertrofia¹⁹. Refiriéndose al médico homeópata, dijo que *“él es más dedicado que los otros médicos normales, los clínicos. (...) quiere saber de todo, cómo es nuestro cotidiano. Creo que eso también es importante para saber de su problema. Él todo pregunta, cómo es, cómo no es. Otros no hacen eso... la mayoría no pregunta, preguntan qué le pasa y listo, escriben la receta y listo”*.

Podría ser que la percepción de resolución de los problemas después del inicio de tratamiento con Homeopatía, contrastada con fracasos anteriores con la otra racionalidad médica haya contribuido con los números y diferencias significativas encontradas en las encuestas (IDTDQ7):

P: ¿Ud. ya había hecho otros tratamientos que no el homeopático antes?

R: Muchos, muchos, muchos, porque mi problema es medio que alérgico, entonces yo ya fui desde niña... yo tengo ese problema e ya fui a muchos, tomé mucha, tratamiento de años, vacuna, inyección, no sé qué, todo, mucho tratamiento y entonces...

P: ¿Ud. ya tomó medicamentos para alergia?

R: Mucho medicamento para alergia, para... ahí es sinusitis, rinitis, todas esas cosas, entonces en el dispensario cerca de casa que una enfermera me dijo así: “mirá, hay un tratamiento que es homeopático y tal, que mi hija tiene un problema como el tuyo y ella mejoró con él”. Yo dije que iba a probar. Porque yo ya había probado de todo, entonces yo vine, hice y me está gustando porque ese, por lo menos, es un tratamiento que veo que me está ayudando. Los otros, así, ayudan, pero vos dejás de tomar y vuelve todo de nuevo.

P: ¿Ud. ya abandonó os otros medicamentos?

R: Sí.

¹⁹ No se juzga si la indicación de la amigdalectomía fue correcta o no. Simplemente se presenta la percepción de la *usuária*.

P: ¿Abandonó vacuna, esas cosas?

R: Sí. Aun porqué tratamiento homeopático, vos no podés mezclar dosis, ¿no?, de otros medicamentos con él, sino se corta el efecto suyo, ¿no? Pero yo ya había dejado de tomar, porqué era antibiótico, inicio de antibiótico, entonces era vacuna y era todo mes la vacuna, la cosa no servía para nada, era solo gastar plata, llenarse de remedios a toda hora, y con crisis igual, de bronquitis, sinusitis, de todo, entonces yo dije... ¡Ah!... Ahora, este acá, no...“

En otros países se ha encontrado que uno de los principales motivos de consulta con homeópatas es la insatisfacción con tratamientos previos ⁽¹²⁸⁾, a ejemplo de lo que ya se observó también en Brasil ⁽¹⁴⁷⁾, donde Monteiro y Bernstein ⁽¹³⁸⁾ encontraron que el principal motivo por el cual los pacientes del SUS buscan a los homeópatas es por fallas en tratamientos anteriores. Línea semejante sigue la entrevista IDTQsox01, hecha a una persona que iba por primera vez a la consulta:

“P: ¿Ud. cree que él llegó a comprender sus problemas?

R: Seguramente.

P: ¿Cuál es su sensación en relación a eso? ¿A la comprensión de sus problemas?

R: Aclaración. Él me dio una luz en la oscuridad. Cosa que yo no tenía idea, él me aclaró allí, ahora.

P: ¿Ud. ya había buscado a otro médico en relación a esos problemas? (Ud. no necesita identificarlos).

R: Sí, ya había buscado.

P: ¿Y qué diferencia percibió Ud. entre la escucha de este y de los otros médicos?

R: Un poco más de atención, él demostró un poco más de interés en mi situación como persona que como paciente, él quiso saber más de mi vida.

P: Explíqueme un poco más.

R: Él quiso... vino de mi niñez hasta los días de hoy, preguntándome los sucesos de mi vida. Por otro lado, el médico convencional me pregunta lo que estoy sintiendo, lo que está pasando, me da el medicamento y se acabó.

No quiere saber la razón de ello... le interesa más saber el ahora que saber el porqué el ahora sucedió.

P: ¿Ud. cree que esta forma de abordaje tiene influencia sobre la resolución de sus problemas?

R: Seguramente.

P: ¿Por qué?

R: Porque te pone más a la par de la situación, vos te sentís más persona, más gente, más parte de la cosa. En el otro caso, te sentís uno más, sos uno más que va a buscar la receta allí, buscar a un médico y tomar, buscar un remedio y tomar... Acá no, aquí te hacés más íntimo, una cosa más íntima del médico. El médico te trata como gente.

P: ¿Algo más que le gustaría agregar?

R: Creo haber dicho básicamente todo. Pero ahora yo creo más en solucionar las cuestiones de mi salud de lo que creía antes. Antes yo estaba medio que en un tiroteo de ciegos, ahora no, ahora estoy en un camino que puedo caminar y acredito que me va a ir bien. Porque mucho de lo que él dijo coincidió con lo que me imaginaba y otros ya habían comentado y cosas del género. Ahora tengo una posición oficial [sobre la Homeopatía]: yo la recomiendo. (...) El médico aclara bien, pero hacés una consulta con otro y no sabés qué sucede, vos seguís con el dolor y el médico te dice que no tenés nada. Pero, sabés, él está allí evaluando un examen clínico, un examen de laboratorio. Este de acá, no. Él va más a la persona, al sentimiento, lo que se pasó, lo que dejó de pasar, el ser humano no es solamente un pedazo de carne, ¿no?"

Los datos de la Secretaría Municipal de Salud y otros estudios ^(128, 174) dicen que una de las principales formas de llegar al consultorio homeopático es, a la par con la indicación de conocidos, la derivación de otros médicos. Posiblemente es esa una de las explicaciones del porqué, por lo que se pudo notar de la declaración de varios pacientes de Homeopatía y de algunos gestores, los homeópatas del SUS mantienen por cierto tiempo las prescripciones de otros médicos. Muchas veces, la primera conducta de un homeópata es disminuir hasta restirar las dosis de medicamentos alopáticos,

en un intento de *simplificar* el cuadro ^(55, 87, 91).

Justo y Gomes ⁽¹⁰⁹⁾, estudiando las concepciones de los pacientes de Homeopatía en Santos, Brasil, han descubierto que sus conceptos de salud se dirigen a la idea de equilibrio entre factores mentales y físicos en la determinación de las afecciones. Además, determinaron que los motivos principales de búsqueda de tratamiento homeopático fueron insatisfacción con el tratamiento “convencional”, influencia familiar y sugerencias de terceros y que los pacientes señalaban como factor importante para el mantenimiento del tratamiento: los resultados positivos de la terapéutica sin efectos maléficos para el organismo, la visión holística e integradora, su naturaleza preventiva y los costos de la medicación.

De alguna manera, se observó también en este trabajo, que los pacientes expresan su percepción sobre la manera holística con que la Homeopatía dice evaluar sus acciones. La entrevista IDTCJ07 ilustra ese hecho:

P: ¿Ud. cree que el médico comprende sus problemas?

R: Entiende. A veces nos aclara las cosas, alguna cosa así... y aquello vos acabás despertando para intentar responder. Al final, creo que nos aclara las cosas.

P: Explíquenos un poco más eso de “aclarar”, por favor.

R: ¿Como así? A veces vos tenés un problema... ¿Por qué no corrés detrás del problema para poder resolverlo? ¿Entendés? A veces vos... dejá, después resuelvo eso, a veces aquello te da incentivo para no resolver. ¿Por qué no puedo agarrar eso ahora y resolver ya de una vez? Que tener aquello en la cabeza para poder resolver después, cosas simples que podés resolver ahora y dejás para después.

P: (...) ¿Ud. ve alguna diferencia de la Homeopatía con la otra medicina?

R: Ah... Sí hay, sí hay. Al final es un lado psicológico de uno que vos estás tratando también. No es sólo tu lado físico, vos tratás también el lado emocional, vos tratás todo.

P: ¿Y en la otra medicina?

R: En la otra es sólo lo físico, ¿no? Más, ¿no? (...)

La explicación de Cruz *et al*⁽⁴⁹⁾ para ese concepto que está reflejado en el discurso de la paciente es que para Homeopatía el *todo* es “un discurso vivo y dialéctico comprendido como una experiencia hermenéutica de semejanza”, lo que podría significar una identidad más palpable entre los entes de la consulta.

Algunos pacientes de médicos especialistas en Homeopatía también consideran que la comunicación y la relación que el médico establece con sus pacientes es importante para la resolución de problemas, como declaró una paciente, entrevista IDTCJ08: “[Es primordial que el médico sea] una persona carismática, atenciosa, que te da atención, te escucha, eso es muy importante para el paciente. (...) [Mi médico] insiste en saber cualquier duda que yo pueda tener, pregunta todo, explica todo, con atención”.

Otra aseveración recurrente en las declaraciones de esos pacientes es que los medicamentos homeopáticos serían exentos de efectos colaterales (aunque no se haya encontrado en la bibliografía afirmaciones técnicas que avalasen la afirmación), y que eso contribuiría para un mejor estado de salud y para el tratamiento. Algunos sugirieron, si bien en términos legos, que esa visión contribuiría para la adhesión al tratamiento. Entrevista IDTCJ09:

“P: ¿Qué diferencias ve Ud. entre esa medicina homeopática y la medicina alopática?”

R: La diferencia es la siguiente: ellos son unos psicólogos, ellos hacen una... Conversan con vos, es importante como las cosas van a ser... no es tan rápido como un ‘clínico’ (...). Y otra cosa, ese remedio no me hace mal al hígado... Tomé un remedio el año pasado, tuve que hacer varios [exámenes para] el hígado. Tuve que mudar el remedio. Él no, sus remedios no hacen daño; podés tomar cuantos sean. Yo ya tomaba muchos remedios, como dije, ¿no? Y los remedios de él no te hacen daño. Mejor, ¿no? Entonces, volvió de nuevo, el miedo de nuevo. Estoy así con miedo, miedo de morir, cuando veo a un fulano que murió... ¡Dios! ¿Será que estoy preparada para morir? Le conté eso a un psiquiatra y él se rió de mí; porque soy creyente, ¿no? Si me deprimó, vuelvo corriendo al homeópata. El psiquiatra atendía y

ni conversaba con uno, era entrar, cinco, diez minutos, receta y salir del consultorio. El mismo psiquiatra decía: gente, no tengo tiempo de hablar con Uds.

P: Entendí. (...)

R: Él es casi un psicólogo para mí. Ahora con ese problema que tengo, mala circulación... trato de todo con él.

P: ¿De otras cosas también?

R: Trato. De varias cosas. Tuve una flebitis en la pierna, Dios mío, tuve que tomar tanto antibiótico, tengo miedo de que vuelva... Entonces trato con él... Mi pierna se pone roja, vengo... Él me da una salida. (...) Soy muy seca de vientre y él también me enseña cómo mejorar eso también... confío, como te dije..."

Esa percepción del tiempo aparece en otras entrevistas. La IDTCJ10 muestra de nuevo la asertiva sobre efectos colaterales y del tiempo en una consulta homeopática:

"La Homeopatía no cansa, no te agota la vida, no agota tu... tu... tu existencia; porque la alopátia cansa, es pesada. Ahí, tu hígado se cansa, tu bazo se cansa. Y la Homeopatía no cansa, es bien liviana. Y cambia el medicamento, si no es el correcto, cambia hasta que da en el grano. Va cambiando el medicamento, va conversando más, profundizando más la conversación, hasta descubrir uno que va bien. El médico se queda conversando con vos, como si fuera así, una persona de dentro de casa. Se sienta con vos, tiene aquél tiempo para vos. Ahora, la alopátia, no. La alopátia es muy rápida, no te da tiempo para explicar lo que estás sintiendo para que la persona te pueda entender. (...) Yo creo que el homeópata es mejor para entender los problemas, porque el homeópata te trata como a un hermano, como un padre, como una madre. Ahora, el alópata es muy rápido, es una conversación muy rápida."

Se resalta una vez más que la percepción de la suficiencia del tiempo para pacientes de las dos especialidades estudiadas en las encuestas no trajo diferencias significativas estadísticas, en la encuesta cuantitativa. Tampoco esa fue una queja en las entrevistas con pacientes de Salud de la

Familia. Pero los pacientes de Homeopatía, refiriéndose a especialistas alópatas con quienes siguen teniendo vinculación, o no, y a médicos generalistas con quienes se hacían atender antes de optaren definitivamente por esa especialidad, con gran frecuencia se quejaron de que con las especialidades alopáticas o aun con Salud de la Familia el tiempo no era suficiente para que se sintieran acogidos. Ninguna conclusión definitiva se puede hacer con el presente estudio, puesto que ese aspecto no formaba parte del escopo de la investigación. Sin embargo, eso podría deberse al hecho de que antes de conocer esa racionalidad médica, los pacientes no tienen mejores términos de comparación; pero, después de comenzaren el tratamiento homeopático, perciben una escucha que para ellos podría ser entendida como más calificada. Quizás. En ningún caso de entrevistas con pacientes de Homeopatía hubo relatos de consultas de una hora y media, como se vio con una paciente de Salud de la Familia. Pero ninguno se quejó del tiempo o de la escucha.

Algunos pacientes ven al médico homeópata, o la especialidad en sí, como dotado de percepciones o capacidades que los otros médicos no tienen (IDTDC01): “[La principal diferencia] es que la Homeopatía, ella entiende más algunos problemas, cuando el médico es más avanzado, él también entiende algunos problemas, como la cuestión del miedo, cuestión de solución de algunas cosas, que los otros médicos, cuestión de sueño... dicen ‘Ah... pero él no duerme, él no sé qué’... Y hacen más que eso, ¿sabés?, no intentan resolver”. Se nota que la exploración de los aspectos mentales de los pacientes en las consultas les causa mucha impresión. Buscando recursos en las encuestas, se ve que es mucho más raro un especialista en Salud de la Familia indagar sobre esos temas. Quizás ese desuso sea una posible explicación para cómo les llama atención a los pacientes las indagaciones de esa naturaleza. Una de las pacientes, entrevista IDTDQ03, explica eso, desde su punto de vista, diciendo que “Él [médico] hace todo tipo de preguntas (...), desde el pasado, hasta el presente; hace preguntas que son fundamentales para nosotros”. Esa paciente menciona otro aspecto que frecuentemente fue citado por los

pacientes de esta especialidad: “Él va haciendo una pregunta, va anotando las cosas, después te pregunta otra cosa, va anotando, presta atención a lo que estás diciendo (...)”. Esa sensación de gran interacción entre los dos polos de la consulta es un hecho significativo en las entrevistas con los pacientes de Homeopatía.

En relación al perfil de los pacientes que buscan la Homeopatía, lo cual no fue un objeto principal de esta investigación, pero que apareció, por causa de la visible, aunque a veces sutil (o inexistente), diferencia de comportamiento al momento de concedieren las entrevistas en relación a sus pares de Salud de la Familia, varios pacientes relataron por si mismos la mudanza de comportamiento con el pasar del tratamiento. En ese sentido, la paciente de la entrevista IDTDQ04 cuenta que era de tener reacciones explosivas, pero que, después del tratamiento:

“(...) Yo, exactamente por ese tratamiento con el Dr..., que ya tiene siete u ocho meses, yo consigo ver todo aquello [sus problemas] con paciencia y con pensamientos positivos para mí misma... después llevar una vida sola con decencia y también, así, una cosa que estoy sintiendo es la paciencia para ver la situación del otro lado (...). Ya es medio a través de las consultas, de la medicación que estoy teniendo esa, ese tipo, esa paciencia, esa cosa de no explotar, ¿me entendés? Entonces yo dije, Dios mío, como es bueno para mí, porque yo no esperaba desde la Salud Pública recibir ese tratamiento (...).

Yo creo que... acá afuera el problema que tuve fue que nadie paró para escucharme... pero tuve problema con mis médicos... ahora, sobre todo con el Dr... que es mi médico que me trata, yo no tengo mucho... realmente, cuando llegué para tratarme con él, yo estaba muy exaltada (...).

Es persona que pongo en mi agenda y digo, mirá, sabés aquél tipo así, mirá, si vos perdistes a tu madre, si vos perdistes a tu padre que siempre conversó con vos y te escuchaba... (...) ni con mis hijos, ni dentro de casa que somos cuatro personas, yo no tengo esa seguridad de conversar, de contar... (...).

Tan tranquila, para poder hablar, porque estoy pasando por una

situación muy delicada, no estoy nerviosa, me parece interesante, porque de ser... hace unos tres años, yo no tendría esa paciencia, yo ya habría explotado, habría tirado todo para arriba... Pero recibí el apoyo, el tratamiento, y estoy teniendo esa paciencia de poder estar colocando la cabeza en el lugar, observando qué es lo que voy a hacer, qué es lo que no voy a hacer, ¿sabés?, y así la medicación que él me recetó fue excelente, está siendo excelente (...) yo estoy tranquila (...).

[El tratamiento homeopático] te hace estar bien con vos mismo, con tu auto-estima, vos no tenés preocupación... estoy viendo el mundo cayendo en mi casa pero estoy tranquila y segura de mi misma (...).

Una de las pacientes, de ochenta años, tratada por el homeópata desde hace ocho, explicó la consulta, dando pautas muy acordes a lo que el SUS predica para el PSF (IDTDQ05):

“El Dr. escucha, analiza muy bien, pregunta sobre la familia, sobre alimentación, lo que debo hacer, lo que no debo. Si debo aceptar por mi edad que va llegando... van llegando las deficiencias del organismo. (...) Él entiende completamente. Él es parte... es parte de mi familia, porque yo siempre cuestiono cualquier cosa de mi salud, él está a mi lado. (...) Yo confío en él.”

Esa misma paciente, al ser indagada sobre si indicaría el médico a otras personas, dijo:

“Siempre. Antes de venir, lo indiqué a dos señoras. La niña de una de ellas estaba llorando, entonces yo pasé la mano sobre su cabeza: ‘hijita, ¿por qué llorás?’, ‘tengo dolor de panza, hace ocho días que no voy de cuerpo’ e yo le dije: ‘andá a hacer una consulta con el Dr. que él te trata con remedio simple, barato y vos vas a mejorar, vas a ver, él es muy bueno’. Le dije a la madre, ella preguntó cómo se hace, yo dije: ‘andá a hablar con aquella señorita, ella es chiquita aun, Ud. va a ver cómo ella va a mejorar’.”

La encuesta, al evaluar si los pacientes indicarían sus médicos a otras personas, encontró que 100% de los pacientes de Homeopatía y 94,5% de los de Salud de la Familia ($p < 0,05$) lo harían. En las entrevistas, también se encontró con esa realidad: todos los pacientes de Homeopatía no solamente

dijeron que indicaría el médico como, a excepción de los que no estaban allí por primera vez, dijeron que siempre indican y cuentan casos de parientes, amigos o desconocidos a quienes ya habían recomendado el tratamiento homeopático. Con ese número significativo y esas declaraciones, la percepción de que los problemas son resueltos y de que hay una importante contención de los pacientes se hace evidente.

Otro aspecto significativo de la visión ampliamente positiva que se percibió durante las entrevistas con estos pacientes, y que fue abordado en algunas entrevistas ya citadas, es la gradual independencia que los pacientes van experimentando con el progreso del tratamiento. La independencia a veces es encarada como un hecho general, “me siento una persona más libre”, “veo una luz sobre mis problemas”, “mejoró mi autoestima”, o como una conquista específica por ya no necesitar de un tratamiento que anteriormente había sido prescrito “de por vida”,
IDTQspx03:

P: ¿Ud. cree que el tratamiento es eficiente para resolver sus problemas?

R: (...) me está gustando mucho, inclusive mi tensión andaba muy alta; después que pasé a tratarme con él, mi presión está controlada. Antes venía día de por medio para controlarme la tensión arterial que era alta. Ahora yo creo que vengo, converso, entonces, así, nos tranquiliza mucho. Estoy libre de la obligación de venir. Entonces mejoró incluso en ese sentido de la hipertensión. Estoy más controlada con él que estaba antes con el otro que receta los remedios y mide la presión. (...) Mi presión es muy alta, entonces yo estaba tomando remedio que recetan para hipertensión, pero siempre la presión seguía alta. Entonces, ahora, haciendo con él este tratamiento, se concilian las cosas y está controlando más la tensión. Me parece que es el sistema nervioso que hace con que suba la tensión, ¿sabés? Entonces está mejor ahora que controló una cosa con la otra. Es por eso mismo que el clínico general [especialista en Salud de la Familia, médico del PSF] me derivó al homeópata, para ayudar una cosa con la otra.

P: ¿Qué piensa Ud. hoy de la Homeopatía?

R: Mirá, yo nunca me había hecho tratar por la Homeopatía antes, el clínico [Salud de la Familia] que me derivó, porque en relación a un dolor que yo sentía él ya me había recetado, pidió eco, radiografía, hizo de todo y no daba nada, y él dijo: 'entonces te voy a derivar para el médico de la Homeopatía', fue cuando él hizo... Conversó con el otro médico, dijo: 'Mirá, Dr., te voy a pasar esta paciente aquí, porque vos ves, porque ya receté remedio y todo y no tenía mejora, e hizo eco, hizo todo, no daba nada', yo seguía con el mismo dolor (...). Yo pienso que [la Homeopatía] es una cosa buena porqué yo mejoré bastante. Cien por ciento de lo que sentía, por lo menos con relación al dolor que me molestaba mucho, yo no siento más ese dolor. Ese fue el motivo por el cual yo vine, que yo lo busqué."

Como se aprecia, la paciente fuera derivada por un dolor, por el médico de Salud de la Familia que ya había solicitado exámenes e intentado con medicamentos, sin éxito. Pero la paciente no destacó ese relevante acaecimiento en primer lugar, no contó que ya no sentía dolor al principio. Lo primero que quiso narrar fue que "también" se vio libre de la hipertensión que la llevaba "día de por medio" al Centro de Salud. En enfermedades crónicas, el sentirse "preso" a un tratamiento que, por definición, no tiene plazo definido, es, por veces, visto como un sacrificio más que deben hacer los pacientes ^(109, 140).

Del punto de vista de la investigación, fue interesante descubrir, en una de las Unidades de Salud a las que se concurre, un líder comunitario del barrio que fue el responsable por negociar con la Administración Municipal la implementación de la Homeopatía en su Centro de Salud. Fueron los pacientes entrevistados quienes sugirieron hablar con el señor, pero, por lo que contaron, el movimiento fue colectivo, y aconteció hace ya algunos años.

"R: Entonces, así [con la Homeopatía], mejoró mucho la atención [a la Salud] y él se salió muy bien, ¿él te contó? Entonces nosotros comenzamos la lucha, conversamos con el Distrito [Sanitario, una subdivisión del Sistema Municipal de Salud del SUS de Belo Horizonte] que concordó, entonces nosotros le conseguimos el consultorio y él se quedó. Él hace también otro

trabajo, que es dar Educación Física a la gente de la Tercera Edad (...).

P: ¿Ya conocía Ud. la Homeopatía antes de que él viniera para la comunidad?

R: Sí. Inclusive mi padre ya tenía relaciones con ella en el campo, era una estancia... entonces, mi papá tenía un libro de este tamaño, así, porque era por el libro.

P: Interesante. ¿Y cómo fue la aceptación por parte de la comunidad, después que él comenzó a usar la Homeopatía acá?

R: Excelente. Excelente, incluso porque todo el mundo me pedía, entonces, nosotros le conseguimos el consultorio.

P: ¿Y cómo Ud. percibe la resolución de problemas de la Homeopatía? En relación a la otra medicina, la clínica alopática, ¿Ud. cree que hay diferencia entre ellas?

R: Creo que no, ¿vio? Creo que no, porque a todos los niños, a las madres, les gusta, la Homeopatía, yo creo que actúa así... más simple, ¿no? Más simple.

P: ¿Como así, más simple?

R: Porque es un remedio sin riesgos, ¿no? Es para que toda la familia tome, la gotita, esa cosa, ¿no? Entonces, les gusta. Les gusta mucho el Dr., ellos apoyan mucho su trabajo.”

Ese paciente se refiere a su padre quien, aparentemente, tenía un libro de Homeopatía, viviendo en el campo, y la practicaba allí. Durante años, décadas, en el Siglo XX, los legos mantuvieron la práctica de la Homeopatía en Brasil, en un período clasificado como de decaimiento ^(117, 121). Todavía hay en Brasil legos que estudian y practican la Homeopatía.

IV.C.4) Gestores

Se entrevistaron dos gestores que trabajan en la “base” de atención, i. e., gerentes de Centros de Salud, dos de “nivel central”, una de ellas es corresponsable por el PRHOAMA y la otra, responsable por toda la Atención Básica – incluyendo Salud de la Familia y Homeopatía – y el Secretario

Municipal de Salud de Belo Horizonte. Los cinco se mostraron muy receptivos y gustosos de contribuir para una investigación académica y, a todos, el tema y la forma de abordaje de la Tesis resultó interesante, por lo que dijeron y dejaron trasparecer. La idea de entrevistar a los gerentes de Centros de Salud apareció cuando la investigación ya estaba en el campo y los dos entrevistados se mostraron interesados y abiertos para colaborar. Un gerente no quiso dar entrevista, otro dijo no tener tiempo y un tercero no estaba en el CS en el momento de las entrevistas. Los otros tres gestores entrevistados ya estaban previstos en el Plan de Trabajo, mientras que, como ya se ha dicho, otro gestor que debería dar entrevista, actualmente en cargo de Ministro de la Nación, al final no lo pudo hacer, después de haber confirmado la participación.

Las entrevistas con los gestores fueron significativamente más largas que aquellas de los pacientes vistas individualmente hasta este punto. Siempre que necesario hacer una elección, se ha optado por dejar una línea en lugar de cortarla.

Los dos gerentes trabajan en Unidades Básicas de Salud que poseen ambas especialidades y ya trabajaron también en unidades que no tenían atención con Homeopatía, siendo que la primera entrevistada ya se desempeñó en una unidad de nivel secundario, especializada en salud mental y fue quien primero comentó y hechó luces sobre la diferencia de comportamiento en entre uno y otro grupo de pacientes durante la entrevistas:

“P: ¿Nota Ud. alguna diferencia entre la resolución de problemas de los médicos de Salud de la Familia y de Homeopatía?”

R: Sí. Nos damos cuenta de que la Homeopatía tiene un desarrollo un poco más lento del tratamiento (...) pero la calidad del tratamiento perdura más (...). La alopátia [Salud de la Familia] tiene esa cosa del inmediateismo (...). Otra cosa es la dificultad con la medicación disponible, porque como la alopátia tiene la medicación disponible acá, la persona va allí, recibe la medicación, toma la medicación y problema resuelto, entre comillas, ella piensa así. Ya la Homeopatía, la persona tiene que mandar preparar la

medicación. Pero me doy cuenta de que el paciente de la Homeopatía es más estable, se desestabiliza menos que el de la alopátia... busca con más regularidad.

P: ¿Diferencias en relación a la satisfacción y la resolución de problemas?

R: Yo creo que [los pacientes] de la Homeopatía... ellos dan un retorno más grande, tienen más facilidad de expresar su satisfacción que aquellos de la alopátia. Porque con la Homeopatía, él siente la diferencia y percibe en su vida el cambio. Ya en la alopátia, un día él tiene un problema, otro día, otro y otro día viene con otro problema, él no siente esa satisfacción... esa cosa así, de que su problema fue resuelto, él piense que, quizás, algo faltó y, por eso, él tiene que volver... él piensa así.”

Esa lectura que la gerente hace de la dinámica de visitas al Centro de Salud, desde “el otro lado del mostrador”, es interesante. Lo que ella dice, es que el paciente de Homeopatía gozaría de la sensación de continuidad o, quizás, de racionalidad en su tratamiento, mientras que el paciente de Salud de la Familia tendría una sensación de fragmentación en su salud y en su tratamiento. El otro gerente de la otra Unidad de Salud, habla de un fenómeno parecido, aunque no haya elaborado tanto su percepción como su colega (en su local de trabajo también hay atención de un médico acupuntor):

“(...) yo pienso lo siguiente: los pacientes de la Homeopatía o de la acupuntura, tienen algo diferente que es del punto de su vista como pacientes, ellos acaban vinculándose más al profesional. Ellos tienen una... una... no sé, parece que tienen una serenidad así, es un abordaje diferente. Y el paciente también, él se da cuenta de eso y termina comportándose de forma también diferente. Rarísimamente vas a ver un paciente, sea de la acupuntura, sea de Homeopatía, un poco exaltado, un poco nervioso, un poco ansioso. Entonces, yo creo que eso tiene que ver con la cuestión de [la forma de] abordaje, de la forma cómo conversás con el paciente, cómo tratás el paciente, en fin. (...) El Programa Salud de la Familia también ayudó a cambiar un poco esa historia, el paciente, hoy día, ya llega diferente

a la Unidad [de Salud] y él es recibido también de manera diferente, creo que tiene una cosa más acogedora que es el propio PSF; vos tenés una vinculación, vos conocés un poco a las personas que vos atendés e yo creo que eso también facilita. (...) Pero creo que hay una diferencia que es de la propia clínica [de la especialidad], del abordaje, de la forma cómo son las especialidades.”

Y agregó sobre lo que observa en relación a la satisfacción de los pacientes:

“P: ¿Cómo Ud. ve la satisfacción de los pacientes de una y de otra especialidad (subjectivamente)?

R: Difícilmente veo a algún paciente quejarse de la atención. Con la acupuntura y con la Homeopatía, no me recuerdo de alguna vez en la que un paciente me buscó para reclamar o para manifestar algún tipo de insatisfacción, sea con el tratamiento, o para desistir, de no haberle gustado, de no adherir, ¿sabés?, [o para decir:] eso no me interesa.

P: ¿Y con Salud de la Familia?

R: A veces, a veces, como es caso de aquél señor, por ejemplo, pero también son casos puntuales.”

Con esas declaraciones, la pregunta lógica siguiente fue en relación al proceso de trabajo; o sea (a la gerente):

“P: ¿Ud. cree que hay algún resultado práctico para el Centro de Salud contar con un homeópata en la atención primaria?

R: Realmente, mucho. El perfil de la Unidad es totalmente diferente. Yo ya trabajé en Unidad que no tenía Homeopatía y en esta Unidad que tiene... creo que así, el perfil del homeópata también ayuda, por su interacción con los demás profesionales, inclusive con los funcionarios que faltan menos [al trabajo] para ir a consultas, porque comenzaron a usar el tratamiento homeopático (...); el médico atiende a los mismos funcionarios y ellos se estabilizan. Es totalmente diferente trabajar en una Unidad con profesional homeópata. (...) Es diferente también [para la Unidad], porque cuando vos derivás [una persona] para la Homeopatía aquella persona se modifica totalmente, ¿no? La persona modifica sus hábitos, sus formas de

comportarse, su manera de ser, entonces es muy diferente (...).

P: En la gestión del Centro, ¿cómo es la cuestión de las derivaciones?

R: Es muy pesado de administrar porque la demanda es mucho más grande de lo que puede ofrecer la Secretaría [de Salud], sobretodo en ciertas especialidades. Así, en la Homeopatía no hay ese problema, porque el foco es otro, lo que se intenta hacer es otra cosa... es equilibrar el ser humano. La alopática crea esa... una demanda para especialidades y la Homeopatía, no crea esa demanda. Yo creo que esa es una parte que ocupa mucho al gerente, que es la cuestión de la especialidad, que genera mucha reclamación, genera mucho problema para la Unidad, el nivel de derivación.

P: ¿Y sobre los exámenes?

R: Laboratorio, radiografía, [la homeopatía] también es mucho menor [el número de solicitudes].”

El gerente, por otro lado, relata los cambios positivos que notó en el Sistema y en su trabajo de administrador con la implementación del PSF:

“Mirá, creo que la Atención Primaria, el PSF fue una estrategia que es una estrategia muy interesante de hacer Atención Primaria. Creo que los embudos y las dificultades ya fueron más grandes. Creo que a pesar de los problemas que tenemos, que creo que aun es de infraestructura, creo que de grande demanda, de perfil del profesional, pero creo que nosotros, puedo decir que nosotros, puedo decir que hubo una evolución muy grande. Creo que nosotros ya caminamos bastante, creo que cosechamos los frutos del PSF. Creo que la cuestión del embudo en la demanda fue resuelta... la demanda es una cuestión complicada, es complicada para el servicio, es complicada para el Sistema (...). No tengo muchos problemas con derivaciones y exámenes, excepto para aquellos cuya oferta es pequeña en la ciudad (...). Algunas ecografías, ORL, traumatología... porque traumatología se fragmentó mucho en subespecialidades (...), entonces mano, muñeca, hombro son algunas partes del cuerpo más difíciles.”

Significativo el cambio percibido con la implementación del PSF, pero también lo es ese relato de las “subespecialidades” de la traumatología. El SUS de Belo Horizonte tiene profesionales que no solamente cursaron

medicina como también frecuentaron una residencia en un hospital acreditado y que, a la hora de desarrollar su trabajo, se reducen a manos, rodillas, hombros, carpos, de forma exclusiva. Los peligros de esa “subespecialización” fueron bastante criticados por Starfield ⁽¹⁷⁷⁾.

Dando seguimiento a las declaraciones de la gerente, ella, al final, cuenta cómo se dio su primera experiencia al frente de una unidad que contaba con una profesional homeópata, y cómo fue formando su opinión:

“Desde el punto de vista gerencial, yo ya trabajé informalmente con Homeopatía antes en el Centro de Salud (...). La psiquiatra era homeópata y nos dimos cuenta de que también en la salud mental [hubo] un cambio importante en relación al tratamiento de los pacientes con homeopatía. No era oficial, porque ella trabajaba como psiquiatra y les ofrecía a los pacientes: ‘¿Ud. quiere que intentemos un tratamiento homeopático? Soy especializada en eso.’ Creo que la Secretaría [Municipal de Salud] debería pensar en ese enfoque en la salud mental que es muy importante.

Nosotros nos dábamos cuenta totalmente de la diferencia [de los pacientes] que ella trataba con homeopatía y los que trataba con los antidepresivos estandarizados.

Creo que la cuestión del medicamento es muy importante, porque creo que tenemos algunas zonas de Belo Horizonte que tienen un nivel económico que permite comprar la medicación y otras que, por ejemplo, la Norte, Venda Nova, creo que son zonas que para los pacientes de ahí, seis reales, siete reales, o diez reales para comprar la medicación homeopática (...) creo que eso perjudica la adhesión a la Homeopatía (...). Entonces yo creo que el suministro de medicación ayudaría mucho para que ese tratamiento fuera más entendido por la población, más aceptado, más divulgado, más bien recomendado para un vecino, una cosa así. Creo que la cuestión de la falta de medicación [homeopática], porque la alopátia está ahí, ¿no?, en la farmacia. Entonces, a veces el paciente hace la elección por la alopátia, no porque él prefiere la alopátia, pero porque él no va a gastar nada. Entonces, él va a la farmacia [de la Unidad], recibe el diazepam y sale tomando, o entonces la amoxicilina, o lo que puede encontrar allí y cree que

ya está, ¿no? (...)

Si él [el paciente] tuviera la posibilidad de en la Homeopatía conseguir el medicamento gratuitamente, él se va a interesar más por la Homeopatía. Porque la primera cosa que a veces el profesional tiene que conversar con el paciente es eso. Porque dependiendo de la situación económica de la persona, vas a recetar y no sirve, la persona no va a tomar porque no tiene cómo comprar. (...) Es un medicamento barato, pero barato para mí, para una persona que tiene condiciones [económicas], pero para el usuario, a veces va a ser un sacrificio en su presupuesto mensual.”

La responsable por el PRHOAMA concuerda con que esa limitación de acceso a la medicación homeopática es un factor que limita el pleno desarrollo de la Homeopatía en la Ciudad de Belo Horizonte. Además, cuenta el proceso de creación de la farmacia homeopática por parte de la Secretaría de Salud que es postergada hace ya algunos años:

“P: ¿Administrativamente, desde el punto de vista de la coordinación, cuáles son los problemas que la Homeopatía enfrenta hoy, para crecer en Belo Horizonte?

R: Todavía tenemos un número pequeño de médicos y estamos aguardando que sean nombrados nuevos médicos del concurso de 2006.

P: ¿La Homeopatía tiene algún tipo de problema con la gestión, genera algún tipo de problema, alguna demanda que no pueda ser suplida por la gestión?

R: Mirá, nosotros vemos que la prioridad [de la Secretaría Municipal de Salud] es los equipos de Salud de la Familia, dentro del Programa [PSF] del Ministerio [de la Salud] y de la Secretaría. Esos equipos tienen que ser completados con médicos, enfermeros, técnicos... después vienen la Homeopatía, la acupuntura, que están en los equipos de apoyo, inseridas en el mismo PSF.

P: ¿Y el suministro de medicamentos, es hoy un problema para la Homeopatía?

R: Es un problemas que no hemos podido solucionar. Ya hicimos un convenio con las farmacias privadas, pero el convenio duró alrededor de

cuatro años y tampoco funcionó cómo debería. Ese problema va a ser solucionado en la Secretaría de Salud en el momento en que nosotros tengamos una farmacia propia, una farmacia de manipulación. Es más, ese es nuestro más grande deseo. Yo soy farmacéutica homeópata, ingresé por concurso, fui nombrada y vine para la Secretaría para la creación de la asistencia farmacéutica y con el suministro de medicamentos homeopáticos, antroposóficos y fitoterapéuticos.

P: ¿Hay alguna previsión para la institución de esa farmacia?

R: Ya tenemos el proyecto terminado, el costo, la planta, todo. Pero dependemos de la Secretaría determinar [la liberación de] los recursos y de la infraestructura.”

El informe de la 12ª CNS determinó, sobre la asistencia farmacéutica homeopática ⁽⁴³⁾:

“Los Gobiernos Federal, Estaduales y Municipales deben garantizar recursos humanos, materiales e financieros específicos para su [de la Homeopatía] implantación y para la realización de investigaciones en el área y establecer una política de suministro gratuito de medicamentos homeopáticos para los usuarios que optaren por esa terapéutica.”

A pesar de esa determinación de 2004, se pudo concluir con las entrevistas que en Belo Horizonte poco se hizo para cumplir con esa determinación.

La gerente de toda la Atención Primaria de Salud de Belo Horizonte reconoce la importancia del PRHOAMA para la ciudad, resaltando la gran adhesión por parte de la población. Ella confirmó las palabras de la responsable por el programa, diciendo que la prioridad del Municipio fue el crecimiento del PSF, con la creación de nuevos equipos. Además, dijo tener conciencia de que lo ofrecido hoy en la ciudad está muy por debajo de lo que demanda la población. Ella también tocó el problema de la ausencia de una farmacia municipal: “(...) no conseguimos resolver algunos problemas fundamentales, por ejemplo, la cuestión del medicamento, no está resuelta.” Resumió la actuación de la actual administración en relación al PRHOAMA con la siguiente frase “Esta gestión pudo mantenerlo [al programa], pero no

lo pudo proyectar hacia el futuro”. También el Secretario de Salud hizo consideraciones muy parecidas en relación a la prioridad ser el PSF y, así, haber dejado el programa donde se insiere la Homeopatía en “segundo plano”.

Todos los gestores de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte señalaron que, desde sus puntos de vista, el PSF fue una decisión acertada y que, a partir de su implementación, los indicadores de salud de la ciudad mejoran a cada año. Destacan aun, en relación al Salud de la Familia, que los recursos de todo el SUS se fueron concentrando en esa estrategia, con cierto prejuicio de los otros programas en general. En ciertos casos, ese “prejuicio” es visto como algo positivo, porque el PSF fue el directo responsable por la disminución de las internaciones en pediatría, lo que permitió una disminución en la oferta de camas en los hospitales del propio SUS o de aquellos contratados por el Sistema.

Preguntado sobre cuál era el más grande problema que la Secretaría de Salud enfrentaba en la atención primaria, el Secretario contestó:

“Yo diría, sin ninguna duda, que el problema más grande que enfrentamos hoy es la fijación (la permanencia por un período más o menos largo de los miembros del equipo en sus respectivos locales de trabajo) de los equipos y, dentro de cada equipo, del profesional médico (...). La perennización de los equipos para cumplir con la idea de la vinculación, de la confianza, especialmente con el profesional médico, ese es el gran desafío. Quiero decir, tener profesionales calificados y con deseo de trabajar en ese camino... Creo que hay muchas explicaciones [para no conseguir]: el PSF está [siempre] con las puertas abiertas, en zonas violentas, en toda la ciudad. Pero, indudablemente, [la mayor causa] es la enorme incoherencia entre la formación profesional en el grado y la realidad que él encuentra en la realidad del sistema de salud. Acercar la Universidad del [SUS] nos haría un gran servicio (...) porque nos ahorraría la tarea de tener que “reformularlos” (...).

Yo diría que los demás problemas que tenemos de área física que ya hemos ampliado, de recursos financieros que doblamos en diez años [el

valor aplicado en APS], de equipos, de acomodación, de tecnología, de apoyo diagnóstico... esos problemas se están resolviendo a lo largo del tiempo.”

Por otro lado, los tres gestores fueron unánimes en decir que los especialistas en Homeopatía no provocan ese problema para el sistema, porque, típicamente, crean y mantienen vinculación más duradera con las comunidades en las que actúan, si comparados con los especialistas en Salud de la Familia. Ese hecho, ya conocido previamente, cuando se diseñó la investigación, hizo con que, para esta tesis, se trabajara con especialistas en Salud de la Familia que estuvieron a, por lo menos, un año y medio en el mismo equipo de salud. Es evidente que ese período supervalora la vinculación de esos profesionales con las respectivas comunidades atendidas, cuando comparados a lo que empíricamente se sabe sobre sus frecuentes cambios de equipo. Pero, para los efectos de la presente tesis y en relación al conjunto de evidencias cuantitativas y cualitativas que se acumularon para poner a prueba la variable investigada, ese “desequilibrio intencional” termina por dar más fuerza a los datos.

Si la dificultad de fijación en los equipos, sobre todo del “profesional médico”, es, en la visión del Secretario de Salud, el mayor problema enfrentado por todo el SUS de Belo Horizonte, el hecho de que los homeópatas no contribuyan para él es un dato de gran relevancia para el mérito del presente estudio.

Hay otro fenómeno también considerado por el Sr. Secretario, que es un fenómeno complejo y que no debería pasar desapercibido: el tipo de profesional de salud que la universidad brasileña ofrece a la nación que la financia. Este registro, y su posterior crítica, se hacen con vistas al posible alcance explicativo del presente trabajo. Con más razón, porque el Secretario Municipal de Salud hizo hincapié en la supuesta mala formación, o en la falta de perfil para trabajar en APS de los profesionales, cuando consideró la gran cantidad y la baja calidad de las derivaciones que la APS genera para los otros niveles de atención. En ese caso, una vez más, los homeópatas fueron excluidos de la evaluación negativa.

Críticas a la formación que las universidades brasileñas promueven, y a los profesionales formados, son frecuentes en las CNS ⁽⁴²⁾, algunas de las cuales ya fueron tocadas anteriormente:

“El médico se forma y no tiene ningún compromiso con la población o con la sociedad, que es quién invierte en esa formación.

(...) la formación de los profesionales no está orientada a la atención de la población usuaria del SUS. Hay deficiencia técnica y ética en la formación del profesional que llega al servicio (...).

Los profesionales son formados para uso intensivo de tecnología médica y para la especialización, lo cual no es un perfil adecuado para el SUS.”

El Secretario de Salud apuntó en dirección semejante, cuando dijo que “hay una enorme distancia entre las ideas del estudiante de medicina con la realidad”. Seguramente las causas de esa universidad deficiente que se encuentra en Brasil son complejas e históricas y por su peso para los resultados del presente estudio se les dedica una sesión más adelante.

La siguiente cuestión que se abordó con los gestores y que tiene impacto directo sobre la resolución de los problemas de salud, fue el principio de integralidad. Este término no goza de una definición única de los doctrinadores ^(18, 35, 172, 177), siendo muy debatido, aun porque la propia Constitución Federal ⁽²⁷⁾ determina que una de las directrices del SUS es la “atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de las actividades asistenciales”. El Ministerio de la Salud pone la integralidad como “el más grande desafío de la salud en Brasil” ⁽¹⁸⁾.

Para el Secretario de Salud:

“De los principios del SUS, es el que tenemos más distancia para alcanzar. La integralidad tiene un concepto más etéreo para nosotros (...). El centro de decisión sobre la demanda es el usuario.

En el sentido operacional, nosotros creemos que hay muchos sentidos para la integralidad. En el sentido de la articulación de las políticas públicas fuera del sector salud, para producir salud y reducir riesgos, como el saneamiento, la habitación, la cultura, el trabajo, el deporte, el medio

ambiente.

En el sentido de que, al detectar alguna patología, nosotros tenemos una circulación más laminar en el Sistema, buscando, cuando necesario, exámenes, especialistas, internaciones, atención de urgencia, pero siempre administrados por la atención primaria. Eso para nosotros es muy claro.

En el sentido de que el equipo de salud, a la vez que es “cuidadora”, es también gestora del cuidado a lo largo del tiempo. En ese sentido, toda la red [de atención] se organiza para llegar a la integralidad.

P: ¿Y la integralidad para el paciente, para encarar a la persona como un ser íntegro?

R: Sería la otra ventaja del Salud de la Familia, tener de forma progresiva y permanente la visión integral del sujeto. Creo que esa es la tercera pierna de la integralidad.”

Para la responsable por el PRHOAMA, el principio de la integralidad “siempre existió en la Homeopatía, en la acupuntura y en la medicina antroposófica, como prácticas vitalistas”. Hahnemann ^(86, 93), con otras palabras y en otro contexto histórico pareciera haber inspirado al Sr. Secretario de Salud, cuando describe las obligaciones del médico. Sobre todo en su *Amigo de la Salud* ^(84 – 85, 95), describe en detalles procedimientos sanitarios que siguen vigentes hoy día y en el *Organon* ^(87, 91) dice explícitamente que “sin la visión completa de conjunto y un cuadro integral” no es posible tratar una persona. La 12ª CNS presentó la siguiente moción respecto a la visión de la atención integral de la salud ⁽⁴³⁾:

“El plenario de la 12ª Conferencia Nacional de Salud aprueba la implantación de la Homeopatía en el Sistema Único de Salud y en el Programa Salud de la Familia, teniendo en consideración la convergencia de principios entre esa ciencia y la visión integradora y holística necesaria a la salud pública e individual, su alto índice de resolución de problemas y la reducción de costos que su implantación representa para el Sistema.”

Para la gerente de APS, “existe una integralidad que se realiza en el acto de atender al paciente, con un abordaje amplio, completo (...). La Secretaría trabaja [con la idea] de ofrecer una atención integral que va desde

la prevención hasta la rehabilitación”.

Desde el punto de vista conceptual del PSF, la integralidad presenta el problema de la diversidad de conceptos, sin tener una doctrina propia que represente un punto de convergencia para el Programa. En general, las críticas formuladas por las Conferencias Nacionales de Salud ^(42, 43) insisten en la percepción de los *usuários* de que la “integralidad” encontrada en el SUS presentemente no es la que ellos desean: “La integralidad apareció con fuerza en el debate de los grupos, evidenciando una cuestión práctica e inmediata: lo que la población exige del SUS es que él sea capaz de atender a los problemas de salud individuales y colectivos, cuidando de la calidad de la salud, y no solamente siendo capaz de tratar las enfermedades y hechos graves con riesgos a la vida” ⁽⁴²⁾. Podría decirse que, del punto de vista de los pacientes, el sistema es aún muy centrado en la enfermedad y que eso inhibe el ejercicio de la integralidad, pues el individuo, con esa práctica, pasa a tener algún sentido para la dinámica promoción / asistencia si se define en relación a alguna enfermedad. Una persona saludable y que no frecuenta el centro de salud sería invisible para ese modelo. Más aún, si se recurre a las entrevistas con los pacientes de Salud de la Familia, se percibe la angustia de algunos de ellos que, a pesar de su padecimiento, eran “despreciados” por el sistema porque los exámenes complementarios fueron considerados normales.

Esa dicotomía es seria candidata a explicar en parte las diferencias que la presente investigación encontró en relación a la percepción de los pacientes de las dos especialidades.

Otro punto subrayado de la entrevista con el Secretario de Salud son sus consideraciones sobre la disputa por el inconsciente colectivo de la población entre el SUS y sus detractores en conjunto con la medicina privada (eufemísticamente llamada en Brasil “medicina de grupo”). Se insistirá en ese punto más adelante, porque esa ponderación inspirada de gestor trae una carga ideológica muy grande y capaz de explicar mucho de lo que fue considerado hasta acá.

IV.D) Posibles Explicaciones para los Resultados (o donde el alcance de la investigación se podría hacer explicativo)

De acuerdo a los temas que surgieron en las entrevistas realizadas y en la investigación bibliográfica, se podrían proponer algunas explicaciones para ampliar el alcance de la investigación, según la fuerza en que aparecieron esos temas en las entrevistas y la relevancia colectiva e institucional de sus proponentes:

- La formación académica y los orígenes de su naturaleza, según las consideraciones del Secretario Municipal de Salud de Belo Horizonte y de las CNS (32, 34, 42, 43, 45, 74, 78, 122, 150, 196)
- La lucha ideológica por el imaginario del ciudadano, según las palabras del Secretario, la idoneidad de los investigadores y de los médicos, los conflictos de interés en la investigación (40, 42, 46, 47, 80, 81, 103, 113, 130, 178)
- Los efectos colaterales, llamados por Ilich, en una perspectiva más amplia, de yatrogenia ⁽¹⁰⁵⁾, fue varias veces citada por los pacientes en las entrevistas y las CNS, además de ser una de las líneas fundamentales de investigación en APS (11, 36, 49, 52, 55, 82, 87, 89, 91, 102, 105, 111, 112, 119, 123, 136, 138, 140, 143, 144, 145, 147, 148, 163, 177, 191)

En la profundización del alcance de esta Tesis podría ser interesante también un análisis sobre el rol de la Homeopatía y de la Salud de la Familia en el SUS ⁽¹²⁸⁾

IV.E) Resultados de Investigaciones de la Misma Naturaleza

En Suiza, Marian *et al* ⁽¹²⁸⁾ han encontrado resultados semejantes a los de esta Tesis, comparando la situación de salud, la percepción de los efectos colaterales y la satisfacción entre pacientes de Homeopatía y de alopátia. Los pacientes de alopátia relataron más percepción de efectos colaterales y los de médicos homeópatas, más satisfacción con el tratamiento.

Moreira Neto ⁽¹⁴⁰⁾ atribuye el fenómeno a “la valoración dada por la medicina homeopática a la práctica clínica, la cual rescata una mejor

relación médico-paciente, a través de una anamnesis detallada, permitiendo al paciente exponer con calma todos sus síntomas y no solamente aquellos relacionados al cuadro nosológico”. Monteiro y Bernstein ⁽¹³⁸⁾ proponen que la perspectiva holística, el uso de medicaciones naturales, las largas consultas y la forma atenta de escuchar a los pacientes son factores que, cuando comparada a la alopátia, hacen de la Homeopatía una especialidad más positiva para los pacientes del SUS ^(83, 87, 88, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 169)

Bornhöft *et al* ⁽¹¹⁾ encontraron que 20 de 22 revisiones sistemáticas estudiadas, a cargo de la Oficina Federal de Salud Pública de Suiza, detectaron, por lo menos, un factor favorable a la Homeopatía, de acuerdo a criterios de validez interna y externa. Estos investigadores llegaron a la conclusión de que “la efectividad de la Homeopatía es apoyada por evidencias clínicas y su uso profesional y adecuado debe ser considerado seguro” en la APS.

Viksveen ⁽¹⁹²⁾ destaca la posibilidad de que la medicina homeopática podría tener un rol importante en el combate a la creciente prevalencia de resistencia bacteriana a antibióticos, destacando que las políticas para restricción de la prescripción indiscriminada de ese tipo de medicamento tienen éxito limitado; el investigador destaca el uso de Homeopatía en casos de infección respiratoria del tracto aéreo superior en niños.

Como ya se ha propuesto ⁽¹⁰⁴⁾, quizás la conclusión posible para los descubrimientos de esta investigación podría ser, con base en los datos presentados por esta tesis, que el especialista en Homeopatía, puesto en la APS, ejecuta mejor la función de generalista que el especialista en Salud de la Familia. Tal vez el médico homeópata pueda llenar el vacío que hay entre lo que en Brasil se suele llamar SUS legal y SUS real, entre lo que demandan las CNS y lo que es Estado brasileño hasta el momento pudo ofrecer. Los datos e indicadores de la salud en Brasil no dejan dudas de que mucho se caminó con la creación del SUS y del PSF, pero, repitiendo la predicción de Ilich ⁽¹⁰⁵⁾, “Nuevos artefactos, procedimientos y formas de organización, concebidos como remedios para la yatrogénesis clínica y social, tienden ellos mismos a volverse agentes patógenos que contribuyen

a la nueva epidemia”. En otro polo, el especialista en Homeopatía no tiene prejuicios con espacio ni con tiempo, eso es, atiende a personas con enfermedades que se manifiestan en cualquier sistema orgánico y de cualquier edad, del recién nacido al viejo, tiene como parte inherente de su formación la preocupación por los más diversos factores que confluyen el estado de salud del individuo y de la comunidad, siendo bien aceptado en la cultura local, donde se realizó la investigación Como consecuencia de su práctica, la Homeopatía podría significar más simplicidad para el Sistema, atendiendo a uno de los preceptos de la APS y del SUS. Chaufferin ⁽³⁸⁾ hace consideraciones importantes sobre el posible papel de la Homeopatía para los sistemas de salud, cada vez más metidos en crisis de financiamiento. Sus estudios demostraron que los precios de los productos homeopáticos para la venta era de un cuarto del promedio general de medicamentos y que los productos alopáticos costaban, en promedio, 400% más que los homeopáticos; además cita el hecho de que, en Francia, 87% de los pacientes tratados con Homeopatía no buscaban a otro médico para tratar del mismo problema (resolución de problemas). Sintéticamente, Cruz ⁽⁵²⁾ define al corolario homeopático de salud, al decir que “la salud no se puede comprar; la salud no entra, la salud sale”. ¿No sería el homeópata el generalista por excelencia en los moldes descriptos por el SUS?²⁰

Varios autores fueron consultados para discutir los descubrimientos de la investigación, lo cual se mostró esencial para ayudar a elucidarlas y para llegar a los objetivos. Los objetivos serán alcanzados en la medida en que los participantes del SUS, los ciudadanos, los administradores públicos, los legisladores, los que prestan servicios y los trabajadores del área de salud se interesen por profundizar sus consideraciones y conocimientos sobre el Sistema, en lugar de que sean pasivos repetidores de verdades vendidas por el *status quo*. Las explicaciones para los hallazgos de la investigación son complejas y obedecen a una miríada de factores. Algunos de esos

²⁰ La investigación en la que se basa esta Tesis no comparó respuesta sanitaria vinculada a indicadores de APS; tampoco lo hizo con grupos de pacientes apareados por diagnósticos patológicos similares. No se utilizaron grupos control. La percepción de los pacientes se considera desde los principios de la investigación cualitativa, estando limitada al alcance de ese método.

fueron estudiados y otras hipótesis nacieron de este estudio. Muchos factores más existen y no fueron estudiados y, además de eso, varias preguntas hechas no tuvieron una respuesta en la presente Tesis. Queda abierto el camino para futuras investigaciones.

Los objetivos, se considera que fueron alcanzados. Se obtuvieron informaciones y se pudieron analizar la situación actual de la resolución de problemas, tal como se define al comienzo en la APS y la percepción que los pacientes tienen de esa resolución, en Belo Horizonte.

Se han reunido datos suficientes para avanzar más en esta relevante línea de investigación en el SUS de Brasil y se recomienda el proseguimiento y la profundización de los análisis realizados, ampliando el alcance de la investigación.

IV.E) Conclusiones

- El estudio del IRP, de los datos de producción de los profesionales y de la percepción de *usuários* y gestores en la oferta de APS en Belo Horizonte, Brasil, considerada desde el punto de vista de las especialidades Homeopatía y Salud de la Familia fue presentado de forma descriptiva. Los gestores de salud pública de Belo Horizonte pueden contar con datos primarios y secundarios, además de una bibliografía sobre el tema, para tomar decisiones administrativas y estratégicas en APS.

- Futuros estudios sobre la pertinencia de realizarse comparaciones entre los resultados obtenidos, de acuerdo a la bibliografía podrían ser realizados con los datos descriptos, dentro del contexto sociológico y cultural de la población estudiada.

Capítulo V – Bibliografía

1. Ander-Egg E; 2001; Métodos y técnicas de investigación social: Acerca del conocimiento y del pensar científico; Buenos Aires, México; Grupo Editorial Lumen, Hvmánitas; Vol 1; Pág. 148.
2. Ander-Egg E; 2003; Métodos y técnicas de investigación social: Técnica para la recogida de datos e información; 1ª Ed; Buenos Aires; Editorial Lumen, Hvmánitas; Pág. 379 – 381.
3. Aristóteles; 2005; Metafísica; Libro séptimo [Z • 1028a-1041b] (Versión de Patricio Azcárate); Proyecto Filosofía en Español (disponible en <http://www.portalplanetasedna.com.ar/sociales.htm> en noviembre del 2008); Pág. 157.
4. Aristóteles; 2005; Órganon: Categorías, Da interpretação, Analíticos anteriores, Analíticos posteriores, Tópicos, Refutações sofísticas (Tradução, textos adicionais e notas Edson Bini); Bauru; EDIPRO; Pág. 81 – 110. (una versión alternativa, en traducción de Miguel Candel San Martín se puede encontrar en <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/661.pdf>).
5. Associação Médica Homeopática Brasileira, Comissão de Saúde Pública; 2004; Histórico e Situação Atual; Extraído de www.amhb.org.br en agosto de 2004.
6. Atlas.ti, the knowlwdge workbench; ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH (<http://www.atlasti.com>).
7. Barbosa MA, Monego ET, Sousa ALL, Pedreira O; 2004; Especialização em saúde da família. Relato da parceria entre Universidade Federal de Goiás e a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins; Revista da UFG; Vol. 6, N2 (disponible en www.proec.ufg.br/revista_ufg en noviembre de 2008).
8. Barros EF, Roca D, Valdes H, Bordabehere IC, Sayago G, Castellanos A, Mendez LM, Bazante JL, Maceda CG, Molina J, Pinto CS, Biagosch ER, Nigro AJ, Saibene NJ, Allende AM, Garzón E; 1918; Manifiesto Liminar, La Juventud Universitaria de Córdoba a los Hombres Libres de Sudamérica; Córdoba; Federación Universitaria de Córdoba.
9. Beier M; 1997; O Símile Hipocrático; 1ª Ed; Belo Horizonte; Instituto

Mineiro de Homeopatia.

10. Boiron; 2007; Homeopathy throughout the world; Homeopathy Today; France

(http://www.boiron.com/en/htm/01_homeo_aujourd'hui/homeo_monde.htm#fix e en 20 de marzo de 2007).

11. Bornhöft G, Wolf U, von Ammon K, Righetti M, Maxion-Bergemann S, Baumgartner S, Thurneysen AE, Matthiessen PF; 2006; Effectiveness, safety and cost-effectiveness of homeopathy in general practice - summarized health technology assessment; Forsch Komplement Med (2006); 13 Suppl 2:19-29.

12. Brasil, Fundação Nacional de Saúde; 2002; Dengue: diagnóstico e manejo clínico; Brasília; Fundação Nacional de Saúde; 28p.

13. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2003; O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes; Brasília; Editora MS.

14. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2003; O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes; Brasília; MS; 74p.

15. Brasil, Ministério da Saúde, DATASUS; 2007; Datos oficiales del DATASUS: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pauf.def>, en 09 de Enero de 2007, a las 22h.

16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006; Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Brasília; Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2005; Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Brasília; Editora do Ministério da Saúde (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

18. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Gestão da Atenção Básica; sin fecha; Integralidade da Atenção à Saúde (Adaptado por Maria do Carmo Gomes Kell); Brasília; (disponible en www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc en noviembre de 2008).

19. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC – SUS; Brasília, MS.

20. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006; Política Nacional de Atenção Básica; Brasília, MS.

21. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; 2006; Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde; Brasília, MS.

22. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização; 2006; Regulamento dos pactos pela vida e de gestão; Brasília; MS.

23. Brasil, Ministério da Saúde; 2005; O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Brasília; Ministério da Saúde; Pág 214.

24. Brasil, Ministério da Saúde; 2006; Portaria Nº. 648, de 28 de março de 2006; Brasília, MS.

25. Brasil; 1990; Lei 8080; Brasília; Senado Federal.

26. Brasil; 1990; Lei 8142; Brasília; Senado Federal.

27. Brasil; 2006; Constituição da República Federativa do Brasil; Brasília; Senado Federal; pág. 33.

28. Brunini CRD; 1998; Aforismos de Hipócrates; 1ª Ed; São Paulo; Typus.

29. Buda Gautama; sin fecha; Parábola de la Flecha Envenenada; Dominio Popular (in <http://karmablog.com.ar/2008/09/parbola-de-la-flecha.html> en noviembre del 2008).

30. Buda Gautama; sin fecha; Sutra Del Corazón; Dominio Popular.
31. Cairo N; sin fecha; Guia de Medicina Homeopática; 22^a Ed; São Paulo; Livraria Teixeira Madras Editora.
32. Caldeira MPR; sin fecha; História da Criação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; São Paulo; Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina (disponible en <http://www.fm.usp.br/historico.php> en noviembre del 2008).
33. Capra F; 1999; A Teia da Vida; 4^a Ed; São Paulo; Cultrix / Amana-Key.
34. Caribé D; 2007; Universidade Nova: quem ganha com este projeto?; Centro de Midia Independente: CMI Brasil; (disponible en <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2007/04/379663.shtml> en noviembre de 2008).
35. Cerci Neto A (Org); 2007; Asma em saúde pública; 1^a Ed; Barueri; Manole.
36. Chambers HF, Sande MA; Fármacos Antimicrobianos: Consideraciones Generales [in Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG; 1996; Goodman & Gilman Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica; 9^a Ed; McGraw-Hill, Interamericana (Paltex)] Pág. 1095.
37. Chaplin MF; 2007; The Memory of Water: an overview; Homeopathy; 96(3):143-50.
38. Chaufferin G; 2000; Improving the evaluation of homeopathy: economic considerations and impact on health. Br Homeopath J; 89 Suppl 1:S27-30.
39. Choffat F; 1996; Homeopatia e Medicina; São Paulo; Edições Loyola.
40. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS; 2002; Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry; JAMA. 2002 Feb 6;287(5):612-7.
41. Conferência Nacional de Saúde; 1986; 8^a Conferência Nacional de Saúde, Brasília 17 a 21 de março de 1986: Relatório Final; Brasília; CNS.
42. Conferência Nacional de Saúde; 2003; 11^a Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer

ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final; 1ª Ed; Brasília; Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde; Pág. 33 – 43.

43. Conferência Nacional de Saúde; 2004; 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 07 a 11 de dezembro de 2003: relatório final; 1ª Ed; Brasília; Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

44. Cook T M; 1981; Samuel Hahnemann The Founder of Homoeopathic Medicine; 1a Ed; Great Britain; Thorsons Publishers Limited.

45. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer K; 2006; American Medical Education 100 Years after the Flexner Report; N ENGL J MED Volume 355:1339-1344 N. 13 (disponível em www.nejm.org em novembro de 2008).

46. Cópola F; 2007; Conflictos de intereses; Rev Med Uruguay 2007; 23:3 – 6.

47. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L; 2006; Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry; Psychother Psychosom 2006;75:154-160.

48. Costa NR;1992; Política e projeto acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde coletiva. Cadernos de Historia e Saúde nº2. Rio de Janeiro; Casa de Oswaldo Cruz; Pág. 125 – 136.

49. Cruz ACG, Iannotti G, Gouveia KFC, Beier M; 2007; A Cultura Homeopática de Paz na Saúde; Rev Med Minas Gerais; 17 (1/2 S4); S303 – S309.

50. Cruz ACG; 1999; A Lei da Autopatogenesia; 1ª Ed; Belo Horizonte; Grupeh – Grupo Paracelsus de Estudos Homeopáticos, Instituto Mineiro de Homeopatia.

51. Cruz ACG; 2002; Trajetória Saúde; 1ª Ed; Belo Horizonte; Serviço Physis de Homeopatia.

52. Cruz ACG; 2006; Transformismo saúde: tradição homeopática do UM; Belo Horizonte; Instituto Mineiro de Homeopatia; 155p.

53. Culbert TP, Banez GA; 2007; Integrative approaches to childhood constipation and encopresis; Pediatr Clin North Am; 54(6):927-47.

54. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM, Mir RA; 2007; Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health; A Collaborative, Open-Source Project in Epidemiologic Computing, The OpenEpi Collection of Epidemiologic Calculators, con apoyo de Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Bill and Melinda Gates Foundation; Ver 2.2; Emory University.
55. Dias AF; 2003; Fundamentos da Homeopatia: princípios da prática homeopática: curriculum mínimo; 1ª Ed; Rio de Janeiro; Cultura Médica; Pág. 20.
56. Eco U; 1985; Come si fa una tesi di laurea; Milano; Bompiani.
57. Einstein A; 2000; Mis Ideas y Opiniones; 1ª Ed; Editorial Antoni Bosch.
58. Elizalde AM; 2004; Homeopatia: teoria e prática; Rio de Janeiro; Luz Menescal.
59. Epstein I (Org.); 2005; A comunicação também cura na relação entre médico e paciente; São Paulo; Angellara.
60. Escorel S; 1998; Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário; Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ.
61. Evangelio de María Magdalena; Fragmento copto berlinense; Versión Española de Antonio Piñero; Editorial Trotta (www.trotta.es); Pág. 7 – 8 del original.
62. Federação Brasileira de Homeopatia; 1979; A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 109.
63. Federação Brasileira de Homeopatia; 1979; A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 110.
64. Federação Brasileira de Homeopatia; 1979; A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 111.
65. Federação Brasileira de Homeopatia; 1980; A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 112.
66. Federação Brasileira de Homeopatia; 1981, A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 113.
67. Federação Brasileira de Homeopatia; 1981, A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 114.

68. Federação Brasileira de Homeopatia; 1982, A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 115.
69. Federação Brasileira de Homeopatia; 1982, A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 116.
70. Finkelman J; 2002; Caminhos da Saúde Pública no Brasil / Organizado por Jacobo Finkelman; Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ.; Pág. 305.
71. FIOCRUZ; 2004; Radis – Comunicação em Saúde; Rio de Janeiro; FIOCRUZ, ENSP. N 03.
72. FIOCRUZ; 2004; Radis – Comunicação em Saúde; Rio de Janeiro; FIOCRUZ, ENSP. N 18.
73. Fletcher RH, Fletcher SW; 2006; Epidemiologia Clínica: elementos essenciais; 4ª Ed; Porto Alegre; Artmed.
74. Flexner A; 1910; Medical Education in The United States and Canada: A report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (with an introduction by Henry S. Pritchett, President of the Foundation); New York; The Carnegie Foundation (disponible en http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf en noviembre del 2008).
75. Flick U; 2004; Uma introdução à Pesquisa Qualitativa; 2ª Ed (Reimpressão 2007); Tradução de Sandra Netz; Porto Alegre; Bookman; Pág. 224.
76. Gadamer HG; 1998 ; Verdad y Método II; Salamanca; Ediciones Sígueme.
77. Gadamer HG; 1999; Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica (Tradução de Flávio Paulo Meurer, Revisão da tradução de Ênio Paulo Giachini); 3ª Ed; Petrópolis; Editora Vozes; Pág. 174 – 211.
78. Gaspari E; 2005; Boca-Livre; Folha de São Paulo; 30 de janeiro de 2005; Pág. A14.
79. Google Desktop; Free Software Foundation, Inc (disponible en <http://desktop.google.com/> en noviembre del 2008)

80. Gottschall CAM; 2004; Do mito ao pensamento científico: a busca da realidade de Tales a Einstein; 2ª Ed; Porto Alegre; Fundação Universitária de Cardiologia, Editora Atheneu.
81. Gøtzsche PC, Hróbjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Chan AW; 2006; JAMA 2006; 295(14):1645-6.
82. Gusso G; 2004; A Especialidade Medicina de Família e Comunidade; Medicina: Conselho Federal; Ano XX; N. 150; Conselho Federal de Medicina; Brasília.
83. Hael R; 1999; Samuel Hahnemann Sua Vida e Obra; São Paulo; Editorial Homeopática Brasileira; volumen I ; Pág. 335 – 336.
84. Hahnemann S; 1995; The Friend of Health, Part I (1792) in The Lesser Writings of Samuel Hahnemann: Dudgeon RE, organizador y tradutor; New Delhi; B. Jain Publishers Pvt. Ltd; Pág. 155 – 200.
85. Hahnemann S; 1995; The Friend of Health, Part II (1795) in The Lesser Writings of Samuel Hahnemann: Dudgeon RE, organizador y tradutor; New Delhi; B. Jain Publishers Pvt. Ltd; Pág. 200 – 242.
86. Hahnemann S; 1995; The Lesser Writings of Samuel Hahnemann in Dudgeon RE, organizador y traductor; Nova Delhi; B. Jain Publishers Pvt. Ltd.
87. Hahnemann S; 1996; Organon da Arte de Curar (Tradução da 6ª edição alemã); São Paulo; Robe Editorial.
88. Hahnemann S; 1998; Planes para Erradicar una Fiebre Maligna en una Carta al Ministro de Policía in François-Flores Fernando D, organizador: Algunos Escritos de Samuel Hahnemann; Quito; Red-RADAR; Pág. 47 – 50.
89. Hahnemann S; 1999; Doenças Crônicas (Tradução da 2ª edição alemã); 5ª Ed; São Paulo; GEHSP “Benoît Mure”.
90. Hahnemann S; 1999; Ensaio Sobre um Novo Princípio para se Determinarem as Virtudes Curativas das Drogas com um Breve Exame dos até Aqui Utilizados; Selecta Homeopathica v.3 – n.1. Rio de Janeiro: Instituto de Homeopatia James Tyler Kent; volúmen 3.
91. Hahnemann S; 2003; Organon da Arte de Curar (Tradução da 6ª edição alemã); 3ª Ed; São Paulo; GHESP “Benoît Mure”.

92. Hahnemann S; 2006; A medicina da experiência [in Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio)]; São Paulo; Editora Organon; Pág. 413 – 445.
93. Hahnemann S; 2006; Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio); São Paulo; Editora Organon.
94. Hahnemann S; 2006; Esculápio na Balança [in Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio)]; São Paulo; Editora Organon; Pág. 391 – 412.
95. Hahnemann S; 2006; O Amigo da Saúde [in Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio)]; São Paulo; Editora Organon. Pág. 149 – 227.
96. Hahnemann S; 2006; São Obstáculos para a Certeza e a Simplicidade na Medicina (Del original Journal der praktischen Arzneikunde de Hufelande, Vol iv, Parte iv, pág 106, 1797) [in Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio)]; São Paulo; Editora Organon; Pág. 287 – 300.
97. Hahnemann S; Manual para Mães ou Princípio de Educação para Crianças (citado por Hael R; 1999; Samuel Hahnemann Sua Vida e Obra; São Paulo; Editorial Homeopática Brasileira; volumen I) Pág. 64 – 65.
98. Hipócrates; 1999; Da Natureza do Homem (Tradução do grego, introdução e notas por Henrique Cairus); História, Ciências, Saúde Manguinhos; Rio de Janeiro. Hist. cienc. saude-Manguinhos 6 (2).
99. Hippocrates; 2000; On Airs, Waters, and Places (Translated by Francis Adams); The Internet Classics Archive (<http://classics.mit.edu//Hippocrates/airwatpl.html> en noviembre de 2008).
100. Hippocrates; 2000; On Ancient Medicine (Translated by Francis Adams); The Internet Classics Archive (<http://classics.mit.edu//Hippocrates/airwatpl.html> en noviembre de 2008).
101. Hippocrates; 2000; On Regimen in Acute Diseases (Translated by Francis Adams); The Internet Classics Archive (<http://classics.mit.edu//Hippocrates/airwatpl.html> en noviembre de 2008).
102. Hooper E; 1999; The River: A Journey to the Source of HIV and AIDS; 1st Ed; Little, Brown and Company; p 1070.

103. House of Commons, Health Committee; 2005; The Influence of the Pharmaceutical Industry, Fourth Report of Session 2004-05; London; House of Commons; Volume I; Pág. 35.

104. Iannotti G; 2004; Da Convergência de Princípios e Objetivos Entre a Homeopatia e o Sistema Único de Saúde do Brasil; 2ª Ed; Belo Horizonte; Instituto Mineiro de Homeopatia.

105. Ilich I; 1978; Némesis Médica (Versión directa al español de Juan Tovar, revisada y corregida por Valentina Borremans y Verónica Petrowitsch, de Medical Nemesis 1976, Random House, Inc. Pantheon Books); México; Editorial Joaquín Mortiz SA.

106. Instituto Hahnemanniano do Brasil; 1985; Homeopatia; Revista do Instituto Hahnemanniano do Brasil; Rio de Janeiro; IHB, N 03.

107. Janot C; 1999; Biografia de Mure in Patogenesia Brasileira por Mure Benoît; São Paulo; Roca.

108. Justo CM, Gomes MH; 2007; A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil; Hist Cienc Saude Manguinhos; 14(4):1159-71.

109. Justo CM, Gomes MH; 2008; Conceptions of health, illness and treatment of patients who use homeopathy in Santos, Brazil; Homeopathy; 97(1):22-7, 2008.

110. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL; 2004; Harrison's Principles of Internal Medicine ; 16th Ed; McGraw-Hill Professional.

111. Kent JT; 1996; Filosofia Homeopática (Tradução Ruth Kelson); São Paulo; Robe Editorial.

112. Kossak-Romanach A; 1993; Homeopatia em 1000 Conceitos; 2ª Ed; São Paulo; El Cid.

113. Landmann J; 1983; Medicina Não é Saúde; 2ª Ed; Rio de Janeiro; Editora Nova Fronteira.

114. Lao-Tzu; 2006; Tao-Te King; 10ª Ed; São Paulo; Pensamento – Cultrix; Pág. 37.

115. Levin J, Fox JA; 2004; Estatística para ciências humanas; 9ª Ed; São

Paulo; Pearson Prentice Hall.

116. Lloyd GER (ed); 1978; Hippocratic Writings; Londres; Penguin Books.

117. Lobato M; 1957; A Barca de Gleyre; São Paulo; Brasiliense; volúmen 2; Pág. 132-134.

118. López M; 1999; Semiologia Médica: As Bases do Diagnóstico Clínico; 4ª Ed. Rio de Janeiro; Revinter; Pág. 3 – 40.

119. Lovelock J; 2006; Gaia: cura para um planeta doente (Tradução Aleph Teruya Eichemberg, Newton Roberval Eichemberg); São Paulo; Cultrix; Pág 168.

120. Luz HS; sin fecha; De que medicina necessitamos? Ação Pelo Semelhante (disponible en <http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/Hylton-portugues.htm> en noviembre del 2008).

121. Luz MT; 1996; A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças: história social da homeopatia no Brasil; São Paulo; Dynamis Editorial.

122. Luz MT; 2004; Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna; 2ª Ed. São Paulo; Hucitec.

123. Lynn J; 2002; The Miracle of Healing; Canada; Trafford.

124. Lyons AS, Petrucelli II RJ; 1984; Historia de la Medicina (Traducción de María José Báguena, José Luis Barona y José Luis Fesquet de: Medicine. An Illustrated History); Barcelona; Ediciones Doyma SA.

125. Mahabharata, Baghavad-gita; 1995; O Baghavad-gita Como Ele É: edição completa com o texto original em sânscrito, a transliteração latina, os equivalentes em português, a tradução e os significados elaborados por AC Bhaktivedanta Swami Prabhupada; 2ª Ed; The Bhaktivedanta Book Trust. (Se cita la traducción al español por Julio Pardilla, sin datos de catalogación; Pág. 35. Disponible en www.gooachi.com/ebooks/Bhagavad-Gita.pdf en noviembre del 2008).

126. Malta DC, Santos FP; 2003; O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira; Rev Med Minas Gerais 2003; 13(4): 251-9.

127. Mançano DD; 2004; Diagnóstico Político Institucional da Participação dos Homeopatas Brasileiros na 12ª Conferência Nacional de Saúde e na

Construção de uma Política de Atenção Homeopática no SUS; Brasília; Associação Médica Homeopática Brasileira.

128. Marian F, Joost K, Saini KD, von Ammon K, Thurneysen A, Busato; 2008; Patient satisfaction and side effects in primary care: an observational study comparing homeopathy and conventional medicine; BMC Complement Altern Med; 8:52.

129. Marim M; sin fecha; Prezado senhor que assina pelo The Lancet; Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (disponible en <http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/matheusmarin-lancet.htm> en noviembre del 2008).

130. Martinson BC, Anderson MS, Vries R; 2005; Scientists behaving badly ; Nature; Vol 435:9 737 – 738.

131. Mateo MM, Giné AN; 2006; Uso profissional do SPSS: Auto-aprendizagem por meio de um estudo real; Tradução de Polaina de Freitas La Rocca; Bellaterra; Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions.

132. Maturana H; 2001; O que se observa depende do observador in Gaia: uma teoria do conhecimento, organizado por William Irwin Thompson (Tradução Silvio Cerqueira Leite); 3ª Ed; São Paulo; Gaia; Pág. 61.

133. Mendes EV; 1996; Uma Agenda para a Saúde; São Paulo; Hucitec.

134. Mercadante OA; 2002; in Finkelman Jacobo; Caminhos da Saúde Pública no Brasil / Organizado por Jacobo Finkelman; Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ.

135. MicrosoftOffice; Microsoft Corporation (<http://www.microsoft.com>).

136. Miranda FD, Iannotti G; 2007; Infância em Perigo: Violência Institucional; Rev Med Minas Gerais; 17 (1/2 S4); S233 – S239.

137. Miranda LOR, Ramos UNO; 1991; Homeopatia no Serviço Público – RS; Porto Alegre; Liga Homeopática do Rio Grande do Sul; 1(1): 31.

138. Monteiro DA, Bernstein Iriart JA; 2007; Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático; Cad Saude Publica; 23(8):1903-12.

139. Moreira Filho AA; 2005; Relação Médico-Paciente: teoria e prática, o

fundamento mais importante da prática médica; 2ª Ed; Belo Horizonte; Coopmed Editora Médica; Pág 100, 144.

140. Moreira NG; 2001; Homeopatia em Unidade Básica de Saúde: Um Espaço Possível; São Paulo; Associação Paulista de Homeopatia; Revista de Homeopatia; 66(1): 5-26.

141. Morrell P; 2005; Allopathy vs. Homeopathy; (disponible en www.zeusinfoservice.com/Homeopathy/Articles/AllopathyvsHomeopathy.pdf en noviembre del 2008).

142. Müller J, Polansky D, Novak P, Foltin C, Polivaev D; 2001; FreeMind – free mind mapping software (disponible en <http://freemind.sourceforge.net> en noviembre del 2008).

143. Nassif MR; 1995; Compêndio de Homeopatia; São Paulo; Robe Editorial; volúmen 2.

144. Nassif MR; 1997; Compêndio de Homeopatia; São Paulo; Robe Editorial; volúmen 1.

145. Nassif MR; 1997; Compêndio de Homeopatia; São Paulo; Robe Editorial; volúmen 3.

146. Nayeki K, López-Pardo CM; 2005; Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union; Int J Health Serv; 35(4):797-816.

147. Novaes TC, Miranda PSC; 2007; A Homeopatia no SUS em Belo Horizonte: Um Estudo de Caso; Rev Med Minas Gerais; 17 (1/2 S4); S281 – S287.

148. Novaes TC; 2003; Percepções do Paciente Usuário dos Serviços Homeopáticos do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Estudo de Caso no Centro de Saúde Santa Terezinha (dissertação de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública); Belo Horizonte; Universidade Federal de Minas Gerais.

149. Nurbakhsh J; 2006; El Gran Satán: Uma visión del ángel caído; Madrid; Editorial Nur; p 140.

150. Odent M; 2003; O Camponês e a Parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto; São Paulo; Ground; Pág. 44 – 45.

151. OpenOffice – the free and open productivity suite; Sun Microsystems (disponible en <http://www.openoffice.org/> en noviembre del 2008).

152. Organização Mundial da Saúde; 1978; Declaração de Alma Ata, Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, reunida em Alma-Ata no dia 12 de setembro de 1978; Alma Ata; OMS.

153. Organización Mundial de la Salud; 2002; Estrategias de la OMS Sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005; Ginebra; OMS.

154. Pastoral da Criança; 2008; Promovendo a Vida Plena para todas as crianças; Pastoral da Criança; (<http://www.pastoraldacrianca.com.br> en noviembre Del 2008).

155. Penrose R; 2007; El camino a la realidad: una guía completa de las leyes del universo (Traducción de Javier García Sanz); 1ª Ed; México; Debate.

156. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina; 1996; Apuntes sobre historia de medicina: El Arte Hipocrático; PUC Chile; (http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_05.html en noviembre de 2008).

157. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde; 2008; (<http://www.pbh.gov.br/saude> en noviembre de 2008).

158. Pioreschi P; 1996; A History of Medicine; Horatius Press.

159. Queiroz MS; 1996; Prefácio in Luz MT: A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças: história social da homeopatia no Brasil; São Paulo; Dynamis Editorial.

160. Razali SM, Mohd Yashin MA; 2008; The pathway followed by psychotic patients to a tertiary health center in a developing country: a comparison with patients with epilepsy; *Epilepsy Behav*; 13(2):343-9.

161. República de Cuba; 2008; Infomed Red Telemática de Salud; Centro Nacional de Información en Ciencias Médicas; (<http://www.sld.cu>).

162. Ribeiro WD; 1997; A Homeopatia Frente a Epistemologia; Franca; Editora Ribeirão Gráfica.

163. Richardson J, Peacock S; 2003; Will More Doctors Increase or Decrease Death Rates? An econometric analysis of Australian mortality

statistics; Monash University.

164. Rosa JG; 2006; Grande Sertão: Veredas; Ed. Comemorativa; Rio de Janeiro; Editora Nova Fronteira.

165. Rosenbaum P; 2004; Mure, o visionário que nos trouxe a homeopatia; Extraído de <http://www.homeoint.org/articles/portugues/mure.htm> em septiembre de 2004.

166. Rossi E, Baccetti S, Firenzuoli F, Belvedere K; 2008; Homeopathy and complementary medicine in Tuscany, Italy: integration in the public health system; Homeopathy; 97(2):70-5.

167. Samarasekera U; 2007; Pressure grows against homoeopathy in the UK; The Lancet; Volume 370, Issue 9600; Pages 1677 – 1678.

168. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB; 2003; Metodología de la Investigación; 3ª Ed; McGraw-Hill, Interamericana.

169. Santos CP; 1998; Homeopatia na Epidemia de Dengue em Belo Horizonte; Gramado. AMHB.

170. Schiff M; 1994; The Memory of Water; London; Thorsons HarperCollins Publishers.

171. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Pewsner D, Egger M; 2005; Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy; The Lancet, Volume 366, Issue 9487, Pages 726 – 732.

172. Silva Júnior AG; 2006; Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva; 2ª Ed; São Paulo; Hucitec; Pág 19 – 29.

173. Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Organizadora da III CNSM; 2002; Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001; Brasília; Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

174. Soares IAA et al; 2002; Programa de Atendimento em Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Belo Horizonte; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

175. Soares SM; 2000; Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço

público de saúde – caminhos e descaminhos: estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo); São Paulo; USP; 189p.

176. Spiegel MR, Stephens LJ; 1999; Schaum's Outline of Theory and Problems of Statistics: Theory and Problems of Statistics; 2nd Ed; McGraw-Hill Professional.

177. Starfield B; 2002; Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia; Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde;. Pág. 302.

178. Steinbrook R; 2006; For Sale: Physicians' Prescribing Data; N Engl J Med 2006; 354(26): 2745-7.

179. Surós A, Surós Batlló J; 2000; Semiología Médica y Técnica Exploratoria; 7ª Ed; Barcelona; Masson.

180. Teixeira MZ; 2007; Homeopathy: a humanistic approach to medical practice; Ver Assoc Med Bras; 53(6):547-9.

181. Teixeira MZ; 2007; NSAIDs, Myocardial infarction, rebound effect and similitude (Comment On: Homeopathy. 2006 Oct;95(4):229-36); Homeopathy; 96(1):67-8.

182. Templo Israelita Brasileiro Ohel Yaacov; 2001; Torá – A Lei de Moisés; São Paulo; Editora e Livraria Sêfer LTDA; Pág 669.

183. Tétau M; 2001; Hahnemann – muito além da genialidade; São Paulo; Editora Organon; Lisboa; Biopress.

184. The Lancet; 2005; Editorial: The end of Homeopathy; The Lancet, Volume 366, Issue 9487, Page 690.

185. Thomas Y; 2007; The history of the Memory of Water; Homeopathy; 96(3):151-7.

186. Thompson WI (Org.) et al; 2001; Gaia: Uma Teoria do Conhecimento (Tradução Sílvio Cerqueira Leite); 3ª Ed; São Paulo; Gaia. Pág. 159 – 203.

187. Tom F; 2006; Medical know-how boosts Cuba's wealth; BBC News; (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/business/4583668.stm>).

188. Toubert T; 2003; Water Wonders; Ode Magazine; Rotterdam; N.

february 2003.

189. Ubuntu; Canonical Ltd (disponible en <http://www.ubuntu.com> en noviembre del 2008).

190. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2008; O curso de medicina da UFMG; FM/UFMG; (<http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/medicina.php> en noviembre de 2008).

191. Valsecia M; 1999; Farmacovigilancia: una experiencia de la Universidad Nacional del Nordeste en Corrientes, Argentina; Boletín Fármacos; Volumen 2 N. 1 (disponible en <http://boletinfarmacos.org> en noviembre de 2008; miembro del International Society of Drug Bulletins).

192. Viksveen P; 2003; Antibiotics and the development of resistant microorganisms. Can homeopathy be an alternative? Homeopathy; 92(2):99-107.

193. Vithoukas G; 1995; Homeopatia: Ciência e Cura; 4ª Ed; São Paulo; Cultrix.

194. Vithoukas G; 2008; Homeopathy: An integral therapeutic system; Alonissos; Knol Beta (disponible en <http://knol.google.com/k/george-vithoukas/homeopathy> en noviembre de 2008).

195. Wackerly DD, Mendenhall III W, Scheaffer RL; 2002; Estadística Matemática con Aplicaciones; 6ª Ed; México; Thomson.

196. Walker MJ; 1993; Dirty Medicine; London; Slingshot Publications; Pág. 3 – 62.

197. World Health Organization; 2002; Traditional Medicine – Growing Needs and Potential. WHO Policy Perspectives on Medicine; N02, may 2002. Genebra: WHO, volúmen 2.

198. World Health Organization; 2002; WHO: Policy Perspectives on Medicine. N.2. Genebra; World Health Organization.

199. Zurro AM, Pérez JFC; 2003; Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica; 5ª Ed; Elsevier.